



Høringsinnspill til Helsepersonellplan 2040

Landsorganisasjonen i Norge (LO) viser til Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040 og sender våre innspill til alle partiene på Stortinget.

LO organiserer flere hundre tusen arbeidstakere i helse-, omsorgs- og sosialtjenestene. Dokumentet er utarbeidet for å gi Stortinget både LOs politiske prioriteringer og et oppdatert kunnskapsgrunnlag for behandlingen av Helsepersonellplan 2040.

Først presenteres LOs hovedprioriteringer. Deretter følger et kort sammendrag av sentrale forskningsfunn, offentlige utredninger og analyser om utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Til slutt kommenterer LO regjeringens forslag kapittel for kapittel, slik at representanter og rådgivere enkelt kan finne relevante innspill til de delene av meldingen de arbeider med.

LO-sekretær Odd Haldgeir Larsen har hovedansvaret for LOs helsepolitikk. Kontaktperson for dette høringsinnspillet er rådgiver Nicholas Wilkinson (nicholas.wilkinson@lo.no), som kan formidle kontakt med relevante tillitsvalgte, forbund og fagmiljøer i LO.

Innhold

1. LOs hovedprioriteringer for helse- og omsorgstjenesten	4
1.1 Rekruttere og beholde ansatte	4
1.2 Bruk hele laget	4
1.3 Ingen privatisering	5
1.4 Gode økonomiske rammer og budsjettbevilgninger	6
2. Kunnskapsgrunnlag: utfordringer i helse- og omsorgstjenestene	8
2.1 Hovedbildet: økende gap mellom behov og tilgang	8
2.2 Store forskjeller mellom yrkesgrupper	9
2.3 Prioritering av offentlig helsevesen	10
2.4 Demografi og etterspørselsvekst	10
2.5 Endringer i kompetansesammensetning	11
2.6 Arbeidskraft som knapphetsfaktor i hele økonomien	13
3. LOs vurdering av regjeringens forslag og innspill per kapittel	14
3.1 Kap. 4 En helse- og omsorgstjeneste for hele yrkeslivet	14
3.2 Kap. 5 Utdanning for helse- og omsorgstjenestene	19
3.3 Kap. 6 Ansvars- og oppgavedeling	23
3.4 Kap. 7 Digitalisering og kunstig intelligens	27
3.5 Kap. 8 Effektiv ressursbruk og prioritering	29
3.6 Kap. 9 Bygg	31

1. LOs hovedprioriteringer for helse- og omsorgstjenesten

LO vil vise til den norske modellen for politisk og økonomisk organisering med sine tre pilarer, hhv. makroøkonomisk styring for full sysselsetting, arbeidslivsmodellen med den kollektive lønnsdannelsen og den universelle velferdsstaten. Denne modellen har sikret høy sysselsetting og yrkesdeltakelse, et relativt lavt konfliktnivå i arbeidslivet, høy grad av tillit og lav ulikhet.

LOs mål er gode offentlige helse- og omsorgstjenester som sikrer et verdig liv for alle. Vi vil ha universelle, fellesfinansierte og ikke-behovsprøvde velferdsordninger som gir skaperkraft og produktivitet for hele samfunnet.

Uten ansatte har vi ikke en helse- og omsorgstjeneste. Hver behandling, hver informasjonsutveksling, hver samtale, hver rengjøringsoppgave og hver matservering forutsetter ansatte. Vi har viktige helsepersonellgrupper i tjenesten som sykepleiere, helsefagarbeidere, leger, kiropraktorer, manuellterapeuter og andre, men også yrkesgrupper som er avgjørende for at helsepersonell skal kunne bruke tiden med pasientene, som renholdere, IT-ansatte, ingeniører og andre.

Skal planen få reell effekt, må arbeidstakerorganisasjonene involveres tidlig og forpliktende i dette arbeidet. Det gjelder særlig tiltak om arbeidsmiljø, heltid, arbeidstid, oppgavedeling, kompetanseutvikling, digitalisering og prioritering. Planen må ikke bli en samling gode intensjoner, men følges opp med konkrete tiltak, økonomiske rammer og reell medbestemmelse.

1.1 Rekruttere og beholde ansatte

Skal vi ha nok ansatte til en god offentlig tjeneste, må vi både rekruttere flere og beholde dem som allerede arbeider i helse- og omsorgstjenestene. Dette forutsetter gode etter- og videreutdanningsmuligheter, og økt fokus på livslang læring for alle yrkesgrupper innen helse og omsorgstjenestene samt et bevisst forhold til dimensjonering av utdanningsløpene. Hele og faste stillinger må være hovedregelen. Altfor mange forlater sektoren tidlig eller blir uføre før pensjonsalder. Økt bemanning kan redusere arbeidspresset og gjøre det lettere å stå lenger i arbeid og arbeide i full stilling gjennom hele yrkeslivet. Gode arbeidsvilkår, tilstrekkelig bemanning og et trygt arbeidsmiljø er avgjørende for å redusere sykefravær, frafall og turnover. Det vil bidra til å styrke tilgangen på arbeidskraft som trengs for å møte framtidens behov for helse- og omsorgstjenester.

LO mener tillitsreformen må videreutvikles slik at ansatte får større faglig handlingsrom og mer tid til pasientene. Muligheter og godt partssamarbeid er viktig for at flere skal ønske å bli værende i sektoren gjennom et langt yrkesliv.

1.2 Bruk hele laget

Norge har flest leger og sykepleiere per innbygger i Europa, men har færre helse- og omsorgsarbeidere med fagbrev enn i mange andre land. Det har ført til at leger har gjort mange oppgaver andre kunne ha gjort. Sykehusene hadde flere vernepleiere og

helsefagarbeidere tidligere, men begynte med en politikk som prioriterte leger og sykepleiere i stedet for ansatte med fagbrev. Det har gjort at mange oppgaver ble overført til disse to gruppene, som å re opp senger, servere mat og vaske pasienter.

LO har lenge arbeidet for å bruke lavest effektive kompetansenivå, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas. LO er fornøyd med at regjeringen støtter og viderefører denne politikken. LO ønsker en profesjonsnøytral tjeneste som i større grad tar i bruk den samlede kompetansen blant ansatte. Oppgavene må ta utgangspunkt i pasientenes behov og den samlede kompetansen i tjenestene. Oppgaver bør utføres av den yrkesgruppen som har riktig kompetanse til oppgaven, ikke nødvendigvis av leger eller sykepleiere. Helsefagarbeidere, helsesekretærer, manuellterapeuter, kiropraktorer og andre helseyrkesgrupper må brukes bedre dersom vi skal løse personellmangelen. Det er kompetansen som er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet, ikke profesjonstilhørigheten i seg selv.

Det innebærer også å bruke hele bredden av kompetanse i tjenestene, inkludert sosialfaglig kompetanse som sosionomer og støttefunksjoner som renhold, portørtjenester, logistikk, IT og drift. Slik kan helsepersonell bruke sin kompetanse der den trengs mest, samtidig som pasientene får mer helhetlige og sammenhengende tjenester. Dette handler om å bruke hele laget – ikke bare de autoriserte helseprofesjonene, men alle ansatte som bidrar til gode helse- og omsorgstjenester.

I Norge er sosialpolitikken en del av helse- og omsorgspolitikken, men det er for lite kunnskap om betydningen av sosialfaglig kompetanse. Uten sosialfaglig kunnskap blir det vanskeligere for mange å leve et fullverdig liv, og helsetjenestene mister en viktig del av sitt grunnlag. Et eksempel på denne nedprioriteringen er at Sverige har om lag ti ganger flere sosionomer ansatt i sykehus enn Norge. Manglende sosialfaglig kompetanse kan bidra til at oppgaver som kunne vært ivaretatt av sosialfaglig personell i større grad blir lagt til annet helsepersonell, som støttesamtaler, inntektssikring og oppfølging av pårørende. Dette kan gi dårligere ressursutnyttelse og svekke helheten i pasientforløpene. Manglende sosialfaglig kompetanse kan bidra til utrygge utskrivninger, flere reinnleggelser, dårligere pasientflyt og mindre effektiv bruk av spesialisert helsepersonell.

Muskel- og skjelettplager er blant de største helseutfordringene i Norge. Om lag én av fire har langvarige plager, og lidelsene er en av de viktigste årsakene til sykefravær, uførhet og tidlig avgang fra arbeidslivet (Kinge, Knudsen, Skirbekk, & Vollset (2015), *Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services*). Også her må vi bruke hele laget. Mange pasienter oppsøker lege for problemstillinger der kiropraktorer, fysioterapeuter og manuellterapeuter har særskilt kompetanse. Mer målrettet bruk av disse yrkesgruppene kan gi bedre ressursutnyttelse, bedre kvalitet og redusere belastningen på spesialisthelsetjenesten og fastlegekontorene.

1.3 Ingen privatisering

LO mener at andelen av arbeidsstyrken i helse- og omsorgstjenestene må øke i årene som kommer. Utgangspunktet må være befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Når arbeidskraft er den knappeste ressursen, må den brukes der behovene er størst. LO mener derfor at de som trenger helsehjelp mest skal prioriteres foran dem som har økonomi til å kjøpe seg raskere tilgang til tjenester.

Private aktører konkurrerer om de samme legene, sykepleierne, helsefagarbeiderne og andre personellgrupper som den offentlige helse- og omsorgstjenesten er avhengig av. Helsepersonell kan ikke være to steder samtidig. Økt privat aktivitet skaper ikke flere ansatte, men kan svekke kapasiteten i den offentlige helse- og omsorgstjenesten ved å trekke til seg personellgrupper det allerede er mangel på.

Regjeringen legger til grunn at helse- og omsorgssektorens andel av arbeidsstyrken ikke kan fortsette å øke vesentlig. Dette var også et premiss i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* og NOU 2023: 4 *Tid for handling*. LO mener dette bygger på et urealistisk utgangspunkt. Behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke mer enn det som kan hentes ut gjennom effektivisering alene, og det finnes ikke et tilstrekkelig faglig grunnlag for å legge til grunn at andelen sysselsatte i sektoren skal holdes tilnærmet uendret.

SØAs rapport *Hvordan dekke arbeidskraftsbehovet i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2045?* (Rapport 42-2025), utarbeidet på oppdrag fra LO, viser at det er mulig å sikre nødvendig arbeidskraft og flere ansatte til helse- og omsorgstjenestene samtidig som industrien og andre næringer beholder arbeidskraften de trenger.

For LO er det de faktiske helse- og omsorgsbehovene i befolkningen som må være styrende. Dersom det offentlige ikke bygger ut kapasiteten i tråd med behovene, vil etterspørselen i større grad søke mot private løsninger. Stortinget kan påvirke hvor stor del av tjenestene som leveres offentlig, men ikke den samlede etterspørselen etter og tilbudet av helse- og omsorgstjenester.

SSBs framskrivninger viser at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenestene vil øke. Dette understøttes også av bred økonomisk forskning. Når andelen eldre i befolkningen øker, vil etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øke ytterligere. Dersom det offentlige ikke møter denne utviklingen, vil resultatet være økt privatisering. Det er en utvikling LO vil advare mot.

LO mener derfor at en plan for å dekke framtidens behov for helsepersonell må bygge på realistiske forutsetninger om både arbeidskraft og finansiering. Hvis ikke risikerer vi å underdimensjonere de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Det gjelder ikke bare tjenestene selv, men også utdanningskapasiteten. Helsepersonell utdannes over mange år, og dimensjoneringen av studieplasser må ta utgangspunkt i de faktiske behovene i befolkningen. Legges det til grunn for lave anslag for framtidig etterspørsel etter helsepersonell, vil det kunne føre til for lav utdanningskapasitet og ytterligere forsterke mangelen på personell. I en slik situasjon vil det særlig være den offentlige helse- og omsorgstjenesten som får utfordringer med å rekruttere den arbeidskraften den trenger.

1.4 Gode økonomiske rammer og budsjettbevilgninger

LO ønsker at vår felles helsetjeneste skal tilby gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det. Regjeringen skriver at omstillingen i Helsepersonellplan 2040 i hovedsak skal gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer. LO har forståelse for at meldingen ikke kan forskuttere framtidige budsjettvedtak. Samtidig mener LO at de ambisjonene og tiltakene som beskrives i planen må følges opp gjennom framtidige statsbudsjetter og kommuneopplegg dersom de skal kunne realiseres.

For å sikre nok helsepersonell må det settes av tilstrekkelige ressurser både til tiltakene i planen og til flere ansatte i helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer. Selv om det er nødvendig å arbeide for bedre produktivitet og mer effektiv ressursbruk, er det lite som tyder på at produktivitetsveksten alene vil være tilstrekkelig til å møte det økende behovet for helse- og omsorgstjenester.

LO mener derfor at framtidens helse- og omsorgstjenester må bygges på realistiske økonomiske rammer. Dersom behovene skal møtes på en forsvarlig måte, må Stortinget være forberedt på å øke bevilgningene til sektoren i takt med befolkningens behov. Tilstrekkelig bemanning, gode arbeidsvilkår og et trygt arbeidsmiljø er avgjørende for å rekruttere og beholde ansatte. Med nok bemanning, tid til hvile og gode støttefunksjoner blir det lettere å stå lenger i arbeid og å arbeide i høyere stillingsprosenter. Dette forutsetter også at arbeidsgiverne tilbyr hele og faste stillinger. Uten en tydelig prioritering av helse- og omsorgstjenestene i statsbudsjettene, vil det ikke være mulig å sikre en sterk offentlig helse- og omsorgstjeneste der behov, ikke betalingsevne, avgjør hvem som får hjelp.

2. Kunnskapsgrunnlag: Utfordringer i helse- og omsorgstjenestene

Dette kapitlet gir en oversikt over sentrale forskningsfunn og analyser om utviklingen i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2040. Formålet er å gi Stortinget et oppdatert kunnskapsgrunnlag for behandlingen av Helsepersonellplan 2040.

2.1 Hovedbildet: økende gap mellom behov og tilgang

Framskrivningene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at helse- og omsorgstjenestene står overfor en betydelig og økende ubalanse i arbeidsmarkedet frem mot 2040. Tilbudet av arbeidskraft for de 14 sentrale helsepersonellgruppene øker fra om lag 251 000 årsverk i 2025 til 295 300 i 2040, tilsvarende en vekst på 18 prosent. Etterspørselen vokser betydelig raskere og anslås å nå om lag 329 000 årsverk i 2040 (SSB 2026).

Dette innebærer at underskuddet på helsepersonell i sektoren øker fra om lag 9 900 årsverk i 2025 til rundt 42 400 årsverk i 2040 (SSB 2026). Framskrivningene peker dermed entydig i retning av et vedvarende og økende gap mellom behov og tilgang på arbeidskraft i sektoren.

Dette bildet er konsistent med tidligere analyser, men størrelsen på gapet nedjusteres i nyere framskrivinger. NOU 2023: 4 *Tid for handling* anslo et samlet underskudd på om lag 70 000 årsverk i 2040, mens SSBs oppdaterte beregninger viser et underskudd på 42 400 årsverk. Forskjellen skyldes blant annet oppdaterte forutsetninger om befolkningsutvikling, utdanningskapasitet og yrkesdeltakelse.

LO ønsker et offentlig finansiert og organisert helsevesen som sikrer at helsehjelp fordeles etter behov, ikke betalingsevne. God bemanning er en forutsetning for kvalitet, pasientsikkerhet og effektiv drift. Samtidig er arbeidsvilkårene avgjørende for å rekruttere og beholde ansatte i sektoren. Høy turnover og utstrakt bruk av deltid og midlertidighet svekker kontinuitet og kvalitet i tjenestene, og øker belastningen på de ansatte. Stortinget må sikre tilstrekkelig personell for å beholde et sterkt offentlig helsevesen.

Det er samtidig viktig å merke seg at SSBs framskrivinger omfatter 14 autoriserte helsepersonellgrupper, men ikke flere sentrale sosialfaglige yrker som sosionomer og barnevernspedagoger. Framskrivningene synliggjør derfor ikke fullt ut hvordan bedre bruk av sosialfaglig kompetanse og andre yrkesgrupper kan bidra til å avlaste helsepersonell og redusere personellmangelen i helse- og omsorgstjenestene.

For å møte det økende behovet for helsepersonell må ikke bare tilgangen på arbeidskraft økes, arbeidskraften må også brukes bedre. Dette forutsetter en mer systematisk oppgavedeling og en organisering av tjenestene der ulike personellgrupper får brukt sin kompetanse fullt ut.

2.2 Store forskjeller mellom yrkesgrupper

Selv om det samlede underskuddet er betydelig, varierer utviklingen vesentlig mellom yrkesgruppene.

SSBs framskrivninger viser at mangelen på helsefagarbeidere og sykepleiere vil dominere utfordringsbildet frem mot 2040. Gapet mellom tilbud og etterspørsel på arbeidskraft er 42 400, men samlet sett utgjør underskuddet for disse to gruppene om lag 40 600 årsverk i 2040. Det betyr at helsefagarbeidere og sykepleiere utgjør 95,8 prosent av underskuddet på helsepersonell.

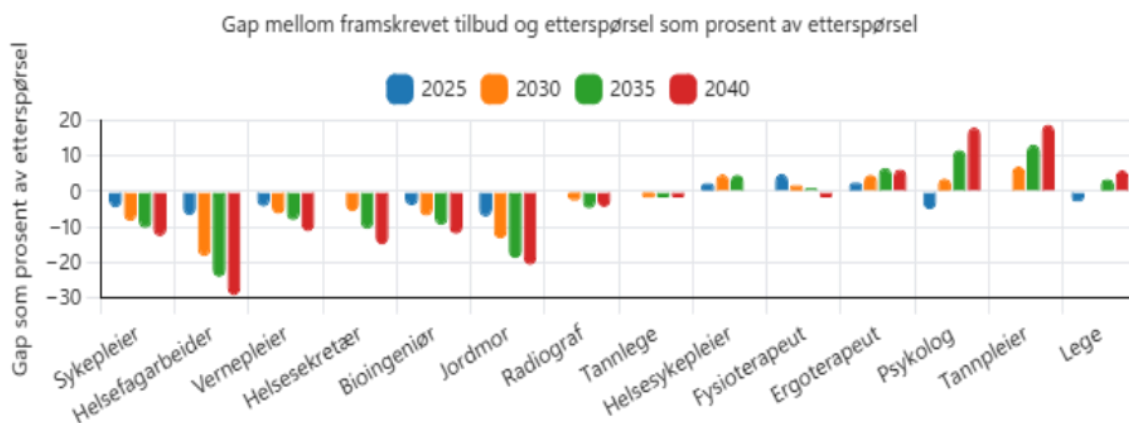
For helsefagarbeidere øker etterspørselen fra 62 500 årsverk i 2025 til 88 700 i 2040, en vekst på 42 prosent, mens tilbudet kun øker med om lag 7 prosent. Dette gir et underskudd som vokser fra 4 200 årsverk i 2025 til 25 900 i 2040 (SSB 2026).

For sykepleiere øker etterspørselen fra 89 200 til 117 000 årsverk, tilsvarende en vekst på 31 prosent. Tilbudet øker også, men svakere, og underskuddet vokser fra 4 000 årsverk i 2025 til 14 700 i 2040 (SSB 2026).

Dette representerer en betydelig nedjustering fra NOU 2023: 4, som anslo en mangel på om lag 30 000 sykepleiere i 2040. SSBs nyere beregninger viser dermed et lavere, men fortsatt svært stort underskudd.

Tabellen viser forskjellen mellom framskrevet tilbud (SSB, 2026, tabell 6.2) og etterspørsel etter helsepersonell i referansebanen (SSB, 2026, tabell 6.1), både målt i 1 000 årsverk og som prosent av den framskrevne etterspørselen. Negative tall betyr at etterspørselen er større enn tilbudet (mangel på arbeidskraft), mens positive tall betyr at tilbudet er større enn etterspørselen (overskudd på arbeidskraft).

Utdanningsgruppe	2025		2030		2035		2040	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sykepleier	-4	-4,5 %	-8,4	-8,4 %	-11,1	-10,3 %	-14,7	-12,6 %
Helsefagarbeider	-4,2	-6,7 %	-13,2	-18,2 %	-19,2	-24,0 %	-25,9	-29,2 %
Vernepleier	-0,6	-4,2 %	-1	-6,3 %	-1,4	-8,1 %	-2,1	-11,2 %
Helsesekretær	0	0,0 %	-0,7	-5,6 %	-1,4	-10,5 %	-2,1	-14,9 %
Bioingeniør	-0,2	-3,8 %	-0,4	-6,9 %	-0,6	-9,5 %	-0,8	-11,9 %
Jordmor	-0,2	-7,1 %	-0,4	-13,3 %	-0,6	-18,8 %	-0,7	-20,6 %
Radiograf	0	0,0 %	-0,1	-2,6 %	-0,2	-4,8 %	-0,2	-4,4 %
Tannlege	0	0,0 %	-0,1	-1,8 %	-0,1	-1,7 %	-0,1	-1,7 %
Helsesykepleier	0,1	2,5 %	0,2	4,9 %	0,2	4,8 %	0	0,0 %
Fysioterapeut	0,5	5,0 %	0,2	1,9 %	0,1	0,9 %	-0,2	-1,7 %
Ergoterapeut	0,1	2,6 %	0,2	4,8 %	0,3	6,7 %	0,3	6,3 %
Psykolog	-0,4	-5,1 %	0,3	3,7 %	1	11,8 %	1,6	18,0 %
Tannpleier	0	0,0 %	0,1	7,1 %	0,2	13,3 %	0,3	18,8 %
Lege	-0,9	-2,9 %	0	0,0 %	1,3	3,6 %	2,3	6,0 %
Sum	-9,9		-23,2		-31,4		-42,4	



2.3 Prioritering av offentlig helsevesen

Når arbeidskraft er den knappeste ressursen i helsevesenet, er det avgjørende hvordan kapasiteten organiseres. Økt bruk av private helsetjenester og helseforsikringer tilfører ikke nye helsepersonellressurser, men innebærer i hovedsak en omfordeling av eksisterende kapasitet. Helsepersonell kan ikke være flere steder samtidig, og økt aktivitet i private tilbud vil derfor normalt trekke personell ut av det offentlige systemet.

Dette innebærer at et større privat innslag ikke avlaster det offentlige, men kan svekke kapasiteten der pasienter prioriteres etter behov. Nyere forskning, blant annet fra NTNU (Martinussen og

Nordheim 2026, *Somebody get me a doctor: Voluntary health insurance, social background and subjective health in Europe, 2002–2022*), viser at økt bruk av private helseforsikringer gir dårligere samlet helse i befolkningen og større ulikhet i tilgang til helsetjenester, fordi de trekker personell fra det offentlige til det private helsesystemet.

Når tilgangen til helsehjelp i større grad bestemmes av betalingsevne, forskyves prioriteringene bort fra dem med størst behov. Dette utfordrer grunnprinsippet i den norske helsetjenesten, og kan samtidig gi dårligere samlet ressursutnyttelse i en situasjon med knapphet på helsepersonell.

2.4 Demografi og etterspørselsvekst

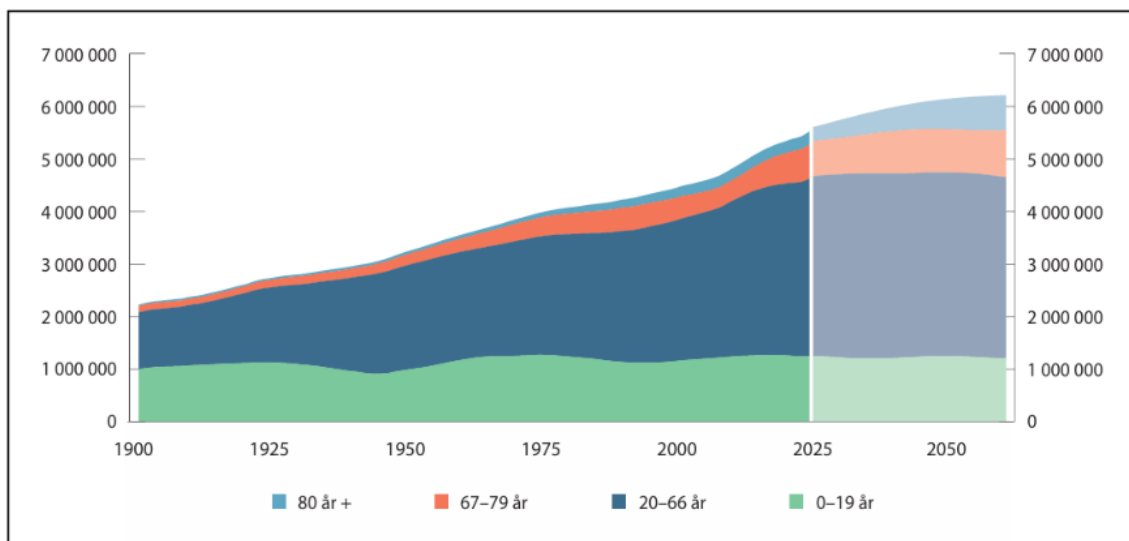
Den sterke veksten i etterspørselen etter helsepersonell må ses i sammenheng med den demografiske utviklingen.

Befolkningen eldes betydelig frem mot 2040. Antallet personer over 80 år øker kraftig, og det er denne gruppen som har det største behovet for helse- og omsorgstjenester (NOU 2026: 1 *En bærekraftig kommunesektor*, NOU 2023: 4 *Tid for handling*). Samtidig ventes veksten i den yrkesaktive befolkningen å avta, og etter hvert falle i absolutte tall fra midten av 2030-tallet (NOU 2023: 4).

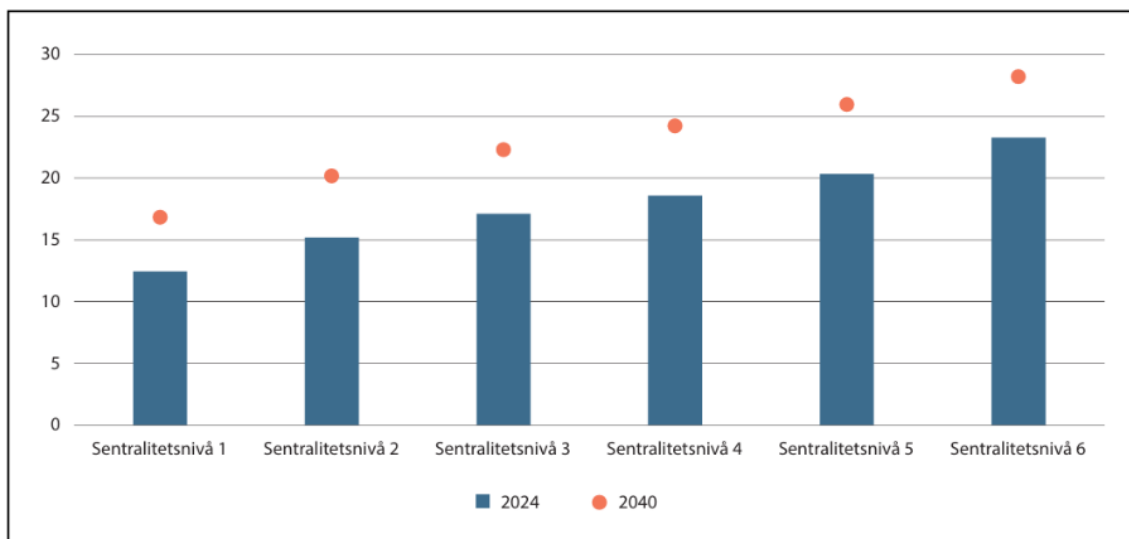
Dette bidrar til en dobbelt utfordring:

- Økt etterspørsel etter tjenester
- Redusert tilgang på arbeidskraft

Kommunekommisjonen peker på at dette gir en økende forsørgerbyrde, hvor færre yrkesaktive må finansiere og bemanne tjenester til flere eldre (NOU 2026: 1, figur 5.1, side 62).



Utviklingen er særlig krevende i distriktskommuner, hvor befolkningen i yrkesaktiv alder er lavere enn i sentrale områder i dag, og faller ytterligere med større andel eldre over 66 år. Dette gir store geografiske forskjeller i tilgangen på arbeidskraft, i tillegg til utfordringer over hele landet.

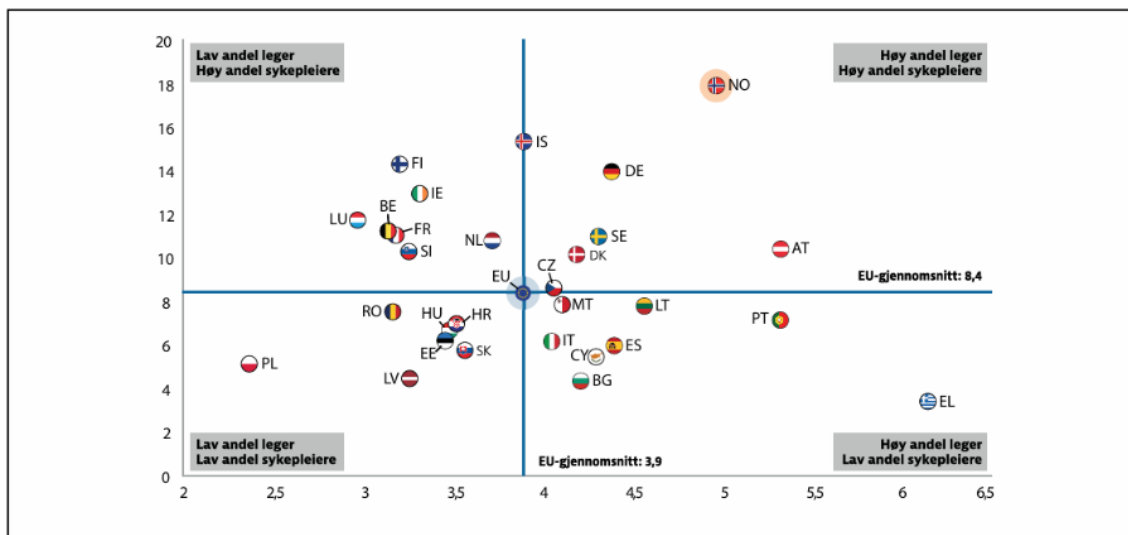


Figur 5.4 (NOU 2026: 1, side 63). Befolkningen eldre enn 66 år målt som andel av samlet befolkning etter sentralitetsnivå.

2.5 Endringer i kompetansesammensetning

Utviklingen i tilbudet av arbeidskraft reflekterer også endringer i kompetansesammensetningen.

NOU 2023: 4 viser at veksten i helsepersonell de siste tiårene i stor grad har kommet blant grupper med høyere utdanning, som sykepleiere og leger. Norge har mange praktiserende leger og sykepleiere pr. 1000 innbyggere sammenlignet med andre land (NOU 2023: 4, figur 2.6 side 28):



Samtidig har antallet helsefagarbeidere vært tilnærmet konstant, og antall årsverk i gruppen har gått ned. Dette bidrar til den ubalansen som fremkommer i de nye framskrivingene fra SSB i 2026, hvor etterspørselen etter helsefagarbeidere øker kraftig.

Fafo peker samtidig på at eksisterende kompetanse ikke utnyttes fullt ut.

Helsefagarbeidere som tar videreutdanning får i begrenset grad nye oppgaver eller økt ansvar, og mye av den tilegnede kompetansen blir ikke tatt i bruk

(Fafo, 2026, *Videreutdanning uten gevinst?*). Dette svekker ressursutnyttelsen i tjenestene, ved at oppgaver som kunne vært utført av andre personellgrupper, i større grad utføres av sykepleiere og leger. Eksempler er administrativt arbeid som kunne vært ivaretatt av helsesekretærer eller grunnleggende pleieoppgaver utført av helsefagarbeidere som kunne avlastet sykepleiere. Slik organisering bidrar også til høyere kostnader, ettersom oppgaver utføres av personell med lengre og mer spesialisert utdanning enn nødvendig.

Sykehusene har tidligere bevisst prioritert høyere utdannet personell og færre fagarbeidere. Dette har bidratt til at oppgaver som tidligere kunne blitt utført av andre grupper i dag i større grad utføres av sykepleiere og leger. Det er et politisk ønske å snu trenden, men det er vanskelig fordi helsefagarbeidere har blitt bevisst nedbemannet, noe som gjør det vanskelig å etablere gode fagmiljøer, opplæring og rolleforståelse. Erfaringer fra sykehusene viser at mangel på forbilder, svak lokal forankring og etablerte profesjongrensar gjør det krevende å ta i bruk denne kompetansen igjen. Oppgavedeling forutsetter systematisk opplæring, kompetansekartlegging og endringer i kultur og arbeidsorganisering, og slike endringer tar tid å gjennomføre i en kompleks sykehusstruktur (Fafo, 2026, *Bemanning og arbeidskraftstrategier i fire sykehus*).

2.6 Arbeidskraft som knapphetsfaktor i hele økonomien

Arbeidskraft kan bli en stadig knappere ressurs i norsk økonomi. Framskrivinger fra Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) viser at den samlede etterspørselen etter arbeidskraft kan øke til rundt 3,25 millioner personer i 2045, mens tilbudet anslås til om lag 2,99 millioner. Dette gir en samlet mangel på over 250 000 personer (SØA, 2025, *Hvordan dekke arbeidskraftsbehovet i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2045?*).

Deres analyse legger til grunn at enkelte næringer, særlig industri og tjenester med høy lønnsevne, vil kunne sikre seg arbeidskraften de trenger i arbeidsmarkedet. Dette innebærer at både helse- og omsorgssektoren, offentlig sektor (unntatt HO) og annet privat næringsliv kan få økende utfordringer med å dekke sitt behov for arbeidskraft.

Det betyr at det ikke er store ledige arbeidskraftreserver i andre næringer.

3. LOs vurdering av regjeringens forslag og innspill per kapittel

LO kommenterer i det følgende kapitlene del II av Helsepersonellplan 2040 som inneholder konkrete tiltak.

Regjeringen foreslår en rekke gode tiltak, og LO støtter hovedretningen i store deler av planen. Vi kommenterer derfor ikke alle forslagene, men har prioritert å gi innspill til tiltak som LO mener bør prioriteres, styrkes eller endres. Dersom partiet ønsker LOs vurderinger av forslag som ikke er omtalt i dette dokumentet, gir vi gjerne ytterligere innspill.

3.1 Kap. 4 En helse- og omsorgstjeneste for hele yrkeslivet

3.1.1 Arbeidsmiljø (4.2)

Regjeringen vil utarbeide en nasjonal arbeidsmiljøstrategi, under ledelse av Arbeids- og inkluderingsdepartementet, for å forsterke arbeidsmiljøarbeidet i den enkelte virksomhet. Strategien skal følges opp i helse- og omsorgssektoren gjennom oppdragsdokumenter og god forankring i sektoren.

LO ønsker regjeringens initiativ velkommen, og støtter hovedmålet til strategien om å forsterke arbeidsmiljøarbeidet i den enkelte virksomhet. Samtidig ønsker vi å poengtere at dette er et vanskelig mål. Strategiarbeidet må føre til tiltak som gir konkrete lokale endringer.

En hovedutfordring for å oppnå forebyggende systematisk arbeidsmiljøarbeid lokalt, er manglende krav i lovverket til mellomlederens HMS-opplæring. I Norge har vi et godt regelverk, samt tilgang til betydelig forskning, på arbeidsmiljø. Dette har mellomlederne ansvar for å operasjonalisere i virksomhetene, og vil ikke være gjennomførbart uten relevant kunnskap. Arbeidshverdagen i helse- og omsorgstjenesten preges av psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som i stor grad påvirker arbeidstakernes helse. Dette er blant annet faktorene som fremheves i de nylige endringene i arbeidsmiljøloven § 4-3 om psykososialt arbeidsmiljø. Kombinasjonen av flere psykososiale risikofaktorer, og særlig samtidig med ergonomiske belastninger og ugunstig arbeidstid, utgjør en betydelig risiko. SINTEF (Thun, S. m.fl. (2022). *Kartlegging av psykososialt arbeidsmiljøarbeid. Hvordan forstår, prioriterer og arbeider norske virksomheter med psykososialt arbeidsmiljø*. SINTEF) har vist at norske virksomheter har lite kunnskap om hva psykososialt arbeidsmiljø er, og hvordan man bør jobbe med det.

I tillegg til mellomledere, er verneombud og hovedverneombud sin kunnskap avgjørende for godt arbeidsmiljøarbeid. LO har, i forbindelse med det oppstartede strategiarbeidet, foreslått at det bør opprettes et kunnskapssenter for disse rollene. Å være verneombud eller hovedverneombud kan oppleves som ensomt og utrygt. De har ikke samme støtteapparat i ryggen som tillitsvalgte har. Et slikt senter kan ligge til Arbeidstilsynet, og tilby faglige diskusjoner og analyser, samt ideelt sett mulighet for nettverk med andre i samme rolle.

3.1.2 Balanse mellom arbeid og privatliv (4.4)

Regjeringen vil følge opp at tilrettelegging for gravide og ammende gjennomføres i den enkelte virksomhet, også ved ulike former for arbeidsorganisering, som turnusarbeid og arbeid uten fast arbeidssted samt ta initiativ til samarbeid med partene i arbeidslivet om å utvikle veiledningsmateriell og anbefalinger for arbeidsgivere om hvordan kvinners overgangsalder kan ivaretas i arbeidslivet.

LO mener ivaretagelse av kjønnsperspektiv er viktig og er positiv til tiltak som tilrettelegger gravide og ammende. Det er imidlertid viktig at arbeidstidsordninger avtales mellom partene.

LO mener at balanse mellom arbeid og privatliv må ses i et bredere perspektiv. Det er cirka samme antall menn og kvinner som er leger i Norge, men det er en stor overvekt av kvinner i flere av de andre helsepersonellgruppene som sykepleier (89,3 %), helsesekretær (98,9 %), hjelpepleier (94,1 %) og helsefagarbeider (83,8 %) (SSB, 07938: Personer med helse- og sosialfaglig utdanning). Selv om likestillingen har kommet langt, tar kvinner fortsatt en større del av omsorgs- og husholdsarbeidet enn menn (SSB analyse 2023/7). For å sikre at både kvinner og menn kan delta fullt ut i arbeidslivet, må både arbeidslivet og velferdsstaten legge til rette for det. Fleksible arbeidsordninger og et mer likestilt omsorgsansvar mellom foreldre er viktig. Arbeidsgivere må være pådrivere for et mer likeverdig uttak av foreldrepermisjon og bidra til at arbeid og familieliv kan kombineres. Dette er ikke bare et ansvar for helse- og omsorgssektoren, men for arbeidslivet som helhet.

LO mener Stortinget bør prioritere tiltak som gjør det lettere å kombinere arbeid og familieliv. Full barnehagedekning fra barnet er ett år, løpende opptak gjennom året og gode permisjonsordninger som sikrer begge foreldre selvstendige rettigheter er viktige virkemidler for å styrke likestillingen og øke yrkesdeltakelsen. Når det ikke er tilgjengelige barnehageplasser, er det fortsatt oftest kvinner som reduserer arbeidstiden eller tar ulønnet permisjon (NAV 2022, *Ulønnet og lønnet foreldrepermisjon – mødre og fedres bruk og vurderinger*). Siden flertallet av ansatte i helse- og omsorgstjenestene er kvinner, påvirker dette også tilgangen på arbeidskraft i sektoren. Tilgang til barnehageplass må prioriteres.

LO mener også at det er behov for mer kunnskap om hvordan omsorgsansvar for eldre familiemedlemmer påvirker yrkesdeltakelsen. Dette gjelder særlig kvinner, som fortsatt tar den største delen av det uformelle omsorgsarbeidet. Problemstillingen vil bli stadig viktigere i årene framover når antallet eldre øker.

3.1.3 Sykefravær (4.5)

Regjeringen vil styrke det systematiske arbeidet med å forebygge og redusere sykefravær i helse- og omsorgstjenesten. Dette inkluderer tiltak for å forebygge belastningsskader og psykiske plager, legge til rette for en tilstrekkelig grunnbemanning og mer stabile bemanningsløsninger, blant annet gjennom bruk av ulike bemanningenheter, som for eksempel vikarpooler, flere heltidsstillinger og redusert sårbarhet ved fravær. Regjeringens forslag innebærer modeller for å øke andelen faste ansatte, samtidig som andelen ikke-faste ansatte i utgangspunktet reduseres tilsvarende slik at den økte grunnbemanningen ikke skal føre til flere årsverk totalt, og modeller der man legger inn hele eller deler av sykefraværsprosent i turnusen. Regjeringen vil også videreføre og styrke partssamarbeidet i arbeidet med arbeidsmiljø, nærvær, heltidskultur og sykefraværsreduksjon.

LO er positiv til regjeringens tiltak mot sykefravær og for tilstrekkelig og stabil bemanning. Bemanningen må reflektere det virkelige behovet og ikke legges på et minimumsnivå. Minimumsbemanning gir høyt arbeidspress og begrenser de ansattes handlingsrom. Nok bemanning ivaretar kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø, kompetanseutvikling og fravær på en forsvarlig måte.

LO vil trekke frem arbeid for flere heltidsstillinger som et svært viktig tiltak. Da må arbeidsgiveren, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, starte med å lyse ut hele faste stillinger, og sikre en arbeidsplass der det er mulig for de ansatte å stå i hel stilling med gode arbeidsvilkår, tilstrekkelig bemanning og et trygt arbeidsmiljø.

LO støtter modeller for å øke andelen faste ansatte og å legge inn sykefraværsprosent i turnusen. Totalt flere årsverk vil være nødvendig for bærekraftige offentlige helse- og omsorgstjenester. LO mener partene må involveres i arbeidet. Det er positivt at regjeringen legger opp til det. Det sannsynliggjøres imidlertid ikke at regjeringens egne tiltak kan føre til en 10–20 prosents reduksjon i sykefraværet. Ytterligere tiltak må innføres for å kunne nå målene.

3.1.4 Arbeidstidsordninger (4.6)

Regjeringen vil at det skal utvikles arbeidstidsordninger som i større grad er tilpasset ulike livsfaser, slik at det blir lettere å kombinere arbeid med omsorgsansvar og å stå lenger i arbeid, at det skal legges til rette for utprøving av fleksible arbeidstidsordninger som kan bidra til bedre ressursutnyttelse, styrket heltid og mer stabile bemanningsløsninger. Regjeringen ønsker at det skal vurderes bruk av alternative turnusløsninger, som langvakter, årsturnus og andre ordninger enn tradisjonelt arbeid hver tredje helg, der dette er hensiktsmessig, at det skal legges til rette for turnus som vektlegger restitusjon og hvile for bedre arbeidshelse og for at ansatte i større grad kan påvirke valg av vakter innenfor rammene av tjenestens behov. Regjeringen vil at det skal brukes KI-baserte verktøy for å optimalisere bemannings-, kompetanse- og turnusplanleggingen, sikre jevn arbeidsbelastning, og så langt som mulig imøtekomme medarbeidernes ønsker og behov.

LO støtter lokalt forankrede og avtalebaserte arbeidstidsordninger, men er imot sentral styring gjennom lov- eller forskriftsendringer som svekker partenes rolle. Samtidig må dagens kontrollmekanismer opprettholdes når det avtales unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Arbeidstidsordninger skal forhandles og avtales lokalt, og lokale parter må ha forhandlingsrom, innenfor rammer, til å finne lokale løsninger. Når det avtales unntak fra lovens ordinære vernebestemmelser, må det fortsatt finnes en sentral kontrollmekanisme, jf. godkjenningsordningene vi har med 10-12(4)-godkjenningene.

Arbeidstidsordninger må vurderes ut fra konsekvenser for helse, arbeidsmiljø, sykefravær og muligheten til å stå lenge i arbeid. Hensynet til arbeidskrafttilgang må balanseres mot hensynet til arbeidstakernes helse og sikkerhet.

Arbeidstidspress oppstår ofte som følge av for lav bemanning og arbeidstidsordninger kan ikke alene kompensere for manglende bemanning. Langvakter, natt, helgearbeid og redusert tid til restitusjon øker risikoen for helsebelastninger, feil, ulykker og et generelt dårligere arbeidsmiljø. Risikoen blir særlig stor dersom arbeidstidsordningene ikke er forankret gjennom lokal medvirkning og partssamarbeid. LO vil derfor prioritere tiltak som styrker arbeidsmiljø, helse og sikkerhet, gir tilstrekkelig restitusjon, forebygger sykefravær,

ivaretar balansen mellom arbeid og privatliv og gjør det mulig å stå i arbeid gjennom hele yrkeslivet.

Fordi arbeidstidens lengde og organisering, når på døgnet den plasseres, og kompensasjon i lov- og avtaleverk i stor grad styrer arbeidstakernes liv, er rett til medbestemmelse avgjørende. LO mener derfor at det er viktig at gjennomsnittsberegning av arbeidstid forbeholdes virksomheter som har tariffavtale med fagforeninger med innstillingsrett. LO ønsker ikke sentrale avtaler om gjennomsnittsberegning eller eventuelt iverksette en gjennomgang av i arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Alternative turnusordninger kan være aktuelle når de bygger på frivillighet, lokal enighet, forsvarlige helse- og arbeidsmiljøvurderinger og systematisk evaluering. Uten lokal medvirkning vil arbeidsmiljøet kunne svekkes, noe som vil gå utover både ambisjonene for å rekruttere og beholde helsepersonell og kvaliteten i tjenestene.

Digitale planleggingsverktøy og KI kan være nyttige støtteverktøy, men kan ikke erstatte tariffavtaler, partssamarbeid eller arbeidsgivers ansvar for forsvarlige arbeidstidsordninger.

3.1.5 Heltid (4.8)

Regjeringen vil etablere Heltidsløftet som et forpliktende samarbeid mellom partene i arbeidslivet og regjeringen, med mål om å øke andelen heltidsansatte i helse- og omsorgstjenestene til 90 prosent. Regjeringen vil at nye stillinger lyses ut som hele stillinger, og den vil etablere flere virkemidler for å bruke enhver mulighet ved omorganiseringer til å øke heltidsandelen, slik at ved omorganiseringer/personellendringer i en avdeling, skal alle ansatte i avdelingen få tilbud om heltidsstilling samt at bemanningen organiseres slik at behovet for ekstravakter. Regjeringen ønsker også å redusere innleie og små deltidsbrøker.

LO mener det er en styrke ved Helsepersonellplan 2024 at den prioriterer økt heltid, og LO er glad for at regjeringen ønsker å redusere innleie og små deltidsbrøker. LO støtter målet om 90 prosent heltid. En Fafo-rapport bestilt av KS (Fafo-rapport 2026:28) viser at kommunenes bemanningsutfordringer delvis kan løses ved hjelp av mer heltid, samtidig som det mange deltidsansatte som ikke kan jobbe heltid, bl.a. fordi de er under utdanning, mottar trygdeytelser eller har flere deltidsstillinger.

LO mener forutsetningene for at arbeidet med økt heltid skal lykkes, er sterkt lokalt partssamarbeid og tilstrekkelig bemanning. Fafo-rapporten nevnt over viser også at lav bemanning bidrar til mer deltid. Tilstrekkelig bemanning er derfor en forutsetning for at flere skal jobbe heltid LO er derfor positiv til at regjeringen ønsker å se på hvordan arbeidstidsordninger kan innrettes for å øke heltidsandelen. Det er viktig at dette arbeidet foregår i samarbeid med partene på lokalt nivå. Det er også viktig for arbeidet med økt heltid at ledere i helse- og omsorgstjenesten har kapasitet og handlingsrom til å jobbe med organiseringen av arbeidet. Det er viktig for LO at arbeidsmiljøloven ikke endres på en måte som vil redusere rettighetene til de ansatte eller som gjør det mindre attraktivt å jobbe heltid.

3.1.6 Ledelse (4.9 og 4.10)

Regjeringen vil etablere en nasjonal plan for rekruttering og opplæring av ledere i helse- og omsorgstjenestene basert på en kartlegging av eksisterende lokale, regionale og nasjonale tiltak for lederrekruttering og programmer for ledere i helse- og omsorgstjenesten som går på tvers av sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den vil etablere Magnet-modellen (og eventuelt Pathway to Excellence), eller lignende metodikk, som en av flere modeller for faglig ledelse og organisering. Den vil prøve ut lederprogrammer og modeller med dokumentarbar effekt, som går på tvers av sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i de kommuner og sykehus som ønsker det. Regjeringer vil også gjennomgå lederlønnsutviklingen i helseforetakene og sørge for moderasjon i utviklingen av lederlønninger. Regjeringen vil dessuten støtte arbeidet for styrket lederkapasitet og lederkompetanse på pasientnært nivå og gi anbefalinger om lederkapasitet, herunder forholdstall mellom leder og ansatte med mål om å redusere lederspenn der det er hensiktsmessig. Regjeringen ønsker å redusere leder- og kontrollspennet i helse- og omsorgstjenesten.

LO er positiv til redusert lederspenn. Det er viktig for arbeidet med økt heltid at ledere i helse- og omsorgstjenesten har kapasitet, kompetanse og handlingsrom til å utøve både fag- og personalledelse og til å jobbe med organiseringen av arbeidet. Lederspennet må derfor ned. Det trengs også bedre støttefunksjoner og tydelig forankring av ledelse som kjerneoppgave. Ledelse må også sees i sammenheng med partssamarbeid, slik at tjenesteutvikling forankres i dialog mellom arbeidsgiver, ansatte og deres representanter. LO er også positiv til moderasjon i lederlønninger.

Ledelse må være knyttet til funksjon og ansvar i tjenestene, ikke til profesjonstilhørighet. Tiltak som bygger på profesjonsbasert styringslogikk, utfordrer dette prinsippet og kan svekke samarbeid og legitimitet i tjenestene.

LO mener det er viktig at arbeidet med Magnet-modellen må forankres i partssamarbeidet på alle nivåer. Modellen må bli tydeligere tverrfaglig og ta inn perspektiver fra, og utfordringer for, flere yrkesgrupper.

3.1.7 Inkludering (4.11 og 4.12)

Regjeringen vil følge opp avtalen for å samarbeide om et rekrutteringsprogram der personer utenfor utdanning og arbeid får opplæring og oppfølging med sikte på jobb i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og legge til rette for at de regionale helseforetakene og kommunene kan ha et samarbeid med Nav om inkludering og kvalifisering av arbeidskraft. Regjeringen vil også legge frem en plan mot rasisme og diskriminering i helse- og omsorgssektoren, det KS skal involveres i arbeidet.

LO er positiv til å rekruttere personer utenfor utdanning og arbeid til helse- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid svært viktig at kvaliteten ivaretas og at det tilrettelegges tilstrekkelig for opplæring på arbeidsplassen. Dette er essensielt for at inkluderingen skal lykkes. Det er også viktig at språkopplæringen for arbeidsinnvandrere styrkes både i og utenfor arbeidsplassen.

LO mener at også arbeidstakersiden må involveres i arbeidet med planen mot rasisme og diskriminering, ikke bare KS.

3.1.8 Senere avgang (4.14)

Regjeringen vil arbeide systematisk for å forebygge tidlig avgang fra arbeidslivet, blant annet gjennom tiltak som reduserer belastning, sykefravær og tidlig uførhet. Den vil videre følge opp seniorpolitiske tiltak og tilrettelegging for ansatte i belastende stillinger, som for eksempel at seniorer kan tilbys en rolle som mentorer for lærlinger, studenter eller nyutdannede. Regjeringen ønsker å legge til rette for livsfaseorienterte tilpasninger, slik at ansatte kan få midlertidige tilpasninger når behovene endrer seg gjennom yrkeslivet. Dessuten vil den se på insentivstrukturer til en lang karriere i helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringens tiltak for å få flere til å stå lenger i arbeid er foreløpig lite konkrete. Det er derfor usikkert om tiltakene vil være tilstrekkelige til å øke avgangsalderen med 1–3 år. LO støtter tiltak som kan bidra til et mer inkluderende og bærekraftig arbeidsliv gjennom hele yrkeskarrieren, blant annet bedre arbeidsmiljø, kompetanseutvikling, livsfaseorientert tilrettelegging og redusert belastning i krevende yrker. Samtidig vil LO understreke at lønns- og arbeidsvilkår fastsettes gjennom forhandlinger mellom partene i arbeidslivet. Eventuelle insentiver for å stå lenger i arbeid må derfor utformes innenfor rammene av den norske modellen. Vi viser for øvrig til LOs hovedprioriteringer og øvrige forslag i dette høringsinnspillet.

3.1.9 Innleie (4.15)

Regjeringen vil utrede om tjenestene kan ivaretas forsvarlig uten unntaket fra innleiereglene for helse- og omsorgssektoren, med sikte på å legge frem en plan for avvikling. Regjeringen vil videreføre systematisk arbeid med å redusere innleie i helseforetakene og kommunene eksempelvis gjennom etablering av egne lokale bemanningsenheter og å legge til rette for forsøk hvor grunnbemanning vurderes som en faktor som kan bidra til å redusere behovet for innleie, utrede ytterligere bruk av egne lokale offentlige bemanningsenheter, som vikarpooler eller ordninger der personell brukes på tvers av tjenester eller enheter, satse på vikarreduserende tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som kan bidra til mer stabil tilgang på vikarer lokalt for å dekke opp for faste ansattes fravær ved ferieavvikling, sykdom og permisjoner, eller i påvente av ansettelse av fast ansatte.

LO er positiv til disse tiltakene for redusert innleie og til at regjeringen vil legge frem en plan for avvikling av unntaket fra innleiereglene for helse- og omsorgssektoren. Når det gjelder ordninger der personell brukes på tvers av tjenester eller enheter, mener vi partene i arbeidslivet må inn i det videre arbeidet. For mange vil en slik løsning ikke passe eller være ønsket, og hva en slik deling av jobb/oppgaver kan bety for arbeidsmiljøene er også viktig å se nærmere på. Vikarbruk må reduseres gjennom hele og faste stillinger slik at man får en tilstrekkelig og stabil bemanning.

3.2 Kap. 5 Utdanning for helse- og omsorgstjenestene

3.2.1 Generelle kommentarer

I meldingen omtales behovet for å dimensjonere og utvikle utdanningene slik at helse- og omsorgstjenestene får tilstrekkelig og relevant kompetanse. Det vises konkret til to ulike scenarioer om fremtidig behov (SSB). I det første øker utdanningskapasiteten med om lag 6 500 årsverk i 2040, og i det andre øker det til 12 500. Det første scenariet legges til grunn i meldingen, etter som øvrige tiltak for å styrke tilbudet av arbeidskraft og redusere etterspørselen vurderes å kunne utgjøre en tilstrekkelig samlet effekt.

LO merker seg videre at fremtidig dimensjonering av helseutdanninger skal skje gjennom kompetansebudsjettet. Kompetansebudsjettet skal benyttes for å planlegge utdanningskapasiteten i helseutdanningene i høyere utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning i årene framover i lys av arbeidsmarkedets behov, søkergrunnlag, tilgang til praksisplasser, samlet kapasitet og kvalitet i utdanningene. Formålet med kompetansebudsjettet er å bidra til bedre sammenheng mellom hva slags kompetanse Norge trenger og hva vi utdanner, gjennom å gi en tydelig retning for det samlede til budet ved fagskoler, høyskoler og universiteter. Kompetansebudsjettet vil bli presentert årlig i regjeringens forslag til statsbudsjett fra og med 2027 og kommer til å bestå av kunnskapsgrunnlag, prioritering og å måle og justere politikk. Tydelig prioritering skal gjøre det lettere for utdanningsinstitusjonene å jobbe aktivt med dimensjonering, arbeidsdeling og omprioritering av studieplasser.

LO er positiv til at meldingen tar opp behovet for kompetanseutvikling for personell uten formell utdanning. Utviklingen de siste årene har vist en markant økning i antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten utført av ansatte uten relevant fagutdanning, og det vil i 2040 være 73 300 årsverk bemannet av personer uten relevant helseutdanning. Det er avgjørende å iverksette tiltak som bidrar til kompetanseheving for denne gruppen ansatte, og meldingen viser her også til fagbrev på jobb, Menn i helse og praksiskandidatordningen. LO vil også spille inn at fagarbeiderens adgang til høyskole- og universitetsutdanning må forbedres, blant annet gjennom y-veien. Fagbrev må også gi tilleggspoeng ved opptak til universitets- og høyskoleutdanning på lik linje som realfag.

LO vil i det videre særlig løfte frem spesifikt 3.2.2 veier til fagbrev og kvalitet i opplæring, 3.2.3 behovet for å styrke videreutdanning på fagskolene og 3.2.4 behovet for utdanning av helsepersonell på universiteter og høyskoler.

3.2.2 Spesifikt om veier til fagbrev og kvalitet i opplæring

LO) stiller seg positive til den foreslåtte satsingen på yrkesfaglige utdanningsløp innen helse og omsorg, da vi er avhengig av både nok folk og riktig kompetanse for å ivareta og videreutvikle et godt helhetlig tilbud i helse- og omsorgssektoren. Samtidig er det viktig å understreke at kvalitet i fagopplæringen og i påfølgende sluttkompetanse er avgjørende for at fremtidas helse- og omsorgstjenester skal kunne levere et godt, trygt og helhetlig tilbud.

En helse- og omsorgssektor med kvalifisert personell med ulike fagområder og bakgrunner er en forutsetning for et godt helhetlig tilbud nå og fremtiden. LO vil løfte frem regjeringens fokus på å bedre kjønnsbalansen i helsefagutdanningene som positivt, og samtidig løfte frem behovet for representasjon fra arbeidslivets parter inn i den foreslåtte arbeidsgruppen.

LO mener kvalitet i opplæringen må ligge til grunn innenfor alle yrkesfaglige utdanningsprogram, og er helt avgjørende for å utvikle selvstendige og dyktige fagarbeidere. Ulike veier til fagbrev- og svennebrev kan for mange bidra til mer senket terskel for utdanning, tilby tilpassede opplæringsløp og gi en vei inn i arbeidslivet. Videre er det viktig at fleksibilitet og tilpasninger i ikke går på bekostning av kvaliteten i opplæringen og i påfølgende sluttkompetanse, da dette er direkte koblet til den kvaliteten på tjenestene helse- og omsorgssektoren forventes å levere.

I Meld. St. 11 2025-2026 beskrives flere veier til fagbrev innen helsefag, eksempelvis praksiskandidatordningen, fagbrev på jobb og modulstrukturert opplæring for voksne. LO vil understreke behovet for involvering av arbeidslivets parter dersom veier til fag- og svennebrev vurderes utvidet eller endret, dette gjelder særlig alternative veier utover hovedmodellen (2+2).

LO vil på det sterkeste advare mot å redusere kravet til praksistid for praksiskandidater, da dette vil kunne gå på direkte bekostning av kvaliteten i den fremtidige helse og omsorgstjenesten. Praksiskandidatordningen er en dokumentasjonsordning som lar kandidater som ikke har hatt opplæring i skole eller bedrift gå opp til fag/svenneprøven dersom de kan dokumentere fem års relevant praksis i faget. Praksiskravet er dermed både et kjerneelement og en sikring for å forsvarlig kunne sammenligne relevant praksis opp mot kravene/læringsmålene i det ordinære opplæringsløpet i skole og bedrift. (Vi vil også minne om at det allerede er hjemmel i opplæringsloven §23-2 for å «i særlige tilfeller» kunne godkjenne kortere praksistid.)

LO vil heller løfte frem ordningen «Fagbrev på jobb» som et eksempel på hvordan kandidater kan tilegne seg en yrkesfaglig sluttkompetanse gjennom en ordning som både fremmer inkludering og sikrer kvalitet i opplæringen. «Fagbrev på jobb» ble spesielt utviklet for helse og omsorgssektoren fordi stort omfang av brøkestillinger og deltid gjorde praksiskandidatordningen lite egnet. Ordningen gir de som allerede står i jobb mulighet til å tilegne seg en yrkesfaglig sluttkompetanse gjennom realkompetansevurdering og fastsatt opplæringskontrakt med arbeidsgiver som bl.a. innebærer veiledet praksis.

For å sikre god kvalitet i de yrkesfaglige opplæringsløpene innen helse og omsorg vil det være avgjørende å involvere Samarbeidsrådet for yrkesopplæring (SRY) og relevante faglige råd og at disse sikres reell innflytelse når eventuelle beslutninger om yrkesfaglige utdanningsprogram skal fattes. LO mener at dette er en grunnleggende forutsetning for å sikre kvalitet i opplæringen samt bidra til at de ulike opplæringsløpene ses i sammenheng både når det gjelder dimensjonering, struktur og innhold.

LO vil også løfte frem at den norske fagopplæringen i realiteten er et partnerskap som bygger på et samarbeid mellom arbeidslivets parter både nasjonalt, regionalt og lokalt, med en oppgave- og ansvarsfordeling innen fagopplæringen som er godt forankret i trepartssamarbeidet. På bakgrunn av dette mener LO at yrkesopplæringsnemndene skal ha en aktiv rolle i å vurdere dimensjonering av utdanningstilbud innenfor helse og omsorg regionalt og gis nødvendige ressurser til å utføre sine oppgaver i tråd med deres mandat.

3.2.3 Behov for å styrke videreutdanning på fagskolene

Behovet for fagarbeidere med spesialkompetanse vil øke betydelig, særlig i omsorgstjenestene. Meldingen anerkjenner fagskolene som en del av løsningen på kompetanseutfordringene i helse- og omsorgstjenestene, særlig gjennom videreutdanning, spesialisering og fleksible utdanningsløp. Regjeringen har også tidligere styrket høyere yrkesfaglig utdanning med 2 900 nye studieplasser siden 2021. Regjeringen har gitt fylkeskommunene føringer om at blant annet utdanninger i helse- og velferdslag skal prioriteres ved fordeling av nye studieplasser.

Regjeringen vil utvikle felles nasjonale sluttkompetanser for utvalgte kliniske og pasient- og brukernære fagskoleutdanninger for å ivareta nasjonale faglige behov gjennom å

- *identifisere kompetansebehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*
 - beskrive hvilke kvalifikasjoner fagskoleutdanninger må føre til for å kunne ivareta behovene. Det skal omfatte utdanninger innen klinisk helsefagarbeid, psykisk helse arbeid og rusarbeid, demens- og alderspsykiatri, apotekfag og ernæringsfag.
- *identifisere kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten*
 - beskrive hvilke kvalifikasjoner fagskoleutdanninger må føre til for å kunne ivareta behovene. Det skal omfatte utdanninger innen operasjonshelsefag, intensivhelsefag, og forsynings- og helse logistikkfag.
- utarbeide informasjonsmateriell og gjennomføre tiltak som bidrar til at fagskoleutdanninger gjøres mer kjent i tjenestene.

Dette vil ifølge regjeringens helsepersonellplan føre til flere fagarbeidere med fagskoleutdanning, som kan bidra til en mer hensiktsmessig ansvars- og oppgavedeling, særlig for oppgaver som krever annen helsefaglig utdanning enn fagarbeidere uten fagskoleutdanning har. Videre er fagskoleutdanninger viktige for å sikre kvalitet og forsvarlighet i tjenestene, og de har en viktig funksjon for å bidra til å beholde og skape karriereveier for fagarbeidere, noe som igjen kan virke rekrutterende for fagarbeiderutdanningene.

Meldingen legger stor vekt på kompetanseutvikling gjennom hele yrkeslivet, ikke bare grunnutdanning. Dette er et område hvor fagskolene har en sterk posisjon. Det er betydelig oppmerksomhet om oppgavedeling, nye roller og kompetanseheving i tjenestene. Dette åpner for flere korte og målrettede videreutdanninger som fagskolene kan utvikle. Planen understreker behovet for fleksible og desentraliserte utdanningstilbud, noe som harmonerer godt med fagskolenes arbeidsform og samfunnsoppdrag. Helsepersonellmangelen er størst blant yrkesgrupper hvor mange har fagbrev som inngang, og hvor fagskolene kan bidra med spesialisering og karriereveier.

Helsepersonellplan 2040 anerkjenner behovet for fleksibel, arbeidslivsnær og livslang kompetanseutvikling, noe som styrker relevansen til fagskolene. Samtidig fremstår fagskolesektoren som underutnyttet i meldingen. Fagskolene omtales mer som en del av kompetansesystemet enn som et selvstendig hovedgrep i helsepersonellpolitikken. Det ser heller ikke ut til å følge med nye, konkrete finansieringsløft eller kapasitetsmål rettet spesifikt mot høyere yrkesfaglig utdanning.

Meldingen beskriver mange utfordringer som fagskolene er godt egnet til å løse, men uten fullt ut å trekke den konsekvensen at sektoren bør få en mer sentral rolle. Planen kunne i større grad ha løftet frem høyere yrkesfaglig utdanning som et strategisk virkemiddel for å møte helsepersonellmangelen gjennom rask kompetanseoppbygging, spesialisering og desentraliserte utdanningstilbud.

LO har etterlyst en ytterligere opptrappingsplan for flere studieplasser på fagskolene. LO vil derfor be om at det kommer på plass en forpliktende opptrappingsplan, som kan imøtekomme det store og udekkede kompetansebehovet for helsepersonell i fremtiden. En slik opptrappingsplan er helt avgjørende for å gapet mellom dagens utdanningskapasitet og fremtidens helsepersonellmangel.

3.2.4 Behovet for utdanning av helsepersonell på universiteter og høyskoler (5.14)

LO er opptatt av å heve det faglige nivået i helse- og omsorgstjenesten og øke andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning.

I meldingen vises det til Helsemod, som er SSBs verktøy for å framskrive og analysere tilbudet av helsepersonell og etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten. Modellen omfatter 14 autoriserte helsepersonellgrupper på tilbudssiden. LO vil vise til at vi organiserer mange av disse gruppene. Særlig gjelder det helsesekretærer, helsefagarbeidere (også de med videreutdanning på fagskoler), sykepleiere, manuellterapeuter (fysioterapeuter med videreutdanning/master i manuellterapi) og kiropraktorer. Samtidig omfatter modellen ikke flere sentrale sosialfaglige yrkesgrupper, som sosionomer og barnevernspedagoger, og gir derfor ikke et fullstendig bilde av den samlede kompetansen som kan bidra til å møte framtidens behov i helse- og omsorgstjenestene.

Mot 2040 vil det være et økende underskudd i flere sentrale utdanningsgrupper i helse- og omsorgstjenesten. De store gruppene er viktige for hele tjenesten, og det vurderes at det er nødvendig å planlegge for økt utdanningskapasitet frem til 2040 for særlig helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere og helsesekretærer. LO vil også løfte frem behovet for spesialistgodkjenninger for flere yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten og viser til FOs innspill.

I fremskrivningen til SSB, så er det ikke spesifikt vist til manuellterapeuter og kiropraktorer. LO vil vise til at det er et stort behov for økt utdanning innenfor denne gruppen, og da må det gjøres øvrige grep for å få dette til. I tillegg vil LO vise til at det må utredes en offentlig spesialistgodkjenning innen psykisk helse, rus og avhengighet for sosialfaglige yrkesgrupper.

I meldingen vises det til et forslag om å sette i gang en prosess for at manuellterapeuter skal kunne rekvirere et begrenset utvalg legemidler til bruk ved ultralydveiledet injeksjonsbehandling i muskel- og skjelettapparatet. Dette kan bidra til å avlaste annet helsepersonell. LO vil her også etterlyse arbeidet med RETHOS for denne viktige profesjonsgruppen. Uten RETHOS kan ikke nye studietilbud etableres. Det tas nå opp kun 24 kandidater annethvert år. Manglende RETHOS er en direkte flaskehals for kompetanse i helsetjenesten. I dette ligger det også vurderinger av om antall studieplasser innenfor denne utdanningen bør økes for å imøtekomme arbeidslivets behov for et sterkt tilbud for de arbeidstakere som lider av muskel- og skjelettsykdommer. Dette er den største årsaken til sykefravær og nye uførepensjoner i Norge og representerer betydelige samfunnsøkonomiske kostnader.

3.3 Kap. 6 Ansvars- og oppgavedeling

3.3.1 Oppgavedeling (6.1 og hele kapittel 6)

Mange oppgaver utføres i dag av personell med lengre utdanning enn nødvendig, mens andre yrkesgrupper og støttefunksjoner ikke brukes fullt ut. Profesjongrenser og svak kompetansekartlegging hindrer bedre ressursutnyttelse. Vi trenger systematisk oppgavedeling slik at oppgavene utføres med riktig kompetanse, kvalitet og faglig forsvarlighet ivaretas, fagarbeidere og sosialfaglig kompetanse som sosionomer i helse- og

omsorgstjenestene utnyttes bedre. Om vi bruker hele laget og fordeler oppgaver i tråd med kompetanse, behov og faglig vurdering, blir ressursene brukt best mulig.

Regjeringen foreslår å etablere et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram for effektiv organisering og riktig ansvars- og oppgavedeling (6.1). Programmet skal bidra til ledelsesforankret utviklingsarbeid, kompetansekartlegging, utprøving av nye modeller og spredning av dokumenterte løsninger. Regjeringen vil også utvikle en nasjonal veileder for analyse av arbeid og gjennomføring av ansvars- og oppgavedeling (6.1). Tiltakene bygger på prinsippet om at oppgaver skal løses på lavest effektive kompetansenivå, samtidig som forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

LO støtter regjeringens forslag om et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram for organisering og oppgavedeling og ønsker at Stortinget støtter opp under dette. Oppgavedeling er et av de viktigste tiltakene for å møte framtidig mangel på helsepersonell.

Helse- og omsorgstjenestene må bruke hele laget, ikke bare personell med lang universitets- og høyskoleutdanning, som leger og sykepleiere. Helsesekretærer, sosionomer, helsefagarbeidere, portører og andre yrkesgrupper kan bidra med arbeidet som trengs. Dyktige ansatte må i størst mulig grad få bruke tiden sin på oppgaver de har kompetanse og utdanning til å utføre. Samtidig må oppgaver som ikke krever høy helsefaglig kompetanse utføres av andre yrkesgrupper når dette er faglig forsvarlig. Oppgavedeling sikrer riktig bruk av kompetanse, bedre kvalitet og mer effektiv ressursutnyttelse. Oppgavedeling handler ikke om å erstatte profesjoner, men om å sikre at oppgaver utføres av den yrkesgruppen som er best egnet til å utføre dem.

Leger bør ikke bruke tid på administrativt arbeid som kan utføres av helsesekretærer, og sykepleiere bør avlastes fra oppgaver som kan utføres av helsefagarbeidere eller andre ansatte med riktig kompetanse. Dette gir bedre ressursutnyttelse og frigjør tid til pasientnære oppgaver.

Ny forskning fra Fafo (Fafo-rapport 2026: 19) viser at tidligere nedbygging av fagarbeiderkompetanse på sykehus har gjort det vanskelig å snu utviklingen. Manglende rollemodeller, profesjonskultur, svak rekruttering og lav oppmerksomhet om fagarbeidere har bidratt til at andelen helsefagarbeidere ikke har økt slik man ønsket. Forskningen tyder på at det må bygges opp et tilstrekkelig fagmiljø før rekrutteringen blir selvforsterkende. Nyutdannede helsefagarbeidere trenger erfarne kolleger, tilhørighet og tydelige karriereveier dersom sykehusene skal lykkes med å styrke denne gruppen. Erfaringene viser at oppgavedeling og rekruttering og beholdning av nye stillinger ikke skjer av seg selv. Det krever tydelige politiske prioriteringer og langsiktig satsing på fagarbeiderkompetanse i sykehusene.

LO mener det bør settes konkrete mål for økt bruk av helsefagarbeidere, sosionomer, helsesekretærer og andre personellgrupper i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene bør kartlegge oppgaver som kan overføres til andre grupper, og det bør utvikles flerårige rekrutterings- og kompetanseplaner for fagarbeidere.

Videre bør arbeidet med oppgavedeling kobles tettere til fag- og yrkesopplæring, høyere yrkesfaglig utdanning og systematisk videreutdanning. Skal oppgavedeling lykkes, må de

ansatte som får nye oppgaver også få nødvendig kompetanseutvikling, anerkjennelse og tydelige karriereveier.

For at dette skal lykkes, må arbeidet forankres i partssamarbeidet og gjennomføres i tett samarbeid med ansatte og tillitsvalgte.

3.3.2 Privatisering av ansvars- og oppgavedeling (6.7 og nøytral merverdiavgift)

Helsepersonell vil være en knapp ressurs fremover. Kommersielle private aktører og private sykehus vil konkurrere om de samme legene, sykepleierne, og andre helsepersonell som det offentlige er avhengig av. LO er kritisk til regjeringens mål om økt bruk av private tilbydere. Det vil ikke bidra til bedre utnyttelse av kapasiteten, men heller til svekket kapasitet i de offentlige helse- og omsorgstjenestene og dermed dårligere samlet helse i befolkningen som følge av økende mangel på helsepersonell.

Regjeringen skriver at private og ideelle aktører *kan bidra til økt kapasitet, kortere ventetider og mer effektiv ressursbruk dersom de brukes på en hensiktsmessig måte*. LO etterlyser et kunnskapsgrunnlag for påstanden om at økt bruk av private aktører kan gi bedre samlet ressursutnyttelse. LO legger til grunn at offentlig finansierte og regulerte avtaleordninger for helsepersonell, som avtalespesialister, kiropraktor med delvis refusjon og manuellterapeuter med driftsavtale, skiller seg fra kommersielle private tilbud som opererer utenfor den offentlige prioriteringsmodellen.

LO mener regjeringen bør være varsom med tiltak som legger til rette for økt bruk av private sykehus gjennom flere avtaler og endring for å gjøre det lettere å velge private sykehus. I en situasjon med økende mangel på helsepersonell bør politikken innrettes mot å styrke det offentlige helsevesenet.

LO er kritisk til en politikk som i økende grad bygger opp parallelle behandlingskapasiteter gjennom private sykehus og andre private tilbydere. Flere avtaler og økt pasientflyt til slike aktører skaper ikke flere helsepersonell. Risikoen er at personell flyttes fra offentlige sykehus og andre offentlige tjenester til virksomheter som konkurrerer om den samme arbeidskraften. Det kan svekke muligheten til å prioritere ressursene etter behov og på sikt bidra til et mer todelt helsevesen.

LO mener at regjeringen bør dokumentere hvordan eventuelle tiltak for økt bruk av avtaler med private og ideelle aktører påvirker personelltilgangen, ventetidene og den samlede kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten, også på lang sikt, samt hvordan dette slår ut sosialt.

LO støtter hjemmelen som gir myndighetene adgang til å kreve godkjenning av private virksomheter. Dette styrker muligheten til å begrense etablering av nye private tilbud som trekker helsepersonell og andre ressurser ut av den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Når arbeidskraft er den knappeste ressursen, er det viktig å sikre at kapasiteten i størst mulig grad brukes der behovet er størst.

LO savner at regjeringen følger opp flertallsforslaget fra NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus* om å avvikle ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene. Ordningen ble innført 1. januar 2017 og innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgift ved kjøp av varer og tjenester fra eksterne leverandører. Hensikten var å gjøre det

merverdiavgiftsmessig likegyldig om tjenester produseres av egne ansatte eller kjøpes eksternt. Regjeringen har så langt ikke fulgt opp utvalgets forslag om avvikling.

LO savner at regjeringen følger opp forslaget om å avvikle ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene. Ordningen ble innført 1. januar 2017 og innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgift ved kjøp av varer og tjenester fra eksterne leverandører. Hensikten var å gjøre det like billig å kjøpe tjenester som egenproduksjon.

Ordningen har bidratt til økt oppsplitting av tjenester som naturlig hører sammen. Når ulike deler av virksomheten organiseres gjennom kontrakter med eksterne leverandører, blir det vanskeligere å utvikle helhetlige arbeidsprosesser, systematisk oppgavedeling og fleksibel bruk av personell. Endringer i arbeidsdeling eller organisering må ofte håndteres gjennom kontraktsendringer, nye anskaffelser eller reforhandlinger, noe som kan gjøre omstilling mer krevende og ressurskrevende.

Ansvars- og oppgavedeling forutsetter at virksomheten kan se personellressursene samlet og organisere arbeidet ut fra pasientenes behov. Dette blir vanskeligere når tjenester som renhold, logistikk, drift eller andre støttefunksjoner skilles ut i egne kontrakter. Slike tjenester er ikke isolerte aktiviteter, men en del av den samlede tjenesteproduksjonen og har stor betydning for kvalitet, arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og smittevern.

Nøytral merverdiavgift i helseforetakene fører til oppsplitting av tjenester som naturlig hører sammen og svekker insentivene til å bygge sterke fagmiljøer og løse oppgaver med egne ansatte. For å styrke helhetlig organisering, bedre oppgavedeling og et sterkt offentlig helsevesen mener LO at ordningen bør avvikles.

3.3.3 Tverrfaglige fastlegekontorer (6.4)

Fastlegene møter stadig mer komplekse pasientbehov, og det er ikke realistisk at én yrkesgruppe alene skal dekke hele bredden av medisinske, psykiske og sosiale utfordringer.

Regjeringen foreslår å *Utvikle tverrfaglige fastlegekontorer med ansvars- og oppgavedeling og teamarbeid mellom flere helsepersonellgrupper* (6.4).

LO støtter tanken, men mener Stortinget kan være mer konkrete.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten peker på oppgavedeling med andre yrkesgrupper som ett av hovedgrepene for å øke kapasiteten i fastlegetjenesten (*Gjennomgang av allmennlegetjenesten, Ekspertutvalgets rapport*, 09.05.2023, side 112). Utvalget anbefaler økt tverrfaglighet gjennom større mulighet for selvstendig oppgaveløsning for andre helsepersonellgrupper, som psykologer, fysioterapeuter og manuellterapeuter.

Et annet viktig virkemiddel for å lykkes med oppgavedeling på fastlegekontoret er å gjøre finansieringsordningene mindre profesjonsavhengige.

Profesjonsnøytral finansiering innebærer at finansieringen knyttes til oppgaven som utføres, ikke til hvilken yrkesgruppe som utfører den. Profesjonsnøytrale takster legger til rette for at virksomheten i større grad kan velge hvilke personellgrupper som skal yte

tjenestene, og innrette praksisen mot pasientenes behov. Rapporten for gjennomgang av allmennlegetjenesten i 2023 foreslo å innføre profesjonsnøytrale takster, legge til rette for at flere helsepersonellgrupper kan jobbe på fastlegekontoret, og at takstsystemet bør legges til rette for økt grad av delegering innenfor fastlegekontoret (*Gjennomgang av allmennlegetjenesten*, Ekspertutvalgets rapport, 09.05.2023, side 340).

Ekspertutvalget pekte på at profesjonsnøytrale takster vil bidra til en mer effektiv og tverrfaglig helsetjeneste, hvor oppgaver kan gjøres av annet kvalifisert personell. Et godt eksempel på hvordan annet helsepersonell kan bidra til en mer effektiv fastlegetjeneste, er oppfølging av diabetespasienter utført av helsesekretærer. Dette viser at det er mulig å avlaste leger og sykepleiere samtidig som kvaliteten på helsetjenestene opprettholdes. Sosialfaglig personell, som sosionomer og vernepleiere, kan spille en viktig rolle i oppfølging av personer med psykiske helseutfordringer, rusproblematikk og funksjonsnedsettelse, samt bidra til koordinering med tjenester som NAV, barnevern og skole. Ved å ta i bruk hele bredden av helsefaglig og sosialfaglig kompetanse kan fastlegekontorene tilby mer helhetlige, tilgjengelige og effektive tjenester.

Et enstemmig Storting vedtok 5. juni 2025 at *Stortinget ber regjeringen utrede innføring av profesjonsnøytrale takster i hele fastlegeordningen. Utredningen skal foreligge innen mars 2026.*

LO ønsker at oppgaver i større grad organiseres ut fra kompetanse og faglig forsvarlighet, ikke profesjonstilhørighet. Profesjonsnøytrale takster kan være et viktig virkemiddel for å styrke tverrfaglig samarbeid og bedre ressursutnyttelse i hele helse- og omsorgstjenesten.

3.3.4 Profesjonsnøytral helse- og omsorgstjenestelov (6.14)

LO støtter regjeringens forslag om å gjøre helse- og omsorgstjenesteloven profesjonsnøytral ved å oppheve kravene til bestemte profesjoner i lovverket (6.14). Forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet skal fortsatt ligge fast, men kommunene bør få større handlingsrom til å organisere tjenestene ut fra innbyggernes behov, lokal kompetanse og tilgang på arbeidskraft. En profesjonsnøytral regulering kan bidra til bedre oppgavedeling, sterkere tverrfaglig samarbeid og mer effektiv bruk av den samlede kompetansen i tjenestene. Forslaget handler ikke om å redusere kravene til kompetanse eller kvalitet som er sikret i andre paragrafer i loven, men om å gi kommunene større mulighet til å bruke den kompetansen de har tilgjengelig på en hensiktsmessig måte. Når mangel på arbeidskraft er en av de største utfordringene i helse- og omsorgstjenestene, er det viktig å legge til rette for fleksible og framtidsrettede løsninger.

LO vil understreke at forslaget ikke innebærer avvikling av kompetansekrav, men avvikling av profesjonskrav. Kommunene vil fortsatt ha ansvar for å sikre nødvendig kompetanse og forsvarlige tjenester, slik de alltid har hatt. Dette ansvaret gjaldt også før profesjonskravene som ble innført i helse- og omsorgstjenesteloven i 2018.

3.4 Kap. 7 Digitalisering og kunstig intelligens

3.4.1 Statlig eid skytjeneste (nytt forslag)

LO mener at regjeringen bør etablere løsninger som sikrer nasjonal kontroll over helse- og omsorgsdata. Norge sitter på noen av verdens mest verdifulle helse- og omsorgsregistre, og disse dataene er avgjørende for pasientbehandling, forskning, beredskap og tjenesteutvikling. I en tid med økt geopolitisk usikkerhet og digitale trusler er det viktig å

reduere avhengigheten av utenlandske leverandører og sikre at kritiske helse- og omsorgsdata er underlagt norsk kontroll. En statlig eid skytjeneste bør innføres som en del av den samlede helseberedskapen.

LO vil også vise til Fafo-rapport 2022:22 om [Skytjenester for offentlig sektor](#).

3.4.2 Digitalisering (7.2, 7.3 og 7.5)

Helsepersonellkommisjonen og Regjeringen vektlegger det store potensialet for å forbedre helse- og omsorgstjenesten gjennom ny teknologi og digitale løsninger. Det er imidlertid få eksempler på at teknologiutviklingen har redusert arbeidskraftsbehovet (NOU 2023: 4, side 270).

Digitaliseringen griper inn på mange områder og nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra store datasystemer og logistikk-løsninger til bedre pasientbehandling. LO støtter arbeidet med å redusere oppgaver ved digitalisering for ansatte, og sikre mer innsyn og helsekompetansen til befolkningen, men vil advare mot en altfor stor grad av teknologioptimisme.

Digitale løsninger kan bidra til smartere arbeidsprosesser, men effekten avhenger av at ansatte og brukere involveres i utvikling, innføring og videreutvikling av løsningene. Nye digitale løsninger kan være effektive, men kun hvis kunnskapen fra de som bruker dem tas med i utviklingen og implementeringen.

Digitalisering og kunstig intelligens må bygge på den norske modellen. Innføring av ny teknologi påvirker arbeidsorganisering, oppgavefordeling, arbeidsmiljø og kontroll med arbeidstakerne. Derfor må ansatte og tillitsvalgte involveres tidlig i utvikling, anskaffelse, innføring og bruk av digitale løsninger. Erfaringene fra norsk arbeidsliv viser at medbestemmelse ikke er et hinder for teknologisk utvikling, men en forutsetning for at ny teknologi tas i bruk på en måte som styrker kvalitet, produktivitet og arbeidsmiljø.

Helsetjenester bygger i stor grad på menneskelige relasjoner og samhandling mellom pasienter, helsepersonell og pårørende. Digitale løsninger kan være et viktig supplement, men bare dersom de er brukervennlige, reduserer arbeidsbelastningen og de ansatte får nødvendig digital kompetanse. Teknologi må derfor innføres gjennom enighet mellom partene i virksomheten, og arbeidstakerne må gjennom avtaler ha medbestemmelse over dataregulering, transparens, metadatabruk og reservasjonsmuligheter.

LO støtter regjeringens forslag om at KI-verktøy og bruk av nytt medisinsk utstyr skal prioriteres om det frigjør tid hos helsepersonell (7.5), og at det skal måles brukervennlighet for helsepersonell (7.5). Det vil redusere risikoen for at digitalisering kan øke personellbehovet.

LO støtter regjeringens forslag om å etablere en trygg, offentlig KI-basert tjeneste (7.2). KI-løsninger bør utvikles på grunnlag av norske helse- og omsorgsdata og tilpasses norske forhold. Befolkningens helseutfordringer, organiseringen av tjenestene og regelverket varierer mellom land, og norske helse- og omsorgsdata vil gi mer treffsikre, relevante og trygge tjenester for norske brukere.

Fremdeles mangler rundt 20 prosent av befolkningen tilgang til digital konsultasjon med legekantoret via Helsenorge. Fastlegene kan tilby reseptfornyelse, timebestilling, kontakt med legekantoret og digitale konsultasjoner, men bare 75 prosent tilbyr alle disse tjenestene. Å øke tilgjengeligheten av digitale tjenester vil gjøre det enklere og mer forutsigbart for innbyggerne å få tilgang til helsetjenester, og bidra til en mer effektiv og moderne fastlegetjeneste. LO støtter regjeringens forslag om at fastleger skal være mer digitalt tilgjengelig, som gjennom videokonsultasjoner (7.3). LO ønsker spredt bosetting, gode velferdstjenester og et kraftig og framtidsrettet næringsliv i hele landet. Mer digitale fastleger gjør det spesielt lettere for alle som bor lengre unna sitt fastlegekontor.

Et eksempel på digitalisering og oppgavedeling er det pågående prosjektet i regi av Helsedirektoratet og manuellterapeutene som skal gjøre det mulig for pasienter å velge vurdering hos manuellterapeut via Helsenorge.no. LO mener slike initiativer illustrerer potensialet i digitalisering for bedre samhandling og tilgjengelighet, også på tvers av profesjonsgrensene.

3.5 Kap. 8 Effektiv ressursbruk og prioritering

3.5.1 Privatisering og innføring av merverdiavgift på private helseforsikringer (8.4)

Helsepersonell vil være den knappeste ressursen fremover. Da må vi prioritere personellet til det som er viktigst. LO mener de som trenger helsehjelp mest bør prioriteres mer enn de som har mest som kan betale for private tjenester. Private aktører konkurrerer om de samme legene, sykepleierne, helsefagarbeiderne og andre helsepersonell som det offentlige er avhengig av. Helsepersonell kan ikke være to steder samtidig. Økt bruk av private helsetjenester vil svekke den offentlige helse- og omsorgstjenesten ved å trekke til seg personellgrupper det allerede er mangel på. Når kapasitet flyttes til private tilbud, svekkes samtidig kapasiteten i det offentlige tilbudet. LO vil peke på [forskningen vi viste til tidligere i dokumentet](#).

Økt bruk av private tilbydere øker ikke tilgangen på helsepersonell, men endrer hvordan den eksisterende arbeidskraften fordeles mellom offentlig og privat sektor. Det betyr at mer av den knappeste ressursen flyttes fra tjenesten som prioriterer dem som trenger tilbudet mest, til dem som kan betale for seg eller har andre ordninger som helseforsikring som flytter disse raskere fram i køen i stedet for dem som er prioritert høyere på grunn av behovet.

Private helseforsikringer kan bidra til en selvforsterkende utvikling. Når flere kjøper seg raskere tilgang til helsetjenester, øker etterspørselen etter private tilbud. Dette kan trekke mer helsepersonell ut av det offentlige og bidra til lengre ventetider for dem som er avhengige av den offentlige helsetjenesten. Resultatet er ikke økt kapasitet, men høyere kostnader og en prioritering som i større grad følger betalingsevne enn behov.

Helsepersonellkommisjonen uttrykte bekymring for at resultatet kan bli økt etterspørsel etter privatfinansierte helse- og omsorgstjenester og en svekkelse av den offentlige tjenesten. Dette kan føre til personellmangel i offentlige tjenester og forrykke balansen mellom prioriterte og ikke-prioriterte tjenester. LO deler en slik bekymring som vil føre til en todelt og klasseslett helse- og omsorgstjeneste. Vi mener vi allerede ser konturene av dette.

"Når avstanden øker mellom hva befolkningen forventer og hva som er helsefaglig riktige tjenester, kan vi få en utvikling mot at de som har råd til det, selv vil ønske å betale for disse tjenestene dersom de ikke dekkes av det offentlige. Det er derfor en fare for at en faglig forsvarlig prioriteringspraksis kan føre til at etterspørselen etter privatfinansierte helse- og omsorgstjenester vil øke. På sikt kan dette utfordre det offentlige systemet, og den kollektive viljen til å betale for det." NOU 2023:4 pkt. 11.7.

LO mener at man i stedet bør vurdere tiltak som kan hindre at helsepersonell tappes fra det offentlige til private aktører. Todelingen av helsevesenet må motarbeides. Det bør innføres merverdiavgift på private helseforsikringer for å redusere bruken av denne tjenesten.

LO er også kritisk til at det ikke skilles mellom kommersielle og ideelle tilbydere i planen, og annen statistikk. Bruk av private, kommersielle aktører for å produsere offentlig finansierte helsetjenester vil uvilkaarlig, som følge av profittmotivet, dreie perspektivet bort fra spørsmålet om helsehjelpen er nødvendig til et spørsmål om kundetilfredsstillelse. Ideelle tilbydere har andre mål enn kommersielle og bør derfor alltid deles inn i en annen gruppe. Dersom regjeringen ønsker å bruke private aktører, mener LO at ideelle tjenesteytere med langsiktige avtaler basert på kvalitet bør prioriteres framfor kommersielle aktører.

3.5.2 Reduksjon av profesjonsspesifikke krav og anbefalinger (8.1)

LO støtter regjeringens arbeid med å gjennomgå og revidere normerende produkter med sikte på å redusere unødvendige profesjonsspesifikke krav og anbefalinger (8.1). Helse- og omsorgstjenestene bør organiseres ut fra pasientenes behov, tilgjengelig kompetanse og dokumenterte resultater, ikke ut fra tradisjonelle profesjonsgrenser. En større vektlegging av kompetansebehov fremfor profesjonstilhørighet kan bidra til bedre oppgavedeling, sterkere tverrfaglig samarbeid og mer effektiv bruk av den samlede kompetansen i tjenestene.

LO mener det er positivt at Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og KS involveres i arbeidet, slik at utviklingen av normerende produkter bygger på forskning, innovasjon, erfaringer fra tjenestene og hensynet til forsvarlighet og kvalitet. For å sikre gode resultater må arbeidet gjennomføres i tett samarbeid med ansatte og tillitsvalgte. De som kjenner tjenestene best, må involveres fra starten av.

3.5.3 Personellkonsekvenser som del av prioriteringsgrunnlaget (8.2)

LO støtter regjeringens forslag om å inkludere personellkonsekvenser som en systematisk del av prioriteringsgrunnlaget (8.2). Når mangel på arbeidskraft er den største utfordringen i helse- og omsorgstjenestene, er det viktig at beslutninger vurderes ut fra hvilken betydning de får for rekruttering og muligheten til å beholde ansatte.

Personellkonsekvenser må vurderes helhetlig og omfatte både framtidige bemanningsbehov og hvordan endringer påvirker dagens ansatte, både i avdelingen tiltaket er rettet mot og i andre avdelinger eller virksomheter som blir berørt. Endringer i arbeidsmiljø, oppgavedeling, organisering, lokalisering eller bygg kan ha stor betydning for evnen til å rekruttere og beholde ansatte. For å sikre gode vurderinger må ansatte og tillitsvalgte involveres i arbeidet, fordi de kjenner konsekvensene av endringene best.

3.6 Kap. 9 Bygg

3.6.1 Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i kommunene (9.1)

LO støtter forenklinger i Husbankens investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem, og er positiv til å redusere unødvendig detaljstyring og administrative krav, slik NOU 2026:1 *En bærekraftig kommunesektor* foreslår. Samtidig må forenklingene ikke gå på bekostning av kvalitet, tilgjengelighet og likeverdige tjenester. Det er viktig at endringene ikke fører til løsninger som svekker den enkeltes mulighet til et trygt og verdig botilbud, eller til uheldig samlokalisering av brukergrupper med ulike behov. Kommunene må ha handlingsrom til å finne gode lokale løsninger, men innenfor rammer som ivaretar brukernes verdighet, rettigheter og behov.

3.6.2 Flere egnede aldersvennlige boliger (9.2)

LO vil understreke at kommunene må få større økonomisk handlingsrom til å oppfylle sitt ansvar for aldersvennlige boliger. Vi støtter derfor forslaget om å vurdere virkemidler som gjør kommunene bedre rustet til å ivareta sitt boligpolitiske ansvar, inkludert boliger for eldre. LO mener finansieringen til bygging og vedlikehold av egnede eldreboliger må styrkes.

Flere egnede eldreboliger vil kunne gi gevinster både for den enkelte og for samfunnet. Mange eldre bor i dag i store familieboliger som ikke lenger er tilpasset deres behov. Ved å legge til rette for flere aldersvennlige boliger kan flere flytte til en bolig som passer livssituasjonen bedre, samtidig som familieboliger frigjøres for barnefamilier og personer i etableringsfasen. Dette er også relevant i lys av Fødselstallsutvalgets vurderinger av at tilgang til egnede boliger er en viktig rammebetingelse for familiedannelse.

Egnede eldreboliger kan også bidra til bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgstjenestene. Når personer med omfattende tjenestebehov bor nær tjenestenes base eller i områder med kort reisevei, brukes mindre tid på transport og mer tid på direkte oppfølging, behandling og omsorg.

LO mener det må bygges flere egnede og aldersvennlige boliger, og at disse bør eies og drives på ikke-kommersielle vilkår.

3.6.3 Investering i sykehusbygg (9.4)

LO støtter regjeringens forslag om å styrke oppfølgingen av medarbeidernes behov ved bygging og renovering av sykehus. Gode pauserom, garderober og arbeids- og vaktrom er viktige for arbeidsmiljø, rekruttering og evnen til å beholde ansatte. Erfaringer fra tidligere sykehusprosjekter, blant annet debatten om pauserom ved det nye sykehuset i Drammen, viser at slike hensyn ikke alltid har blitt tilstrekkelig ivaretatt. Når nye sykehus planlegges, må hensynet til de ansatte tillegges større vekt enn det vi har sett i enkelte tidligere prosjekter.

Tillitsvalgte og verneombud bør alltid involveres aktivt i valg av løsninger. De ansatte har erfaringer og kunnskap som er avgjørende for å utvikle gode sykehusbygg og hensiktsmessige arbeidsprosesser. Tidlig og reell medvirkning bidrar til bedre løsninger for både ansatte og pasienter.

LO ønsker en mer forutsigbar finansiering av sykehusene. Sykehusene er en grunnpilar i vårt offentlige helsetilbud. LO er positiv til at det utredes alternative modeller for framtidig finansiering av sykehusene. Samtidig mener LO at Stortinget bør avvente endringer til Helsereformutvalget har levert sin utredning. Utvalget skal vurdere framtidig organisering, styring og finansiering av helse- og omsorgstjenestene, og skal levere sin rapport innen 1. november 2026. LO mener derfor at eventuelle endringer i finansieringssystemet bør bygge på et helhetlig kunnskapsgrunnlag og en grundig vurdering av fordeler og ulemper ved de ulike modellene.



Landsorganisasjonen i Norge
Torggata 12, 0181 Oslo
www.lo.no