



# Representantforslag 19 S

(2016–2017)

fra stortingsrepresentantene Ruth Grung, Hadia Tajik, Kjersti Toppe, Martin Henriksen, Tone Merete Sønsterud, Marianne Aasen, Torgeir Micaelsen og Ingvild Kjerkol

Dokument 8:19 S (2016–2017)

## Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ruth Grung, Hadia Tajik, Kjersti Toppe, Martin Henriksen, Tone Merete Sønsterud, Marianne Aasen, Torgeir Micaelsen og Ingvild Kjerkol om en offensiv politikk for å øke antallet helsefagarbeidere

Til Stortinget

### Bakgrunn

Kompetanse og personellressurser er den største og viktigste innsatsfaktoren i vår felles helse- og omsorgstjeneste. Derfor er en målrettet og systematisk rekrutterings- og kompetansepolitikk avgjørende i arbeidet med å utvikle fremtidens helsetjeneste.

Det er få områder som er i så rask endring som helse, med mer brukermedvirkning, nye behandlingsmetoder, selvmedisinering, velferdsteknologi og sterkere pasientrettigheter. Det er et stort behov for oppdatering av kompetanse og mulighet for økt etter- og videreutdanning. Å ha riktig kompetanse på rett plass i fremtidens helsetjeneste blir viktig. Man når ikke målene for kvalitet og pasientsikkerhet uten dyktige fagfolk.

Aldri før har så mange ungdommer valgt helsefag i videregående skole, men til tross for det store behovet for arbeidskraft, faller for mange fra underveis. For få velger å tegne lærekontrakt, det er krevende å ta resten av de studieforbredende fagene på ett år og strykprosenten er høy for dem som velger påbygg. Altfor mange ungdommer står igjen uten fagbrev eller er kvalifisert for høyere utdanning. I kommunehelsetjenesten er andelen uten formell kompetanse høy.

Forslagsstillerne mener det er ønskelig å videreutvikle et sterkt fagarbeidersjikt i helse- og omsorgstjenestene som arbeider nær pasient og bruker. Det trengs flere læreplasser, bedre karrieremuligheter for fagarbeidere og bedre tilrettelagte kvalifiseringstilbud for voksne som ønsker å arbeide i helse- og omsorgssektoren. Målene må være å

- øke andelen fagarbeidere,
- sørge for at en større andel av de ungdommene som velger helsearbeiderfag, ikke blir utdannet til arbeidsledighet, men får et utdanningsløp som fører frem til fagbrev,
- sørge for at de som velger studieforbredende påbygg har en reell mulighet til å bestå og kvalifisere seg til høyere utdanning.

Utdanningssektoren har siden Kunnskapsløftet lagt vekt på gjennomføring og på å øke elevens og lærlingens læringsutbytte. Betydelige midler har blitt brukt uten at det har gitt nevneverdig effekt på gjennomføringen. Fremtidige statlige tiltak bør derfor i større grad gjennomføres i dialog med arbeidslivet som skal rekruttere helsefagarbeidere.

Lærlingordningen har mange fortrinn. Virksomheten har en unik mulighet til å overføre grunnleggende verdier, holdninger og praksisnær kompetanse til sine fremtidige medarbeidere, samtidig som erfarne medarbeidere må ta stilling til hvordan dette skal formidles gjennom et forpliktende opplæringsprogram i konkrete arbeidssituasjoner. Lærlingordningen bidrar til å opprettholde den faglige samtalen mellom helsemedarbeidere, og å utvikle virksomhetene som lærende organisasjoner.

## Utviklingstrekk

I Statistisk sentralbyrås (SSBs) nyeste framskrivning HELSEMOD 2012 opereres det med en forventet underdekning av helsefagarbeidere. Mye av etterspørselen blir dekket av innvandrere og stort omfang av personell uten helsefaglig utdanning.

Det er en lav andel heltidsstillinger i helsetjenestene, spesielt i kommunene. I 2014 hadde bare 38 prosent av gruppene helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere heltidsstillinger. Bruken av deltid har økt siden 2013 med 1,6 prosentpoeng.

I helsesektoren er innslaget av ufaglært arbeidskraft stort. HELSEMOD 2012 oppgir det totale antallet sysselsatte i helse- og omsorgssektoren til 550 000. Av disse har 265 000 høyere utdanning og 160 000 har utdanning på videregående nivå. 125 000 er uten formell kompetanse eller uspesifiserte. Om lag 25 prosent av brukerrettede årsverk i pleie- og omsorgstjenesten var i 2014 uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning, i 2015 var tilsvarende andel 26,8. Andelen med videregående opplæring, primært helsefagarbeidere, går ned og var i 2015 på 39,2 prosent.

I 2014 fullførte 700 fagskoleutdanning i helsefag, og over de siste fem år blir det 3 500. I 2015 fikk 4 361 autorisasjon som helsefagarbeider, av disse var 2 908 utdannet i Norge.

I 2014 utgjorde innvandrere 15,8 prosent av gruppen helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere. Andelen har økt fra 3 798 i 2007 til 8 303 i 2014. Det representerer nesten hele veksten i sysselsettingen.

Jenteandelen i de fleste helseutdanningene er høy, og i arbeidslivet utgjør menn kun 6,1 prosent av helsefagarbeiderne. Kompetanseløftet 2020 har noen midler til rekruttering av helsefagarbeidere, kvalifisering av voksne uten formell kompetanse (f.eks. «Menn i helse») og fagskoleutdanning.

Omgjøring av helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger er utbredt både i helseforetak og helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Samtidig går noen arbeidsgivere i motsatt retning og satser på god arbeidsdeling og kompetanseutvikling av alle medarbeidere. Nåværende regjering vektlegger behovet for satsing på høyskole- og universitetsutdannede og har lite oppmerksomhet på fagarbeidere.

## Helsefagarbeiderkompetansen er tilpasset dagens helse- og omsorgsutfordringer

Helsefagarbeideren utfører omsorg, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Det var et bevisst valg fra partene i arbeidslivet å ta i bruk lærlingordningen for å styrke den praksisnære kompetansen til fremtidens helsefagarbeidere. Faget har tatt opp i seg det gamle hjelpepleierfaget og omsorgsarbeiderfaget

og videreutviklet det med vekt på brukermedvirkning, evnen til å møte mennesker med ulike kulturelle bakgrunn i ulike livssituasjoner og med ulike mulighet for kommunikasjon. Helsefagarbeideren skal være i stand til å observere og bruke kunnskap om ulike sykdommer, skader og lidelser, og iverksette forebyggende eller behandlende tiltak innen eget ansvars- og kompetanseområde. Gjennom helsefremmende arbeid skal de bidra til å forebygge isolasjon og legge til rette for et mer aktivt liv.

Helsefagarbeideren jobber i hjemmetjenesten, på sykehjem, på bo- og servicesentre, på sykehus, i rusomsorgen, innen psykiatrien, i boliger for funksjonshemmede eller psykisk utviklingshemmede, ved oppførings- og behandlingssentre, og i skolen med barn eller ungdom som har behov for ekstra hjelp. Bare en liten andel helsefagarbeidere, om lag 7 prosent, jobber i spesialisthelsetjenesten

Pleie- og omsorgstjenestene har gjennomgått store endringer de siste 20 årene. Færre bor i sykehjem eller institusjon. De fleste mottakerne av omsorgstjenester bor i egne hjem. Som følge av samhandlingsreformen skjer mer av pasientoppfølgingen i kommunene, og oppgavene er blitt mer komplekse. Liggetid på sykehus går ned, og det er økt behov for samhandling og faglig kompetanse for å ivareta mer pleietrengende pasientgrupper i kommunehelsetjenesten. Forebygging og rehabilitering har fått større betydning, ikke minst på områder som rus og psykisk helse. Tilgjengelig kompetanse må utnyttes optimalt og kan føre til endret oppgavedeling mellom personellgrupper.

I 2014 ble det brukt ca. 15 mrd. kroner på kommunehelsetjenesten, og ca. 341 000 brukere og pasienter fikk helsehjelp.

## For mange ungdommer utdanner seg til arbeidsledighet

Utdanningsnivået i helse- og omsorgstjenestene er høyt, og i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene øker andelen med høyere utdanning mest. Andelen uten formell helsefaglig kompetanse har gått svakt ned de siste årene og var på 25,85 prosent i 2015 (SSB).

Søkningen til helse- og oppvekstfag har økt med 37 prosent fra 2011 til 2015. For skoleåret 2016/2017 hadde helse- og oppvekstfag den største økningen både i antall søkere og tilbud om skoleplass, med hele 10 441 søkere til 8 960 skoleplasser på Vg1. Til Vg2 var det 3 555 søkere til 3 080 elevplasser og 1 992 søkere til 1 234 læreplasser. Totalt er det 1 804 godkjente lærekontrakter. Det er 151 flere enn året før. Helse- og oppvekstfag var det eneste utdanningsprogrammet som oppfylte målet i samfunnskontrakten mellom myndigheter og partnerne om 20 prosent flere læreplasser.

Dersom de som nå inngår lærekontrakt fullfører og består fagprøven, når man måltallet i Kompetanseløft 2015 om at 1 500 av bruttotilgangen på 4 500 helsefagarbeidere er ungdommer. I 2014 var det omtrent 10 000 helsefagarbeiderårsverk. Det er en økning på ca. 2 500 fra 2013, men den reelle økningen er bare på 300 når man tar hensyn til nedgangen i antall hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Samlet utgjør gruppen helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere 46 200 årsverk i 2014. Det er den klart største faggruppen i omsorgssektoren i kommunene. Andelen fagarbeidere varierer. Av de store byene har eksempelvis Bergen og Stavanger en sterk yrkesfagtradisjon. Oslo har flere med høyere utdanning og medarbeidere uten formell helsefaglig kompetanse.

Det er ikke satt noe tilsvarende mål for rekruttering av helsefagarbeidere i Kompetanseløft 2020, men det understrekes at helsefagarbeidere er en viktig ressurs, og det er avsatt midler til rekruttering og kvalifisering, samt tilskudd til fagskoleutdanning.

Arbeidsmarkedet er i endring, og det samme er ungdommers valg av utdanning. Forslagsstillerne mener at måltallet i Kompetanseløft 2015, om at ungdom skulle stå for kun 1/3 av nyrekrutteringen, må revideres. Virksomhetene må endre rekrutteringsstrategi og innrette seg på at ungdom vil være hovedmålgruppe for nyrekruttering.

### Lærlingordning som rekrutteringskanal

En grunnleggende forutsetning for velfungerende lærefag er at de gir merverdi og har en tydelig plass i virksomhetenes arbeidsdeling.

Helsesektoren er en del av arbeidslivet hvor fagopplæringen ikke har sterke røtter. Utdanningen har ikke helt funnet sin plass mellom ufaglært arbeidskraft og høyere utdanning. Fremdeles tar for få inn lærlinger, og kompetansen som ligger i fagbrev verdsettes i for liten grad. Det tar tid å bygge kultur for fagopplæring i helse- og omsorgstjenestene, men det er mye som tyder på at den er i ferd med å spre seg i virksomhetene.

I Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFUs) rapport fra 2014 «Hvorfor blir lærlingordningene annerledes i kommunene enn i privat sektor», vises det til at kommunene ser på inntak av lærlinger som et samfunnsansvar og i mindre grad en rekrutteringskanal. For at lærlingordningen skal virke etter intensjonene, fremheves det at sektoren bør se lærlinger og rekrutteringsbehov i sammenheng, samt at kommunene i større grad bør bli mer bevisste på å ta ut verdiskapningsdelen i lærlingordningen. Lærlinglønnen økes gradvis i læretiden parallelt med mestring av faget. Lærlingene skal kunne settes til selvstendig arbeid der de har fått opplæring og ferdigheter.

Landstinget i KS anbefalte i 2012 et måltall om én kommunal lærling per tusen innbyggere. I tillegg anbefaler de å se på fremtidig rekrutteringsbehov. Bedrifter som har lang tradisjon med å rekruttere gjennom lærlingordningen, opererer med en nøkkel på at mellom 10–20 prosent av antall årsverk innen ett fag bør være lærlinger. Prosenten varierer med turnover i bedriften.

Ifølge Spekter har helseforetakene doblet antall lærlinger fra 2012 til 2015. Det er store forskjeller mellom helseforetakene på hvor mange lærlinger de tar inn. Et tettere samarbeid mellom kommune og helseforetak vil gi fremtidige helsefagarbeidere bedre innsikt i når det er best for pasienter å bo hjemme eller på sykehjem, og når de trenger spesialisthelsetilbud. En slik breddekompetanse vil styrke samhandlingen og gi fagarbeidere større valgmuligheter med hensyn til fremtidig arbeid. Spekters medlemsbedrifter oppgir i 2015 at rekruttering av medarbeidere er den viktigste grunnen til at de tar inn lærlinger (71 prosent). Deretter oppgir 67 prosent ansvar for å tilby utdanning til ungdom, og 57 prosent oppgir at lærlingordningen er viktig for å utvikle nødvendig fagkompetanse. Helseforetakene skiller seg ut med at 90 prosent oppgir at ansvar for ungdom er den viktigste grunnen.

Mulighet for fast arbeid i full stilling etter læretiden har stor betydning for fagets attraktivitet. Når lærlingene har bestått fagprøven, er det få som får tilbud om heltidsstilling. Av de fem største byene var det bare to som hadde oversikt over hvor lærlingene gikk videre. Stavanger oppga at fem personer hadde fått tilbud om heltid, 16 studerte videre som de kombinerte med vakter, og to søkte jobb. I Drammen var det én som hadde fått full stilling, og resten hadde fått ulike deltidsstillinger. Oslo, Bergen og Trondheim hadde ikke oversikt.

### Rekruttering av voksne

Voksne har frem til nå vært den dominerende rekrutteringskilden til helsearbeiderfaget. Gjennomsnittsalderen på nyutdannede hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere har vært relativt stabilt på mellom 30 og 35 år de siste 40 årene. Med Reform 94 ble det gjort endringer i strukturen for at ungdom skulle få lettere tilgang til utdanningene. Modellen med to år i skole og to år i lære passer ikke for voksne. Praksiskandidatordningen er utbredt i helsearbeiderfaget, og i 2013–2014 utgjorde de 50 prosent av antall beståtte fagprøver. Mange uten formell utdanning som ønsker å kvalifisere seg til helsefagarbeider, opplever hindringer knyttet til kravet om minst fem års fulltidsstilling og variert praksis for å kunne ta fagbrev som praksiskandidat. Mange jobber i deltidsstilling og får dermed ikke opparbeidet seg lang nok arbeidspraksis.

Det er viktig å utarbeide gode modeller for voksenopplæringen som personer i arbeid og med familie har mulighet til å gjennomføre.

### Behov for en helhetlig rekrutteringspolitikk

Forslagsstillerne mener det bør utarbeides en analyse av hvilken rolle og posisjon helsefagarbeideren, som den største gruppen i kommunenes pleie- og omsorgstilbud, skal ha i fremtidens helsetjeneste. I forlengelse av analysen bør det utvikles overordnede målsettinger med tiltaksplan. Helsefagarbeideren må inngå på linje med andre helsepersonellgrupper i alle viktige styringsdokumenter.

I tillegg til å jobbe aktivt for å bygge kultur for fagopplæring i helse- og omsorgstjenesten, er det viktig med tiltak som bidrar til å bedre status for helsefagarbeideren. Gode muligheter for fast heltidsjobb og videreutdanning gjennom fagskoletilbud og innføring av y-veit utdanning er tiltak som vil øke fagets attraktivitet. Rett til påbygg etter fagbrev er et skritt i riktig retning, men Norge mangler en politikk for karriereveier fra fag- og yrkesopplæring til fagskoler og profesjonsutdanninger i høyere utdanning. Store deler av arbeidslivet ser det som en fordel å rekruttere søkere med høyere utdanning som også har en fagutdanning.

### Et mer fleksibelt utdanningssystem og styrking av kvaliteten i opplæringen

Opplæringstilbudene må ta mål av seg til å

- være relevante for arbeidslivet;
- rekruttere i tråd med arbeidslivets behov;
- sørge for at ungdom fullfører videregående opplæring,
- gi voksne mulighet til å kvalifisere seg.

Utdanningssystemet må bli mer fleksibelt for å sikre god rekruttering, kompetanse og karriereveier som er attraktive for fagarbeidere, de med studiespesialiserende utdanning og de som tar yrkesvalg i voksen alder. Fagskoletilbudet bør videreutvikles i tett dialog med partene, og fagarbeidere med praksisnær kompetanse bør få lettere tilgang til høyere utdanning.

Høy kvalitet på opplæringen er en forutsetning for at helsefagarbeiderne blir verdsatt. I kvalitetsbegrepet ligger også relevans: at helsefagarbeiderne har den kompetanse som virksomhetene og brukere har behov for. Lærere med helsefagarbeiderbakgrunn vil være gode rollemodeller og fremme rekruttering til yrkesfagene. Det gjelder også de som veileder i virksomhetene.

I dag er det store forskjeller i vurderingene av og innholdet i fagprøvene. For å øke status og kvalitet må det stilles større krav til prøvenemndenes sam-

mensetning og profesjonalitet, og kvaliteten på fagprøvene.

Fylkeskommunen må ha en mer bevisst politikk for å endre skolestrukturen for å forebygge tendensen til at ungdom fra helsearbeiderfag går over til Vg3-påbygg. Med høy strykprosent ender mange opp uten fagbrev eller studiekompetanse. Rogaland og Hordaland har redusert antall påbyggplasser og tilbyr ungdom som ønsker det å ta studiekompetanse etter fagbrev.

Det bør utvikles opplæringsmodeller som er mer fleksible, effektive og tilpasset tilbud for voksne basert på bruk av realkompetanse.

Antall tilbud om fagskoleutdanning har vokst de siste årene også innen helsefagene. I samarbeid med partene er det en god mulighet til spesialisering.

Y-veien er en videreutdanningsordning for fagarbeidere som har eksistert en del år i tekniske fag. Ordningen gir fagarbeidere uten generell studiekompetanse mulighet for opptak til høyere utdanning innen relevante fagområder. Undervisningen legges opp slik at studentene får redusert opplæring i yrkesfag som de allerede har gjennom fagopplæringen, og i stedet får mer opplæring i aktuelle fellesfag. Slik oppnår man to likeverdige utdanninger, én for kandidater med studiespesialiserende og én for dem med fagbrev. Det bør innføres en tilsvarende mulighet for helsefagarbeidere som ønsker å bli sykepleiere eller vernepleiere. Det er mangel på sykepleiere, og med y-veien gir man karrieremulighet, mulighet for omvalg og bredere rekruttering til sykepleien.

### Videre satsing på yrkeskonkurranser i helsearbeiderfaget

Formålet med yrkeskonkurransene er rekruttering, utvikling av kvaliteten i helsearbeiderfaget og positiv omdømmebygging. Yrkeskonkurranser har i mange fag lang tradisjon. Konkurranser i helsefag er derimot et relativt nytt fenomen, men interessen har økt raskt, og konkurransene både nasjonalt og internasjonalt får stadig større omfang. Forslagsstillerne ønsker en videre satsing på yrkeskonkurranser, fordi de retter oppmerksomhet mot kvalitet i fagarbeidet og viser at viktig verdiskapning skjer innen fag- og yrkesopplæringen. For ungdom som skal velge eller nettopp har valgt utdanning, bidrar yrkeskonkurranser og skolekonkurranser til entusiasme og motivasjon. Mange tusen unge har gjennom årene både deltatt i og observert yrkeskonkurranser.

Det er bransjene som er ansvarlig for å utvikle konkurransene i sine respektive fag, mens det er den ideelle organisasjonen WorldSkills Norway som har det overordnede ansvaret. For helsefagarbeiderfaget vil det si det offentlige, og Helsedirektoratet har derfor bidratt med økonomisk støtte gjennom Kompetanseløftet 2015 både direkte og via «Bli helsefagar-

beider» (tidligere Aksjon helsefagarbeider). I 2012 tok KS og Fagforbundet initiativ til å etablere en nasjonal arbeidsgruppe for yrkeskonkurranse i helsearbeiderfaget, der alle berørte parter har bidratt praktisk og økonomisk for å få gjennomført konkurransen. Arbeidsgruppen består i dag av KS, Fagforbundet, Spekter, Virke og Delta. Disse etterlyser at det avsettes midler i statsbudsjettet og i Kompetanseløftet.

## Forslag

Forslagsstillerne ønsker å fremme følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen utarbeide en analyse av hvilken rolle og posisjon helsefagarbeideren

skal ha i fremtidens helsetjeneste, både i kommunehelsetjenesten og helseforetakene, og legge frem en strategi basert på dette. Strategien bør inneholde en tiltaksplan og omfatte spørsmål knyttet til hvordan

- a. sikre god rekruttering, nødvendig kompetanse og tilstrekkelig antall læreplasser i helsefagarbeiderfaget;
  - b. gjøre helsefagarbeider til en attraktiv karrierevei, også for dem som tar omvalg eller yrkesvalg i voksen alder;
  - c. sikre relevante og oppdaterte utdanninger;
  - d. bidra til at nyutdannede og erfarne helsefagarbeidere kan få tilbud om heltidsstillinger.
2. Stortinget ber regjeringen sette inn tiltak for å øke norskkunnskapene til helsefagarbeidere med dårlig språkforståelse.

22. november 2016

**Ruth Grung**

**Hadia Tajik**

**Kjersti Toppe**

**Marianne Aasen**

**Tone Merete Sønsterud**

**Martin Henriksen**

**Torgeir Micaelsen**

**Ingvild Kjerkol**





