



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref: 23/92

Oslo, 2. mai 2023

Fagforbundet takker for muligheten til å gi høringsinnspill til Helsepersonellkommisjonens (HPK) utredning, NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

[Overordnede kommentarer og de viktigste tiltakene sett fra Fagforbundets side](#)

Fagforbundet representerer om lag 106 000 ansatte i helsetjenestene. Dette inkluderer de fleste yrkesgruppene, både helsepersonell og grupper som ikke er definert som helsepersonell som sekretærer, portører, renholdere, byggdrifere mv.

Fagforbundet mener de viktigste løsningene på mangelen på kvalifisert helsepersonell, i tillegg til å rekruttere bedre, er å holde på og utnytte og utvikle kompetansen hos de som allerede er i tjenestene. Oppgavedeling, heltidskultur, styrking av arbeid med HMS og arbeidsmiljø, mer strategisk kompetanseplanlegging og satsing på etter- og videreutdanning er viktige stikkord.

Helsesektoren må tilby arbeidsplasser med arbeidstidsordninger som lar seg kombinere med familieliv, arbeidsplasser som tar høyde for at en ikke har like god helse gjennom hele livet og som gir muligheter til faglig utvikling og kompetanseheving gjennom hele yrkeslivet.

Fagforbundet mener at Helsepersonellkommisjonen har levert et godt kunnskapsgrunnlag og en rekke tiltak som peker i riktig retning for å få til dette. De viktigste tiltakene fra kommisjonen er, slik Fagforbundet ser det:

- Et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme arbeidet for bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene over hele landet. Oppgaver som ikke er helserelevante må gjøres av andre yrkesgrupper (for eksempel merkantilt arbeid).
- Et forskningsprogram for utvikling av ny teknologi og innovative arbeidsprosesser som fører til redusert behov for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene.
- Forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø.
- Satse mer på utdanning av fagarbeidere som er relevante for helse- og omsorgstjenestene. Det er et felles ansvar for helseforetak og kommuner. Det innebærer at både kommuner og helseforetak må forplikte seg til å ta sin del av ansvaret for utdanning av faggruppene, og tilby flere læreplasser. Det må også være gode voksenopplæringsordninger med høy kvalitet.
- Nye forsøk med y-vei for helsefagutdanninger.
- Fagskoleutdanning som virkemiddel for økt kompetanse som kan kvalifisere for flere oppgaver

- Desentraliserte utdanninger, god dimensjonering, bedre praksisutplassering og arbeidslivsrelevans i utdanning, mer bruk av simulering i utdanning, kombinerte stillinger, og revidering av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Fagforbundet støtter mindretallet i kommisjonen i deres motstand mot å gi arbeidsgiver større styringsrett over arbeidstiden. Fagforbundet er bekymret for at denne type innretning legger ytterligere press på normalarbeidsdagen.

Fagforbundet vil poengtere at reell medvirkning fra de ansatte gjennom samarbeid mellom tillitsvalgte og ledelse er avgjørende for å lykkes. Medvirkning fra tillitsvalgte bidrar til at ansatte blir hørt, samtidig som virksomheten får uvurderlig informasjon fra de som kjenner helse- og omsorgstjenestene aller best. Det er høy organisasjonsgrad i helse- og omsorgssektoren. Dermed ligger forholdene godt til rette for å skape gode prosesser og omstilling under trygghet.

Helsepersonellkommisjonen legger til grunn at den samlede sysselsettingen i helsesektoren ikke skal overstige 15 prosent av arbeidsstyrken. Det er vanskelig å vite om det vil, eller ikke vil, være rom for at en større del av arbeidsstyrken kan være sysselsatt i helsesektoren. Det som er viktig er at strategier for å rekruttere og beholde helsepersonell tar høyde for at vi kan komme til å ha et stramt arbeidsmarked i lang tid. Det er også viktig, slik kommisjonen også understreker, at vi ikke skal basere oss på å import av helsepersonell. Knappheten på helsepersonell gjelder i hele Europa og vi må i hovedsak sørge for å utdanne og rekruttere de vi trenger selv. Noe annet vil være både lite bærekraftig og lite solidarisk.

Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Fagforbundet er enig i at det er til dels store utfordringer med samhandling i helse- og omsorgstjenestene. Vi får tilbakemeldinger fra medlemmer som er frustrerte over overgangene mellom tjenestenivåer. Noen stiller spørsmål om det er noe av det menneskelige som har gått tapt når man har gått over til mer og mer digital meldingsutveksling. Likevel er det trolig store muligheter for å bedre situasjonen uten å gjøre radikale grep i hvordan hele helse- og omsorgssektoren er organisert. Man kunne kanskje forsøkt å legge til rette for at fagpersoner kan kommunisere muntlig, f.eks. gjennom digitale møter mellom nivåer. Da kan man også i større grad ta i bruk samarbeidsmøter hvor representanter for begge nivåene, samt pasient og pårørende kan være til stede og sammen finne den beste løsningen. Denne typen tilbakemeldinger er heller ikke noe nytt, og bedre involvering av de ansatte og deres tillitsvalgte på alle nivåer er nødvendig for å sikre at uhensiktsmessige arbeidsmetoder, som f.eks. overdreven bruk av e-meldinger, blir oppdaget og rettet på.

Våre medlemmers arbeidssituasjon påvirkes av samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. De representerer viktig kompetanse og vil være sentrale aktører for å gjennomføre samhandlingstiltak basert på en forbedret konsensusbasert beslutningsprosess i helsefellesskapene. Sammensetningen av helsefellesskapene er regulert i avtale mellom regjeringen og KS. Representasjonen fra de ansattes organisasjoner og vernetjenesten er ikke en del av beskrivelsen av fellesskapene. Siden det er to forskjellige tariffavtaler (KS og Spekter) som gjelder, er det utydelig hvordan dette skal gjøres. Vi har derfor bedt departementet om å bidra til å sikre gjennomgående tillitsvalgtrepresentasjon og mulighet til medvirkning i helsefellesskapene.

Flertallet i kommisjonen sitt forslag om å slå sammen tjenestenivåene er vanskelig å ta stilling til uten et betydelig bedre beslutningsgrunnlag enn det som foreligger nå. Generelt ser vi en del mulige utfordringer med en slik modell. Særlig er vi usikre på hvordan det vil slå ut for distriktene. Organiseringen med at primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar sikrer tjenester nær pasientene, delvis uavhengig av geografi. Hvis vi skal ha levende distriktskommuner må det også være grunnleggende helsetjenester der. Fastlege når man trenger det, mulighet til å bli ivaretatt av hjemmesykepleie og på sykehjem hvis man har behov for det. Vi er redd for en ytterligere sentralisering dersom man flytter ansvaret fra lokalt til regionalt eller nasjonalt. En særlig styrke som primærhelsetjenesten har over spesialisthelsetjenesten, er også en tydeligere politisk styring.

Kommisjonen foreslår også at man undersøker det de kaller en «fremtidig bærekraftig sykehusstruktur». Beskrivelsen av et helsevesen som blir mer og mer spesialisert er nok noe mange av våre medlemmer kan kjenne seg igjen i. Spesialister vil også ha behov for et kollegafellesskap, og noen med tilsvarende kompetansenivå å diskutere saker med. Dette er naturligvis vurderinger som må være med når man skal planlegge framtidens sykehusstruktur, men det er ikke det eneste. Det er ikke bare primærhelsetjenesten som har tilbud som må være nært pasientene. En god fødsels- og barselomsorg er helt grunnleggende for at vi skal kunne ha levedyktige lokalsamfunn. Det må være mulig å bo, jobbe og leve ute i distriktene. Å være gravid og føde innebærer en viss risiko, som vi i stor grad gjennom gode helsetjenester klarer å kompensere for. Vi kan ikke akseptere at gravide og fødende i distriktene skal utsette seg selv, og deres barn, for betydelig større risiko enn de som er bosatt i byene. Vi trenger derfor fødeavdelinger med god nok kompetanse også ute i distriktene.

Generelt må man også ha gode nok akuttmedisinske tilbud til at innbyggere ute i distriktene også kjenner seg trygge, og ivaretatt av vår felles helsetjeneste. Det kan ikke bli et privilegium som bare de som bor sentralt har.

Fagforbundet er ikke mot en diskusjon om sykehusstruktur. Men en framtidig løsning må ivareta både behovet for faglige fellesskap, og behovet for lokal beredskap og trygghet for innbyggere utenfor byene.

Oppgavedeling

Oppgavedeling er en del av løsningen på personellmangelen. Vi må bruke kompetanse rett og ta i bruk kompetansen til alle de ansatte. Det har vært en tendens i deler av tjenesten å basere oppgaver mer på tradisjon enn på den faktiske kompetansen til de ansatte. Samtidig har man i lang tid undervurdert fagarbeiderne. Konsekvensen har vært at fagarbeiderne ikke har fått utnyttet hele sin kompetanse, og høyskole- og universitetsutdannet personell har blitt sterkt overbelastet. Dette er ikke god bruk av hverken fagarbeiderne eller de høyskole- og universitetsutdannede sin kompetanse.

Arbeidet med oppgavedeling må også ses i sammenheng med satsing på heltidsarbeid. Flere grupper av fagarbeidere har høy andel deltid, og representerer en uutnyttet arbeidskraftreserve. Manglende muligheter for å få full stilling oppgis av flere helsefagarbeidere som et hinder for å få flere inn i yrket.

Satsing på fagarbeidere i kombinasjon med fokus på oppgavedeling og heltid bidrar til å frigjøre tid hos andre yrkesgrupper samtidig som behovet for vikarer og innleie kan begrenses.

Det er viktig at man ikke henger seg utelukkende opp i helsefagarbeidere og sykepleiere når man skal diskutere oppgavedeling. Dette er riktignok store grupper hvor det ligger mye potensiale i å bedre både tjenester og arbeidshverdag, men en del av utfordringen har i stort vært at man ikke har vurdert faktisk kompetanse når man har fordelt oppgaver. Det ligger betydelige muligheter i å bruke kompetansen til mange andre yrkesgrupper bedre. Helsesekretærer er et åpenbart eksempel, med deres kombinasjon av administrativ kompetanse og praktisk prosedyrekompetanse, for eksempel til å ta blodprøver og lignende. Portørene er en annen gruppe som relativt nylig har fått fagbrev. Dette gir et bunnsolid utgangspunkt for arbeid i helsetjenestene, med mange spennende muligheter for videreutvikling, eksempelvis etter modell fra Danmark. Det er også sann at helsevesenet ikke bare består av helsepersonell, også andre yrkesgrupper som for eksempel renholdere må med i vurderingene. God oppgavedeling krever at man tar med alle de ansatte i vurderingen av hvem som skal gjøre hva.

På tross av at under- og feilernæring er et alvorlig problem blant norske eldre er ernærings- og matfaglig kompetanse noe man ofte overser. Det er tydelig at dette ikke bare er et spørsmål om behov for bedre screeningverktøy og kunnskap om næringsinnhold og ernæringsfysiologi, men også et spørsmål om manglende kompetanse på tilberedning, matkultur og måltidstilrettelegging. I både spesialist- og kommunehelsetjenesten trengs det mer matfaglig kompetanse. Det trengs kokker, ernæringskokker og mat- og måltidsverter (også kalt serviceverter, postverter og buffetverter). Den siste gruppen har ingen egen, formalisert kompetanse, men flere matfaglige miljøer krever nå at de skal få dette, og det arbeides fra flere hold med å forsøke å få i stand en fagskoleutdanning. Mat, matservering og måltidstilrettelegging er selvfølgelig ikke en oppgave eksempelvis sykepleiere og helsefagarbeidere kan oppgi helt, men det er heller ingen tvil om at dette er et område hvor man ville vært en fordel å få inn mer annen arbeidskraft og kompetanse i helsesektoren.

Vi har etter hvert en del erfaring med oppgavedeling. Blant annet KS sitt TØRN-prosjekt og en rekke prosjekter i regi av helseforetakene gjør at man har et ganske solid kunnskaps- og erfaringsgrunnlag. Det viktige nå er å ta oppgavedeling fra å være prosjektbasert til å bli en integrert og selvfølgelig del av arbeidet med både kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og bemanning.

En forutsetning for å lykkes er at man involverer de ansatte og de ansattes organisasjoner når man jobber med oppgavedeling. Det er de som faktisk er ute i tjenestene som vet hvor skoen trykker. Våre tillitsvalgte på alle nivåer står klare til å bidra.

Et av Helsepersonellkommisjonens viktigste forslag, slik Fagforbundet ser det, er å sette i gang et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme arbeidet for bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene over hele landet. Programmet foreslås å være en utvidelse av TØRN-prosjektet til også å omfatte de øvrige delene av helse- og omsorgstjenesten, inkludert spesialisthelsetjenesten. KS og de regionale helseforetakene foreslås å få ansvar for å drive programmet i samarbeid.

Den store styrken i TØRN-prosjektet har vært at man har vektlagt partsarbeid og samarbeid med tillitsvalgte, samtidig som man har jobbet systematisk med ledelsesforankring. Prosjektene i TØRN har også vært prosessorienterte. Man har for eksempel lagt mye arbeid i å sørge for at oppgavedeling gjøres på grunnlag av ordentlige, lokale kartlegginger, og ikke bare ukritisk

videreføring av «best practices». Det vil være avgjørende for å lykkes med å utvide prosjektet at disse særtrekka, styrkene om man vil, videreføres.

I TØRN-prosjektet har man også jobbet med både oppgavedeling og heltidskultur. Oppgavedeling, heltidskultur og kompetanseheving må alltid ses i sammenheng. Det er en forutsetning for god oppgavedeling at man har en god kompetansestrategi. Om arbeidstakere skal få nye oppgaver, må man også følge opp med kompetanse, med kursing og opplæring. Dette forutsetter igjen at folk har store nok stillinger til at det er rom for kompetanseheving. Enkelt sagt; om du er på jobb tre dager i uken, kan ikke to av de dagene være på kurs. Det er en kjent tendens i helsetjenestene, at ansatte med større stillinger prioriteres når man skal gi mulighet til kompetanseheving og opplæring.

Kombinerte stillinger

Forslaget om å opprette kombinerte stillinger er interessant. Her er det også, som kommisjonen skriver, viktig med involvering av partene. Slike stillinger må ikke gå på bekostning av muligheten til kontinuitet i tjenestene, og heller ikke mulighetene for den enkelte å få kompetanseheving på arbeidsplassen. Det har visse likheter med deltidsarbeid, og vi vet at deltidsansatte ofte blir forbigått når man skal vurdere hvem som får gå på kurs, konferanser og andre former for kompetanseheving.

Det er flere faktorer som må hensyntas hvis man skal gjennomføre forsøk med kombinerte stillinger, bl.a. knyttet til medvirkning fra tillitsvalgte, kompetansebehov og opplæring, psykososialt arbeidsmiljø og tilhørighet til egen arbeidsplass. Dersom stillinger skal deles mellom ulike avdelinger eller mellom ulike arbeidsgivere (kommune/HF) vil dette kreve tett samarbeid med tillitsvalgte. Arbeidsgiveransvar må avklares, spesielt ved arbeid på tvers av tjenestenivåer. Eventuelle prøveprosjekter må ivareta tillitsvalgtes medvirkning og ansattes rettigheter på en god måte.

Slike stillinger vil ikke være for alle. Noen trives best når de får være på én arbeidsplass og konsentrere seg om den, men det er liten tvil om at det finnes fagfolk som vil blomstre i kombinerte stillinger. Muligheten til å dele kunnskap mellom nivåer og å få en bedre forståelse av hverandres arbeid er spennende. Vi bidrar gjerne i videre arbeid med dette.

Satsing på fagarbeidere

Fagarbeiderne er i stor grad en utappet ressurs som har blitt systematisk oversett i store deler av tjenesten. Helsepersonellkommisjonen sin anerkjennelse av disse er etterlengtet og på sin plass.

Det er imidlertid viktig at vi tar vare på fagarbeidernes kompetanse. Det er ofte et krav å gjøre fagutdanningene mer fleksible, gjennom for eksempel modulstrukturering. Integrering av personer som står utenfor arbeidslivet, er ofte et hovedargument. Fagforbundet mener dette delvis er et blindspor og vi er bekymret for at det vil føre til en oppstyking av fagene. Det er behov for helhetlige, godt strukturerte opplæringsløp, som sikrer at de som går igjennom dem får den kompetansen de skal ha i henhold til både læreplan og tjenestens krav. Dette gjelder både for ungdom og for voksne.

Det finnes allerede mange veier til fagbrev for voksne. Utfordringen er mer at virksomhetene mangler kunnskap om de mulighetene som finnes, enn at ordningene er for lite smidige. Dersom vi tar helsefagarbeiderne som utgangspunkt har vi allerede, slik Fagforbundet ser det, et

utdanningssystem som tar høyde for at mange skal kunne få helsefagarbeiderkompetanse fra forskjellige utgangspunkt. Om «Menn i helse» blir en permanent ordning (og utvides til å omfatte kvinner), man får en tydeligere satsing på «Fagbrev på jobb» og praksiskandidatordningen består, kan man vanskelig påstå at det mangler smidighet. Fagforbundet advarer på det sterkeste mot en utvikling der kravene til å fullføre opplæring og oppnå fagbrev blir utvannet. Dette vil på sikt undergrave fagets attraktivitet, legitimitet og anerkjennelse og gjøre oppgavedeling for eksempel, mindre aktuelt. I Meld. St. 14 (2022-2023:63) gjøres det et poeng utav at nyutdannede helsefagarbeidere ofte oppgir at de i stor grad utfører de samme arbeidsoppgavene som personell uten helsefaglig utdanning, og mange opplever at de har gått inn i et arbeidsfelt med uklare karriereveier og begrensede utviklingsmuligheter. Vi omtaler dette nærmere under.

Arbeidsforhold og arbeidstid

Om årsaken til deltid drøfter ikke kommisjonen forskjellen i kvinners og menns arbeids- og familieliv. Forskning viser at mødre og fedre i stor grad deler på arbeidsoppgavene som hører til familielivet.¹ Dette er i tråd med undersøkelser av tidsbruk i norske husholdninger og oppslutning om likestillingsidealer.

I de senere årene har uttrykket «det tredje skiftet» blitt brukt i debatten om deling av arbeid i familiene. Uttrykket henviser til det ofte usynlige planleggings- og koordineringsarbeidet i familien og dette er det stort sett kvinner som tar. Samtidig ser vi en klasseforskjell i hverdagslogistikken. Fleksibel arbeidstid er et kjennetegn på middelklassejobber. Turnusarbeid og arbeidsdager som starter opp før klokka åtte er vanskelig å kombinere med barn som skal leveres i barnehage. Mange bytter jobb når de får barn for å få hverdagslogistikken til å gå opp. Deltidsarbeid kan også være en tilpasning for å kombinere jobb og familie. Prisen for dette «prosjektlederansvaret» betaler mødre gjennom økt stress og mindre balanse i hverdagen. Det økte stressnivået blant mødre må ses i sammenheng med skjev ansvars- og arbeidsfordeling i hjemmet og et likestillingsprosjekt som ikke er kommet helt i mål. Dette må drøftes videre, og se på om det er mulig å løse. Forskerne peker på ulike løsninger: Bedre fordeling av arbeidet er selvfølgelig en løsning, men det er vanskelig å lovfeste. Heldagsskole og leksefri kan være med å dempe presset, samt at fritidsaktiviteter legges inn i heldagsskolen. 6 timers dag er også en løsning for disse gruppene.

Kommisjonenes vurderinger

Kommisjonen drøfter ikke lederspenet i helsetjenestene. Dette er ledere som har ansvar for ansatte 24/7 - 365 dager i året. Selv om det ikke er så mange årsverk, er det veldig mange ansatte. Flere av disse jobber kun til tider der leder ikke jobber, f.eks. nattevakter. For å oppnå målet om heltidskultur er ledelse viktig. Det må derfor satses på å utdanne lederne i helsesektoren. Som vi har sett i utdanningssektoren har kommunene blitt tilført ekstra midler til å etterutdanne lærere. På samme måte må kommunene kompenseres gjennom ekstramidler over statsbudsjettet.

Kommisjonen skal ikke kommentere frontfagsmodellen og bemerker at de derfor ikke har synspunkter om lønnsnivået for særskilte grupper, sett opp mot andre grupper. Likevel skriver de at det ved eventuelle endringer som gir økt produktivitet, f.eks. gjennom nye

¹ «Barnefamiliens hverdagsliv i Norge 2021». Egeland, Pedersen, Nordberg og Ballo. AFI 2021

arbeidstidsordninger vil det kunne forsvare særskilte lønnstillegg så lenge samlede utgifter i sektoren ikke økes. Vi vil bemerke at dette er tiltak som allerede gjennomføres, både i de sentrale forhandlingene, men også i lokale forhandlinger og drøftinger. Dette gjøres i dag innenfor rammene, men vi ser at det går på bekostning av reallønnsveksten for ansattgrupper som ikke arbeider i turnus.

Kommisjonen problematiserer både sykefravær og uførhet/tidlig pensjonering, men det er ingen konkrete forslag til hva som skal til for å få helsepersonell til å stå lengre i jobbene sine.

KLPs arbeidslivsrapport 2022² oppgir at 30 – 40 prosent av sykefraværet i det offentlige er knyttet til emosjonelle belastninger. Å jobbe tett på pasienter/pårørende/brukere i vanskelige situasjoner er en belastning for arbeidstakerne, og fører til økt sykefravær dersom det ikke håndteres på en god måte. HMS-tiltak som ivaretar dette perspektivet vil kunne bidra til å få ned sykefraværet, gjennom å håndtere de emosjonelle belastningene fortløpende som en del av det systematiske HMS-arbeidet.

Vi mener at et aktivt partsarbeid der tillitsvalgte og vernetjenesten har reelle muligheter til å komme med synspunkt før arbeidsgiver konkludere i saken. Godt arbeidsmiljø er en forutsetning for at ansatte skal føle seg verdsatt og god ledelse er viktig for at hver enkelt ansatt skal bli sett. Medarbeider- og utviklingssamtaler er viktige for at ansatte skal oppleve å bli sett. Trening, fysioterapi, veiledning, gode pauser med mer er viktige for å forebygge skade og slitasje. Vi ser viktigheten av at vi skal ha ansatte til å stå lengre i jobb, men når dagens gjennomsnittlige avgangsalder er 58 år for sykepleiere er det en merkelig tilnærming kommisjonen har når de også sier at det er et behov for at særaldersgrensene for helsepersonell bør fjernes. Vi må i første omgang sette inn tiltak som kan føre til at ansatte står helt frem til pensjoneringsalder som i dag er 65 år.

Arbeidstidsordninger – myndighet og ansvar

Fagforbundet støtter mindretallets dissens og er tydelige på at dagens ordning der partene gjennom avtale om gjennomsnittsberegning blir enige om turnusen, har fungert i svært mange år. Dette har ført til at partene må samarbeide om å få gode arbeidstidsordninger. Det er først de senere årene vi opplever at arbeidsgiver har problematisert dette, gjennom arbeidet med å oppnå flere hele stillinger.

Vi er klar over at det i andre tariffområder er nedfelt i tariffavtalene at arbeidstiden kan gjennomsnittsberegnes. Dette gjelder store mannsdominerte arbeidsplasser. Vi har tidligere i vårt høringssvar sagt noe om at kvinner og menn har ulike arbeids- og familieliv. Derfor er det svært viktig at vi opprettholder dette samarbeidet vi har etablert omkring arbeidstid i helsesektoren. Kvinner har hatt og har fremdeles et større behov for å kunne tilpasse arbeidstiden sin til familielivet, fordi de tar det største ansvaret i hjemmet. Denne tilpasningen gjøres best lokalt på den enkelte arbeidsplass. Turnuser kan heller ikke sammenlignes med skiftarbeid. Skiftene er likt bemannet enten man jobber på dag, kveld eller natt, men i helsesektoren varierer bemanningen veldig mellom dag, kveld og natt. Hvordan arbeidstiden og ubekvem arbeidstid fordeles mellom

² <https://www.klp.no/med-hjerte-pa-jobben/klps-arbeidslivsrapport/nar-jobben-med-a-hjelpe-blir-for-mye>

de ansatte vil derfor variere stort. I motsetning til mannsdominert der ansatte har et likt antall dag, kveld og nattskift.

Det har i de siste ti årene vært et godt samarbeid mellom lokale og sentrale parter på heltidsarbeidet. Vi ser at vi har en utvikling i nye arbeidstidsordninger. Fagforbundet har hvert år en økning i antall tariffavtaler vi inngår etter arbeidsmiljøloven (aml) § 10-12(4). Vi vet også at det lokalt inngås mange avtaler på vakter inntil 12,5 timer. Godt partsarbeid er en forutsetning for at sånne arbeidstidsordninger skal fungere.

Kommisjonens vurderinger knyttet til heltid – deltid

Fra mars 2019 og fram til i dag er 17 prosent av de utlyste stillingene for helsefagarbeidere heltidsstillinger. Kommisjonen sier at virksomheter må lyse ut deltidstillinger på bakgrunn i utfordringen med å få dekket vakter på helg, samt at ansatte har rett på å få arbeide deltid av helsemessige årsaker med mer. Vi mener at dette også handler om organisering av arbeidskraften. Vi er inne i en ond sirkel. Arbeidsgiver lyser ut en deltidstilling. Den ansatte som får stillingen, men ikke har utdanning som helsefagarbeider, tar mange ekstravakter og opparbeider i løpet av et år rettigheter til en større stilling. Etter hvert er det mange ansatte som ikke har den formelle kompetanse til stillingen som likevel jobber i store stillingsstørrelser fordi de har jobbet slik i mange år. Arbeidsgiver sammen med tillitsvalgte må bruke mer tid på utlysningsprosesser. Er det stillinger som kan slås sammen, kan man bruke midler fra innleie, overtid/forskjøvet arbeidstid/ekstravakter til å utlyse større stillinger? Vi vet at det hver eneste dag leies inn ekstravakter på mange av landets sykehjem. Dette tas det ofte ikke høyde for når man har ledige små stillinger. Kommisjonen skriver også som om ingen godtar hyppigere helgejobbing. Vi vet at mange av våre medlemmer jobber oftere helg enn tredje hver, mange jobber annen hver fordi de ble ansatt i en stilling der turnusen inneholdt vakter annen hver helg.

Arbeidsgiver må ta et større ansvar for organisering av tjenesten. Vi kjenner ikke til konsekvensen av den nye paragrafen i AML 14-1b (Heltid som hovedregel.) Kommisjonen peker heller ikke på arbeidet som FAFO har gjort for de sentrale partene i KS, om utlysningspraksis i Norge.

Vi må også ta høyde for at det i helsesektoren har vært vanlig å jobbe i deltid. Vi har hatt en deltidskultur der det ikke har vært reaksjoner på alle jobber deltid. Tvert om har det i deler av landet vært reagert om man jobbet i heltidsstilling. Vi har hatt arbeidsgivere som har ønsket deltidsansatte fordi de er mer fleksible. Å endre en slik kultur tar tid. Ved at vi fortsetter å snakke om frivillig og ufrivillig deltid så fortsetter vi deltidskulturen. Arbeidet med å få opp antall heltidsstillinger blir også en individuell jobb, der man tar tak i de få som ønsker seg en hel stilling, i stedet for å ta tak i kulturen og hele personalgruppa. Vi spør hva skal til for at du skal jobbe heltid. Hvilke fordeler får vi om flere jobber i hel stilling? Arbeidsgiver må ønske at de ansatte skal jobbe i hel stilling og formidle det til de ansatte. Dette mener vi kommisjonen ikke sier noe om. Det er arbeidsgivers ansvar og vi trenger arbeidsgivere som aktivt går inn for at de ansatte er ønsket inn i hele stillinger.

Kommisjonen skriver følgende: «Det er betydelig handlingsrom i lov- og avtaleverk og kommisjonene mener arbeidsgivere og arbeidstakere i samarbeid i større grad bør utnytte handlingsrommet til å foreta individuelle tilpasninger av den enkeltes arbeidstid. Samtidig er flertallets innstilling til tiltak og sentralisere beslutningen om gjennomsnittsberegning, hvis ikke partene får det til vil de måtte foreslå en lovendring.» Dette er motstridende. Vi er av den

oppfatning at vi løser og får til individuelle tilpasninger, men vi må hele tiden være på vakt at dette ikke fører til uforholdsmessig mye ubekvem arbeidstid på enkeltpersoner, eller at det er yrkesgrupper som må jobbe ubekvent fordi andre yrkesgrupper får tilpasset sin arbeidstid.

Utdanning og kompetanseutvikling

Fagforbundet støtter i hovedsak kommisjonens forslag til tiltak og gjentar ikke alle her.

Søkningen til helse- og oppvekstfag i videregående opplæring er fremdeles god, men søkningen de siste to årene har vært synkende. Statistikk fra Utdanningsdirektoratet viser at under 30 prosent av elevene går over i lære etter fullført Vg2. Dette er et mønster som alltid har vært fremtredende i helse- og oppvekstfag og tendensen er at enda flere søker seg videre til universitets- og høgskole, ofte til helse- eller sosialfaglige utdanninger. Det er ikke et problem i seg selv, men viser at fagarbeidet fremdeles står relativt svakt i helsesektoren og ungdom opplever ikke at et fagbrev gir det utgangspunktet for fast jobb, faglig utvikling og ansvar, som de søker. Igjen er oppgavedeling, i tillegg til tilbud om full, fast stilling, en nøkkel til å løse denne utfordringen.

Voksne utgjør en stor andel av de som tar fagbrev som helsefagarbeider hvert år, over femti prosent. Gode voksenopplæringstilbud med mulighet for økonomisk støtte til livsopphold, er viktig for å fortsatt beholde denne rekrutteringskanalen inn i yrket. Fagforbundet er svært skeptiske til ordninger og modeller som, under dekke av å skulle være mer «fleksible», reduserer opplæringstid og omfang. Vår erfaring er at voksne ønsker seg forutsigbare opplæringsløp med en kombinasjon av skole og praksis. Fellesskap med andre elever/kandidater er viktig – også for voksne, og fra prosjektet «Menn i helse» vet vi at nettopp klassen blir fremhevet som den viktigste motivasjonen til å fullføre. Fagforbundet er svært skeptiske til den foreslåtte modulstrukturerte opplæringsmodellen som kommer på høring i høst. Vi opplever at forlaget ligger langt unna forsøket som har blitt gjennomført og vi frykter en fragmentert opplæring der svært mye av ansvaret blir lagt på den enkelte kandidat og på virksomheten. Vi mener man har «gått seg vill» i forsøket på å skulle tilby voksne noe helt annet enn ungdom og mener man i langt større grad bør tilby ordinær (men tilpasset) opplæring med en kombinasjon av skole og læretid. Fagbrev på jobb må forbli en ordning for ansatte med erfaring fra sektoren, ikke en ordning for andre formål, for eksempel i NAVs introduksjonsordning.

Tilbudet om kompletterende utdanning for personer med helseutdanning utenfor EØS må utvides. Norskopplæring må inngå som en integrert del av all helsefaglig utdanning uansett nivå. Vi vil særlig fremheve prosjektet «Prepp til helse» som springer ut av Menn i helse. Prepp til helse er særlig rettet mot personer som ønsker fagbrev som helsefagarbeidere, men har for svake norskferdigheter.

I flere utvalgsarbeider og utredninger blir høyere yrkesfaglig utdanning (fagskole) trukket frem som en løsning på kompetansebehovet og dermed være viktig for god oppgavedeling, som vi omtaler over. Fagforbundet mener at relevant fagskoleutdanning må gi flere oppgaver, større ansvar og bedre lønn.

Et viktig kjennetegn ved fagskoleutdanningene er at de er utviklet i nært samarbeid med arbeidslivet og de blir stad mer relevante fordi de kan tilby korte, praktiske utdanninger i tråd med arbeidslivets behov. Fagskolene skal både bidra til et kompetanseintensivt arbeidsliv

gjennom faglig påfyll for de som allerede er i arbeid, og tilby utdanning for de som har ambisjoner om mer utdanning etter videregående opplæring. Fagskolene kan tilby fleksible utdanningsløp på heltid eller deltid, ved fysiske samlinger eller nettbasert. Fagskolenes egenart må bevares. Vi viser her til innspillet fra Nasjonalt fagskoleråd som går mer i detalj rundt fagskolenes betydning.

Det må settes i gang forsøk med y-vei i helsefagene. Forsøkene må ha tilstrekkelig finansiering og som evalueres av en ekstern aktør. Det er særlig viktig å få i gang forsøk der rekrutteringsutfordringene er størst og der det er potensiale og vilje til å prøve ut alternative opptaksgrunnlag.

Tiltak som kan bidra til at praksisundervisningen ikke blir en flaskehals, er viktig. Det må bygges videre på de tiltakene som er prøvd ut i prosjektet Jobbvinner.

Mer bruk av simulering blir nevnt som en mulig løsning. Simulering er et spennende tilskudd til utdanningene som kan bidra til å la studenter øver på situasjoner som de kanskje ikke får oppleve i praksis, innenfor trygge rammer. Vi er skeptiske til å erstatte praksis med simulering. Det viktigste helsepersonell gjør skjer i møte med pasienten. Særlig sykepleierfaget er et praktisk fag, som i stor grad utøves sammen med pasienten. Det er viktig at studentene får tilstrekkelig med erfaring i direkte pasientmøter før de er ferdig utdannet. Simulering er nyttig, men det er ikke praksis. Dagens ordning med 50 prosent praksis fremstår derfor som en god balanse.

Strategisk kompetansekartlegging og -planlegging er en forutsetning for god oppgavedeling og for at ansatte får brukt og utviklet sine ressurser.

Fagforbundet mener dessuten det må innføres overgangsordninger for ambulansearbeidere som har nasjonal paramedic-utdanning og som ønsker å oppnå autorisasjon som paramedisiner. Det må sørges for tilstrekkelig kunnskapsinnhenting som tar utgangspunkt i realkompetansen som disse kandidatene har gjennom utdanning, sertifisering og arbeidserfaring.

Prioritering og overbehandling

Fagforbundet er enige i at det kan være en del å hente ved å gjøre gode prioriteringer. Det er viktig for både ressursbruken i tjenesten og for pasientene at behandlingen som blir gjort er korrekt og nødvendig. Samtidig er det et selvstendig poeng at alle som har et faktisk behov for behandling kan få denne i det offentlige helsevesenet, for å unngå oppbygging av et privat helsevesen parallelt med det offentlige.

En av de viktigste føringene for drift av helsetjenester er behovet til pasientene. De skal motta god og trygg helsehjelp, basert på kunnskap om hva som er effektiv behandling. Det er et viktig prinsipp at det er pasientens behov som er førende for hvilken behandling som blir gitt, og ikke økonomiske forutsetninger. Særlig for mer alvorlige tilstander hvor konsekvensen kan være betydelig funksjonsnedsettelse, eller i verste fall død, må vi gjøre alt som er mulig for å hindre at ressurstilgang, enten den er menneskelig eller økonomisk, blir en hindring.

Overbehandling

At det foregår overbehandling også i det norske helsevesenet er det liten tvil om. Utfordringen ligger i å identifisere hva som er overbehandling, og, like viktig, finne ut hva som kan være alternativet. Unngåelse av unødvendig behandling kan også bidra til økt livskvalitet, for eksempel hos alvorlig syke som slipper ekstra opphold på sykehus. Gode fagfolk som har tid til å gjøre

grundige vurderinger, og tverrfaglig samarbeid, er to av forutsetningene for å kunne få dette til. Kommisjonens forslag om styrking av faglige nettverk kan være et nyttig tiltak. Det vil også her være behov for å legge til rette for at det ikke bare er en enkeltprofesjon som snakker sammen, men at hele teamet rundt pasienten er med.

Kunnskap er grunnsteinen i helsevesenet. For å kunne unngå overbehandling trenger vi god forskningsbasert kunnskap, og på noen felt er det kanskje behov for ytterligere forskning for å gi helsepersonell godt nok grunnlag til å ta avgjørelser. Slike prosjekter må i så fall være sikret offentlig finansiering.

Prioritering

Å gjøre prioriteringer er i utgangspunktet en politisk avgjørelse. I vårt moderne og spesialiserte helsevesen er det likevel ikke så enkelt. Det er viktig med grundig involvering av fagfolkene i alt prioriteringsarbeid, for å sikre at avgjørelsene har god faglig dekning. Det må også være rom for at behandler, i svært spesielle tilfeller, kan gjøre faglige vurderinger til beste for pasienten som kanskje ikke er i tråd med hovedregelen.

Kvinnehelseutvalget har demonstrert at det er betydelige kjønnsforskjeller i helsetilbudet i Norge, både i tilgjengelighet, prioritet og status. Et større søkelys på å unngå overbehandling og på å gjøre gode prioriteringer må ikke gjøre dette problemet verre. Kjønnsperspektivet må derfor være med i alle slike vurderinger, og innen kvinnehelse er det kanskje behov for å øke prioriteringen heller enn å vurdere nedprioriteringer og overbehandling.

Fagforbundet er i utgangspunktet skeptisk til å bruke egenandelssystemet for å «motivere» innbyggere til å ikke benytte såkalte «ikke-prioriterte» tjenester. Dette vil bidra til å skape et klasseskille i tilgangen til helsetjenester, som er nøyaktig det vårt offentlige helsevesen er laget for å unngå. Vi må heller finne andre tiltak som kan bidra til riktig prioritering.

Digitalisering og teknologisk utvikling

Digitalisering og teknologisk utvikling er kanskje et av få felt som kan konkurrere med medisin om å være under raskest utvikling. Helsetjenesten har i stor grad hengt etter i utviklingen, deler av tjenesten har bare nylig pensjonert faksmaskinen, og statsforvalteren i Vestfold og Telemark konkluderte med at en feilmedisinering av en pasient i 2021 var på grunn av at et ark hadde falt ut av en faksmaskin som ble brukt til å bestille multidoser. Det er behov for et digitalt og teknisk løft av norsk helsetjeneste.

Helseplattformen opplever utfordringer i Helse Midt-Norge og Akson-prosjektet har ikke kunne realiseres etter forutsetningene. Det er ennå ikke avklart hva som blir skjebnen til KS-prosjektet Felles kommunal journal (FKJ). Bruk av store internasjonale aktører byr på betydelige utfordringer. Dette innebærer at samhandlingsløsninger, elektroniske pasientjournaler og systemer for beslutningsstøtte må innføres på andre måter enn tidligere antatt. Det er foreløpig ikke gode svar på hvordan. E-helsedirektoratets bebudede e-helseordning kan være en løsning, men også den vil kreve samordning.

Det er utvilsomt mye å hente på bedre digitale løsninger, særlig løsninger som gir bedre samhandling og kommunikasjonsutveksling mellom tjenestegrener og tjenestenivåer. Erfaringene fra Akson, FKJ og Helseplattformen peker kanskje i retning av at disse store, svært ambisiøse satsningene ikke er riktig vei å gå.

Det avgjørende for å lykkes med god digitalisering i helsetjenestene må helsepersonellet som skal bruke løsningene involveres fra dag en. De må være med å designe løsningen. Innkjøp av utenlandsk hylleware fungerer dårlig, siden denne typen programvare ikke er tilpasset det norske helsevesenet. Digitale løsninger er til syvende og sist til for de som skal bruke det, som arbeidsredskaper eller til å kommunisere med helsevesenet med, og disse tjenestene og redskapene må først og fremst være retta mot dem. Slike hensyn må ligge til grunn for alle videre digitalisering av helsetjenester.

Det er også behov for å ta høyde for varierende grad av digital kompetanse. Ved innføring av nye systemer må man ikke bare gi standardopplæring, men opplæring som er tilpasset den enkelte yrkesutøver. Direkte brukerrettede digitale tjenester, slik som Helsenorge, må ta høyde for at den digitale kompetansen ikke er lik i hele befolkninga og at språk kan være en utfordring for mange, både på grunn av språkbakgrunn og lese- og skrivevansker.

Datasikkerhet og personvern har blitt stadig mer aktualisert de siste årene. I helsetjenestene er dette spesielt viktig med tanke på taushetsplikten. Visshet om at personopplysninger ikke kommer på avveie er grunnleggende for tilliten til helsetjenesten og helsepersonell. Samtidig er det viktig at helsepersonell får tilgang til nødvendig informasjon, særlig i akutt situasjoner.

God tilgangsstyring, og mulighet til å overstyre denne når det haster er derfor viktig. Igjen er det viktig å involvere helsepersonellet i utformingen av løsningene, sånn at man ikke lager kunstige barrierer som kommer i veien for arbeidet, som vi f.eks. har sett med Helseplattformen. Samtidig tilsier erfaringene fra blant annet Helse Sør-øst sin outsourcing av IT tjenester at data må forbli innenfor Norges grenser, og driftes med personell fra Norge, for å unngå at uvedkommende får tilgang til informasjon.

Bolig og boformer

Fagforbundet mener at en satsing på nye og innovative boformer er en nødvendig del av det å skape en bærekraftig helsetjeneste, særlig eldreomsorg. Det er nevnt i den gjeldende regjeringsplattformen (Hurdalsplattformen), og har også vært en målsetting for tidligere regjeringer at folk skal kunne bo i egen bolig så lenge de kan og vil. Å fremme slike boformer som legger til rette for at folk skal kunne klare seg uten heldøgns omsorgstilbud, mer fornuftig bruk av velferdsteknologi mv., er også en del av arbeidet med å sikre at vi har nok kvalifisert helsepersonell.

Kvinnehelse

Helsepersonellkomisjonens NOU behandler særlig sykefravær grundig. Fagforbundet mener at det fortsatt er behov for mer kunnskap om sammenhenger som gjør at kvinner både har høyere sykefravær, blir oftere uføretrygdet og sammenhenger mellom familieliv, pårønderollen og arbeidsdeltakelse. Kvinnehelseutvalgets NOU «Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse» påpeker at det trengs mer kunnskap, og foreslår at et det nedsettes et eget utvalg skal se nærmere på kvinners arbeidshelse.

Mangelen på kvalifisert helsepersonell må ses i sammenheng med kvinners helse og særlig arbeidshelse. Norske kvinner har høyere yrkesdeltakelse enn kvinner i land det er naturlig å sammenlikne oss med. Samtidig har norske kvinner lavere yrkesdeltakelse enn norske menn, norske kvinner har høyere sykefravær og blir oftere uføretrygdet. Arbeidsmarkedet vårt kan

selvfølgelig på sikt bli mindre kjønnsdelt, men slik det ser ut nå vil helsearbeid være kvinnearbeid i lang tid framover. En viktig løsning på mangelen på helsepersonell er å sørge for at kvinner klarer å stå i arbeid.

Kvinnehelseutvalget har også pekt på utfordringer knytta til det å være pårørende. Pårørenderollen forvaltes ulikt av kvinner og menn. Menn kompenseres for større omsorgsbyrde ved å gjøre mindre hjemme. Kvinner ved å jobbe mindre. Kvinner som jobber deltid, tar større pårørendeansvar enn kvinner som jobber heltid. Om vi bygger ned offentlige helse- og omsorgstjenester fordi vi mangler personell, vil også omsorgsbyrden for familiene øke.

Strategier for å rekruttere og beholde helsepersonell bør ta større hensyn til de særskilte forutsetningene for kvinners arbeidshelse.

Med vennlig hilsen

FAGFORBUNDET
Mette Nord /sign./
Leder