



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Deres referanse: 23/92
Vår referanse: 22/00016-25
Vår dato: 02.05.2023

Fellesorganisasjonen (FO)
Mariboegs gate 13
0183 Oslo

Postadresse:
Pb. 4693 Sofienberg
0506 Oslo

Telefon:
+47 919 19 916

E-post:
kontor@fo.no

Bankgiro: 9001.06.35674

Bankgiro kontingent:
9001.08.71394

Org.nr:
870 953 852 MVA

fo.no

FOs høringssvar til helsepersonellkommissjonen - NOU 2023:4 Tid for handling

Fellesorganisasjonen (FO) er fagforeningen for sosialarbeidere. Vi organiserer nærmere 35 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Medlemmene arbeider i hele spekteret av Norges helse-, sosial- og velferdstjenester, og blir direkte berørt av forslagene til helsepersonellkommissjonen. V re medlemmer har bred kompetanse, reduserer forskjeller og bistår mennesker i vanskelige livssituasjoner. Uten v re medlemmers fagkunnskap vil sosiale- og helsemessige problemer ramme langt flere og mye hardere.

FO har hatt en intern høringsrunde, og både landsstyret, enkeltmedlemmer, fylkesavdelinger og faggrupper har bidratt til høringsinnspillet. FO vil i tillegg til dette høringssvaret også vise til innspillene vi sendte til helsepersonellkommissjonen underveis i arbeidet. Innspillene dreier seg om oppgavedeling og utdanning, og kan leses her: <https://www.fo.no/horingssvar-og-politiske-innspill/fos-innspill-til-helsepersonellkommissjonen-14503-1324.html>.

Ifølge Helsepersonellkommissjonen kan det bli et personellunderskudd på opptil 124 000 årsverk innen 2040, som vil øke ytterligere de påfølgende årene. FO stiller seg bak utfordringsbildet som helsepersonellkommissjonen tegner. Høringsinnspillet starter med noen generelle betraktninger knyttet til sosialfaglig forståelse og kompetanse i helsefeltet, om forebygging og om tillit til de ansatte, f r vi kommenterer de konkrete tiltakene som er foreslått.

Sosialfaglig forståelse og kompetanse i helsefeltet

FO er skuffet over den gjennomgående mangelen på sosialfaglig profil i NOU-en. Sosialfagene har for liten plass i helsetjenestene, og

helsepersonellkommissjonen kunne ha løftet denne mangelen i utredningen. Vi opplever at helsebegrepet generelt innen helsetjenestene blir for snevert definert og den sosiale dimensjonen i folks liv blir for lite vektlagt. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer ikke helse som kun fravær av sykdom, men som ivaretagelse av både fysisk, psykisk og sosialt velvære. Helsetjenestene trenger derfor også ansatte med sosialfaglig kompetanse slik at tjenestene blir mer helhetlige. Det gjelder både i spesialisthelsetjenestene og i kommunene.

Sosialarbeidere kan arbeide både forebyggende og behandlende. Det kan være klinisk behandling, oppfølging og koordinering, arbeid med enkeltindivider, barn, familier, pårørende, grupper og lokalsamfunn. Barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere er faggrupper som innehar denne kompetansen og er derfor grupper som det må satses mer på i helsetjenestene enn det gjør i dag. Vernepleiere er i tillegg til å tilhøre en sosialfaglig tradisjon også autorisert helsepersonell. Når vi i dette høringssvaret snakker om sosialarbeidere og sosialfaglig kompetanse så er det barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere vi referer til.

Sosialarbeidere som arbeider i helsevesenet, er per definisjon helsepersonell, jfr. helsepersonelloven § 3. Til tross for dette er ikke barnevernspedagoger og sosionomer medregnet i fremskrivningen av helsepersonell. Personellsammensetningen innen rus, psykisk helse og somatikk viser at mens de typiske helsepersonellgruppene øker, så er barnevernspedagoger og sosionomer stabile eller synkende. Etter at rusomsorgen ble organisert som TSB, og underlagt spesialisthelsetjenesten har de sosialfaglige perspektivene fått mindre plass.

En undersøkelse fra Nord universitet¹ viser at det nå er færre sosialarbeidere innen denne sektoren enn tidligere, mens det er flere sykepleiere og annet helsepersonell. De trekker frem at mangel på sosialfaglig kompetanse fører til en marginalisering av sosialfaglige perspektiver i problemforståelsen og behandlingen som gis. Dette kan for eksempel innebære at den helhetlige behandlingen til pasienten ikke ivaretas godt nok, med tanke på å se den i sammenheng med andre relevante aspekter i livet til pasienten, som familie og barn, økonomi og arbeid, skole, bolig, psykisk helse, vold, overgrep og så videre. Konsekvensen av dette blir mindre helhetlig helsehjelp med fare for forsinket tilfriskning, reinnleggelser osv. Dette er eksempler på at vi må organisere tjenestene på annet vis og omfordele oppgaver på en mer hensiktsmessig måte.

Forebygging

Utredningen viser at det blir færre ansatte per pasient. For å redusere risiko for at folk skal bli syke må vi forebygge bedre og vi må utnytte tjenestene mer hensiktsmessig gjennom blant annet å tenke bredere og mer tverrfaglig. Grunnmuren til god helse legges ifra før barnet blir født, og må bygges på gjennom hele livsløpet, og da snakker vi om helheten i livsbetingelser. Profesjonene som FO organiserer, er blant kjernepersonellet i dette arbeidet.

¹ <https://nordopen.nord.no/nord-xmloi/bitstream/handle/11250/3051849/FoURapport892023.pdf?sequence=7>

Til tross for at kommisjonen skisserer at en av løsningene er å bygge nedenfra, og å forebygge, er det ingen forslag til tiltak knyttet til dette. Dette er en mangel i utredningen, og det må følges opp med tydelige innsatser fra de ulike departementene. Det er viktig at vi identifiserer og iverksetter tiltak for å redusere risikofaktorer som kan føre til helseproblemer. Vi mener det er nødvendig å ha en bred tilnærming til det forebyggende arbeidet. Det handler om mer enn røykeslutt og fysisk aktivitet. Ikke minst handler det om å jobbe med sosiale og økonomiske forhold som kan påvirke innbyggers helse og livskvalitet. Det er en klar sammenheng mellom sosiale problemer og helse. Sosialarbeidere kan identifisere og påvirke sosiale faktorer som påvirker helsen til pasienter og brukere, og kan dermed både bidra til å forebygge og behandle helseproblemer. Forebygging av helseproblemer og sosiale utfordringer er avgjørende for å redusere behovet for omfattende og kostbare tjenester i fremtiden.

For å oppnå best mulig helhetlige og koordinerte tjenester for pasienter og brukere, må helse- og omsorgstjenestene ses i sammenheng med andre tjenester i velferdssektoren. Dette krever samarbeid på tvers av sektorer og fagfelt, og en vilje til å tenke helhetlig og langsiktig.

FO anbefaler blant annet:

- Styrk det forebyggende arbeid
- Lovfest oppsøkende sosiale tjenester blant barn, unge og unge voksne
- Sats på miljøterapeuter inn i skolene, som kan arbeide med det psykososiale læringsmiljøet, mestring og selvbilde, ufrivillig skolefravær/skolevegring, mobbing, alternative læringsopplegg, skole-hjem samarbeid og samarbeid med andre instanser o.a.

Tillit

FO mener en innføring av tillitsreformen vil kunne bidra til å løse noen av utfordringene som skisseres av helsepersonellkommisjonen. Å satse på tillit til ansatte vil kunne bidra til frigjøring av tid og mer treffsikre tiltak. Målene med tillitsreformen er mindre rapportering, kontroll og detaljstyring av arbeidsoppgaver. Det betyr ikke at personellet ikke skal rapportere på arbeidet som blir utført, men fokuset skal være at arbeidet holder høy kvalitet, er i tråd med gjeldende lovverk, er godt dokumentert og etterprøvbart. Spørsmålet er hvordan kontrollen skal utføres, hvem som bestemmer hva det skal rapporteres på og til hvem. En forutsetning for arbeidet er partssamarbeid og brukermedvirkning, og forutsetter tillitsbasert styring. Dette må gå hånd i hånd med systematisk kompetanseoppbygging og utvikling for å sikre faglighet i tjenestene på alle nivåer. Ledere må kunne fagfeltet de skal lede, og ansatte må ha rett kompetanse.

I det videre kommenterer vi kapitlene knyttet til helsepersonellkommisjonens tiltak. Kapitlene er bygd opp med først noen generelle kommentarer, deretter konkrete innspill på forslagene til tiltak.

Kapittel 7 Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

FO er enige med kommisjonens vurderinger om at det fremdeles er store utfordringer knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene. FO ser også at samhandlingsreformen ikke har fungert etter hensikten, men samtidig er det mye som ikke er forsøkt med tanke på organisering og samhandling. Det er for eksempel alt for få sosialfaglig ansatte i spesialisthelsetjenesten. FO mener et av svarene på utfordringene er å satse på sosialfaglig kompetanse, spesielt i forbindelse med overgangene mellom spesialisthelsetjenester og kommune. Da kan vi på en bedre måte sikre at også de sosiale utfordringene blir ivaretatt. Videre poengterer noen av medlemmene våre at slik arbeidet er tilrettelagt i kommunene og spesialisthelsetjenesten, så har de ikke kapasitet til å samarbeide med hverandre fordi det ikke settes av tid til møtevirksomhet og tverretattlig samarbeid.

Sosialarbeidere har en uutnyttet system- og samhandlingskompetanse, og den må benyttes bedre i fremtiden. Dersom f.eks. sosionomer på sykehusene kobles på behandlingen tidlig i pasientforløpet, vil det være større mulighet for at støtteapparatet i kommunen stå klar ved utskrivning av pasienten. Dette gjelder alle spørsmål som er relevante for pasienten og som knyttes til familie, barn, NAV, kommunehelsetjeneste, barnevern, bolig, økonomi, arbeid, rettigheter osv. En satsning på dette vil føre til mer sømløse overganger, og kan resultere i færre reinleggelse. FO ser for seg en satsning på sykehussosionomer og sosialfaglige ansatte i somatikken og at det satses på en tilsvarende tjeneste i kommunene, der sosialarbeidere blir bindeledd mellom pasienter og hjelpetilbud, som bidrar med samtaler og rådgivning, svare på spørsmål om økonomi, støtteordninger, delta i ansvarsgrupper osv.

Sosialfaglige ansatte i spesialisthelsetjenesten kan bidra med oppgaver knyttet til utredning og behandling og slik supplere andre faggrupper og understøtte pasientens egenmestring. Videre innehar sosialarbeidere avgjørende samhandlingskompetanse for effektivt å etablere adekvate hjelpetiltak i samarbeid med pasient og pårørende. Sistnevnte er også ofte svært viktig ved somatiske innleggelse når pasienten har sammensatte helseplager.

Ekspertutvalget som nettopp leverte sin rapport om allmennlegetjenesten² har flere gode tiltak, men glemmer å vurdere hvordan sosialfaglig kompetanse på fastlegekontorene kan bidra til bedre tjenester til enkelte pasienter og kan bidra til at fastlegen får utnyttet sin tid bedre. Primærhelseteamene var tenkt som brede team, men fungerer ikke slik i dag. Sosialarbeidere på fastlegekontor kan for eksempel arbeide i team sammen med legen, og følge opp pasienter som har behov knyttet til Nav og andre velferdstjenester. Sosialarbeidere kan for eksempel bidra til å følge opp ansvarsgrupper, bistå pasienter som legen fanger opp har andre behov enn det legen kan hjelpe med knyttet til bolig, økonomi, barn, familie, rus, psykisk helse, skole, relasjoner og så videre. Vernepleiere vil i tillegg kunne arbeide med helsehjelp til pasienter med kognitive

² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-ekspertutvalg-leverte-endelig-rapport/id2971893/>

funksjonsnedsettelse generelt og utviklingshemmede spesielt. Dette er grupper som har dokumentert dårligere tilgang på fastlegetjenester enn andre.

FO foreslår at det gjennomføres en forsøkspilot med sosialfaglige ansatte på fastlegekontor.

FOs innspill til helsepersonellkommissjonens forslag:

1. Fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene

Kommisjonen foreslår å sette ned et utvalg som skal utrede en helhetlig organisering av helsetjenestene, og at de spesielt skal se på en sammenslåing av nivå. FO støtter det, men vil poengtere at utredningen ikke kun skal se på sammenslåing av nivå, men også på hvordan dette kan organiseres bedre med utgangspunkt i dagens nivådeling. FO er skeptiske til at en sammenslåing av nivåene i seg selv vil føre til bedre tjenester. For store organisasjoner er ikke nødvendigvis gode løsninger. Det ser vi eksempler på i NAV, hvor tiltak som skulle føre til mer sømløse overganger mellom trygd, sosial og arbeid fortsatt har utfordringer knyttet til dette. Som nevnt i forrige avsnitt er det muligheter som ligger i bedre utnyttelse av sosialfaglig kompetanse innenfor dagens rammer. En slik utredning bør også se på hvordan ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer. Dette er en ressurskrevende og til tider dysfunksjonell ordning, som må evalueres.

2. Fremtidig bærekraftig sykehusstruktur

Kommisjonen foreslår at det skal utredes en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur. FO vil bemerke at sykehusutvalget nettopp har levert sin utredning NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus, og at eventuell ny utredning må ses i sammenheng med den. FO vil også bemerke at vi er bekymret for at alle utredningene og planene innen helsefeltet "slår hverandre i hjel", at de blir utfordrende å se dem alle i sammenheng, og at dette kan gå på bekostning av gode helsetjenester. Dersom det skal settes ned et nytt utvalg bør det i så fall basere seg på resultatet av høringsrunden og vedtak etter utvalget beskrevet i forrige avsnitt.

Kapittel 8 Oppgavedeling

FO viser til vårt innsendte innspill til helsepersonellkommissjonen om oppgavedeling³, og vil samtidig påpeke at da vi ba om innspill fra våre medlemmer så var det dette kapitlet som fikk størst oppmerksomhet. Våre medlemmer ser et kraftig underforbruk av de sosialfaglige profesjonene og den sosialfaglige kompetansen, både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene.

Eksempel på dette er at Sverige trenger halvparten så mange intensivsykepleiere som Norge for å bemanne én intensivplass⁴. Årsaken er at de satser på flere profesjoner i helsetjenestene. Sverige har om lag 4000 sosionomer ansatt i offentlige sykehus og satser på sosialfaglig arbeid. I Norge

³ [22-00016-7 Innspill fra FO til Helsepersonellkommissjonen om oppgavedeling i helsetjenestene 460993_1_1.PDF](#)

⁴ [Koronaviruset, Intensivavdeling | I Sverige trengs det fem sykepleiere for å bemanne én intensivplass – i Norge dobbelt så mange \(nettavisen.no\)](#)

er det langt færre. Per 2020 var det i overkant av 400 sosionomer tilsatt i somatikken. Intensivsykepleierne arbeider både medisinsk, praktisk og psykososialt. Dersom Norge gjør som Sverige og øker den sosialfaglige bemanningen så vil det være med å løse en stor del av kompetansemangelen i helsevesenet. Sosionomene ivaretar pasientenes og pårørendes psykososiale, praktiske og økonomiske behov.

Både forskere og praksisfelt er opptatt av at for å styrke ulike tjenester er tverrfaglighet og samarbeid rundt pasienter sentralt. I praksis viser det seg at det altfor ofte kun blir et samarbeid mellom helseprofesjoner hvor den somatiske delen får størst plass. For at noe skal være tverrfaglig så må vi tenke bredere og også inkludere fagfolk som ivaretar pasientenes sosiale helse.

FOs innspill til helsepersonellkommisjonens forslag:

3. Program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling

FO støtter at det iverksettes et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering og oppgavedeling i alle deler av helse- og omsorgstjenestene. FO vil på det sterkeste understreke viktigheten av at dette må omfatte alle personellgrupper som er relevante innen helse- og omsorgstjenestene – også sosialfaglig personell.

4. Samfunnsmedisinsk kompetanse og kommunelegen

Det er absolutt viktig at legene har en samfunnsmedisinsk kompetanse, og at dette satses på. Samtidig er dette et område der de sosialfaglige profesjonene har en spesiell kompetanse som kan utnyttes. Spesielt med tanke på å se hva som kan gjøres for å løse helseutfordringer og utjevne sosiale forskjeller.

I vårt innspill til folkehelsemeldingen⁵ anbefalte vi en styrking av den sosiale dimensjonen i folkehelsearbeidet, i arbeidet med sosial utjevning og i tiltak for å forebygge sosial ulikhet i helse. Folkehelsearbeidet skal fremme god helse i befolkningen. Å forebygge og begrense sosial ulikhet i helse krever helhetlige sosialpolitiske løsninger. Derfor mener FO sosialfaglig perspektiv og kompetanse er en forutsetning i det helhetlige tverrfaglige folkehelsearbeidet. Den sosiale dimensjonen må få større plass i planlegging, politikktutforming og tiltak for sosial utjevning. Det innebærer at sosialfaglig kunnskap og perspektiver må inngå i den tverrfaglige og tverrsektorielle innsatsen for bedre folkehelse. Dette er særlig viktig i det forebyggende arbeidet med barn, unge og deres familier.

5. Råd og veiledningstjenester fra frivillige organisasjoner til pasienter, brukere og pårørende og 6 Oppgavedeling fra helsetjenesten til brukerorganisasjonene:

FO mener det er positivt å få en utredning knyttet til hvordan brukerorganisasjoner kan fremme helsekompetanse i befolkningen. FO vil imidlertid understreke at tilbudet fra brukerorganisasjonene må skje som et supplement til andre kommunale og ideelle tilbud. Dersom det skal inngås

⁵ <https://www.fo.no/getfile.php/1348397-1656503967/Bilder/FO%20mener/Politikk/Innspill%20til%20regjering%20og%20partier/Innspill%20til%20neste%20folkehelsemelding.pdf>

samarbeidsavtaler må det vurderes nøye. Det finnes mange brukerorganisasjoner på samme felt, og de har ulik politikk og forståelse for hva som er de beste tjenestene. Dette kan skape utfordringer knyttet til hvem kommunene skal inngå samarbeid med.

FO vil påpeke at sosialarbeidere kan være en nøkkel, både som bindeledd opp mot brukerorganisasjonene og til å følge pasientene tett for å se helheten i det som skaper helseutfordringer og det som skal til for å få bedre livskvalitet.

6. Utrede hvordan erfaringskonsulenter i større grad kan inngå i arbeid som omfatter helsefremming, forebygging og lavterskeltilbud, men også som brobyggere mot helse- og omsorgstjenestene, særlig innen psykisk helsevern

FO støtter bruk av erfaringskonsulenter, og mener det er et godt forslag å få til en utredning knyttet til hvordan de kan benyttes i større grad enn nå. FO bemerker at en slik utredning også må gjøre noen vurderinger knyttet til erfaringskonsulenter sine arbeidsforhold og lønns- og arbeidsbetingelser. Videre opplever mange erfaringskonsulenter problemstillinger knyttet til det å være ansatt og bruker, tilhørighet til tidligere miljø, miste tidligere venner osv, og dette kan med fordel vurderes i en slik utredning. Utredningen må gjøre vurderinger om av hva det vil si å være erfaringskonsulent, hvor lenge kan man være erfaringskonsulent, og muligheter for at erfaringskonsulenter skal få tilbud om videreutdanninger slik at de styrker sin kompetanse.

7. Forpliktende satsning på utdanning av fagarbeidere i helseforetak og kommuner

FO støtter at utdanning av fagarbeidere forsterkes. I kjølvannet av publiseringen av helsepersonellkommissjonens utredning er satsning på fagarbeidere trukket frem som en av de enkleste løsningene. FO vil påpeke at utfordringene vi kommer til å møte løses ikke kun av flere fagarbeidere, men også en omorganisering av tjenestene, og et helhetsblikk på hele sektoren. Det viktigste er at helsetjenestene fremover bruker rett kompetanse på rett plass og at det ligger reelle vurderinger av de ansattes kompetanse og tjenestenes behov til grunn for dette - ikke gammel sedvane eller utdatert kunnskap om utdanningenes innhold.

8. Arealer og bygg som fremmer riktig oppgavedeling

FO støtter at det i fremtiden skal tas en vurdering av hvordan nybygg og andre investeringer vil påvirke personellens produktivitet. I så måte er det viktig å vurdere hvordan bygg og utearealet vil påvirke befolkningen og pasienter. Dette kan gjelde utbygging av sykehus, men i et borgerperspektiv vil det også være hensiktsmessig å ha større utredninger om nybygg og grøntarealers (ofte også mangel på grøntareal) påvirkning av borgernes levekår og livskvalitet. Omgivelsene vi lever i har en innvirkning på hvordan vi lever, og dermed påvirker det også helsesituasjonen.

9. Generalister i helse- og omsorgstjenestene

Det er noe uklart hva helsepersonellkommissjonen mener med generalister. I utredningen fokuseres det ensidig på kompetansehevede tiltak og utdanning for sykepleiere, men lite om de som arbeider side om side med sykepleierne.

FO forstår bruken av generalister som nødvendig for å sikre personell som kan bidra bredt i forhold til brukerens livssituasjon og behov, i stedet for at det skal kobles på en rekke spesialister som hver skal «reparere» sin del. Vernepleiere er også autorisert helsepersonell med helsefaglig kompetanse, og bør derfor tas mer med i beregningen. FO vil også trekke frem sosionomer som viktige både med sin systemkompetanse, samhandlingskompetanse og kompetanse på å forstå helse og helsefremmende tiltak som et sammensatt fenomen.

Kapittel 9 Arbeidsforhold og arbeidstid

Beskrivelsene av temaene som tas opp i kapittel 9 er gjenkjennelige for FO, og vi er enig i at det er viktig å legge til rette for økt heltid, best mulig arbeidsmiljø og økt jobbtilfredshet. Det er avgjørende for bemanningen i helse- og omsorgssektoren at det legges til rette for at de ansatte kan og vil stå i jobben over tid. Som kommisjonen påpeker er det mange faktorer som bidrar til belastning i sektoren, inkludert skiftarbeid/nattarbeid, emosjonell belastning og vold og trusler.

FOs innspill til helsepersonellkommisjonens forslag:

10. Samsvar mellom myndighet og ansvar i arbeidstidsspørsmål og 11. Forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsordninger

FO er enig i at hensiktsmessige arbeidstidsordninger er en viktig del av å finne gode løsninger, ikke bare for å få økt heltidsandelen, men også for å legge til rette for faglig forsvarlige tjenester.

I 2021/2022 kartla Fafø⁶ hvordan FOs tillitsvalgte vurderte ulike arbeidstidsordninger, og det som ble trukket frem som spesielt viktig ved bruk av langvakter var brukerbehov og at lange vakter kunne bidra positivt til brukermedvirkning og kvaliteten på tjenestene. Bedre mulighet for heltid ble også trukket frem, men altså ikke som det viktigste.

FO sentralt og FOs fylkesavdelinger legger hvert år ned et betydelig arbeid for å inngå avtaler etter arbeidsmiljølovens § 10-12(4) for ulike arbeidstidsordninger med langvakt. Dette gjør vi altså fordi våre medlemmer og tillitsvalgte mener det er et viktig tiltak for de ansatte og for tjenestene. FO vil imidlertid understreke at en viktig forutsetning for bruk av langvakter er et godt lokalt partssamarbeid der det er lagt til rette for reell medbestemmelse. Arbeidstid er et krevende felt, der mulighetene for at det oppstår reelle interessenmotsetninger mellom arbeidsgiver og arbeidstakersiden absolutt er til stedet. I motsetning til flertallet i kommisjonen mener FO at det ikke er hensiktsmessig med innskrenkning av arbeidstakersidens påvirkningsmulighet på arbeidstid. I likhet med mindretallet mener FO at det har vesentlig betydning at arbeidstidsordninger i størst mulig grad etableres gjennom avtaler som sikrer medbestemmelse og involvering. FO opplever at vi på alle nivåer i organisasjonen er svært fleksible med tanke på å inngå avtaler om arbeidstidsordninger som bidrar til økt heltid og faglig forsvarlige tjenester. I de ytterst få tilfellene der det ikke oppnås enighet om en

⁶ [Fafø-rapport om FO-medlemmers arbeidstidsordninger - FO - Din fagforening](#)

arbeidstidsordning vil det foreligge tungtveiende grunner til dette, gjerne knyttet til forsvarlighet.

Kapittel 10 Utdanning og kompetanseutvikling

Helsepersonellkommissjonen beskriver i dette kapittelet helse- og sosialfagutdanningene, men omhandler i hovedsak helsefagutdanningene som til dels inkluderer vernepleiere. Kommisjonen gir ingen beskrivelser av verken barnevernspedagoger eller sosionomer og da heller ingen beskrivelse av disse utdanningenes kompetansetilfang eller ambisjoner for hvordan utvikle og bruke den. Dette er en gjennomgående svakhet med hele NOU-en.

Våre medlemmer påpeker at de opplever at et stadig mer ensidig fokus på spesialistkompetanse har medført at problemstillinger som tidligere ble ivaretatt av sykepleier/sosialarbeider nå må ivaretas av psykolog/lege. Selv om kompetansen som etterspørres ligger innenfor deres fagkunnskap, for eksempel miljøtilrettelegging, habilitering, hverdagsmestring, mestringssamtaler/støttesamtaler. Flere erfarer at faglig autoritet i større grad knyttes til tittel, enn til reell kompetanse og det er en utvikling som vil skape enda flere utfordringer når det gjelder rekruttering og arbeidsfordeling i årene fremover. Det ikke nødvendigvis behov for at stadig flere oppgaver skal løses av psykologer og leger, men heller å bruke kompetansen som allerede finnes i avdelinger rundt omkring på en mer effektiv måte. Dette kan gjøres ved at de som kan defineres som erfarne klinikere blir gitt flere oppgaver som i dag tenderer til å være forbeholdt spesialister.

Når det gjelder godkjenningsordninger nevnes ikke FOs godkjenningsordninger for barnevernspedagoger, sosionomer i vernepleiere⁷. FO forvalter 12 godkjenningsordninger, i fra veiledergodkjenning til klinisk spesialist, fordelt på de tre profesjonene. Disse godkjenningene gir kompetanse som kvalifiserer til å arbeide terapeutisk både individuelt og gruppebasert, i samtaleprosesser og utredninger.

FO vil videre påpeke at det må legges til rette for tverrfaglige videreutdanninger og masterløp. Det er for eksempel svært utfordrende for praksisfeltet når det nå er utviklet egen masterutdanning⁸ innen rus og psykisk helse kun for sykepleiere, uten at det samme tilbudet gis til andre profesjoner.

Videre er det en utfordring, spesielt i sykehusene, at ulik satsing mellom ulike klinikker samt lønnsforskjeller, gjør det vanskelig å beholde personell. Det bør gis rom for at man kan videreutdanne seg innenfor sitt felt, slik at man kan heve den kompetansen man alt innehar. Det bør tilrettelegges for at man får tilpasset arbeidsdagen til å ta utdanning, og at man ikke må ta ut ferie/avspasering for å videreutdanne seg. Man bør også få lønn for den kunnskapen man innehar eller erverver seg.

⁷ <https://www.fo.no/godkjenning/>

⁸ <https://www.fo.no/besvarte-horinger-og-politiske-innspill/fo-har-gitt-innspill-til-ny-master-og-videreutdanning-i-rus-og-psykisk-helse-article12597-1324.html>

FOs innspill til helsepersonellkommissjonens forslag:

12. Utvidet tilbud om kompletterende utdanning

FO støtter et utvidet tilbud om kompletterende utdanning for personer med utdanning fra utlandet, men mener dette også må gjelde de sosialfaglige utdanningene.

13. Tiltak om opptak til høyere utdanning

FO støtter kommisjonen i at det igangsettes nye forsøk med Y-vei, men påpeker at de dårlige resultatene fra tidligere forsøk må tas på alvor.

14. Studieplasser bør legges til distrikt

FO støtter at det satses på at utdanningene bør legges til rekrutteringssvake områder, men dette må ikke gå på bekostning av kvalitet og at fagmiljøene blir for små. Utdanningsinstitusjonene må gis tillit til å styre dette selv. Et annet tiltak som er like aktuelt er satsning på deltidsstudier, slik at studier kan kombineres med arbeid. Tall fra Samordna opptak viser for eksempel stor innsøking på deltids vernepleierutdanning i Ager⁹.

15. Tiltak om praksisundervisning

FO støtter kommisjonens forslag, og påpeker at dette også må gjelde de sosialfaglige utdanningene.

16. Tiltak om samarbeid i utdanningene

FO støtter samarbeid mellom utdanningene, men sosialfagene må inkluderes. Det er viktig med tanke på å legge grunnlag for godt tverrfaglig arbeid i feltet, og at de sosialfaglige perspektivene ivaretas. FO er kjent med at det også gjøres i dag – for eksempel Interact OsloMet¹⁰ som er et prosjekt som har ansvaret for et heldigitalt tverrprofesjonelt undervisningsopplegg for studentene på profesjonsutdanningene ved OsloMet. Prosjektet skal bidra til å utvikle kompetanse i å samarbeide om hjelp og støtte til barn, unge og familiene deres. Det er også en felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene¹¹ som skal ivareta dette.

17. Begrensende valg bør vektlegges i helsefagutdanningene

FO forstår kommisjonens forslag om at studenter skal lære om begrensende valg, men dette må aldri gå på bekostning av at studentene skal lære hva som er godt faglig arbeid. Studenter skal lære å stille kritiske, faglige spørsmål til praksisen i virksomheter, ikke lære seg å godta å utøve dårlig faglig arbeid på bakgrunn av økonomi eller personellsituasjoner. Videre må det først og fremst være på systemnivå begrensende valg blir gjort dersom målsettingen er riktige valg for samfunnet.

18. Krav om strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging

FO støtter dette, men påpeker igjen at dette også må gjelde de sosialfaglige profesjonene.

⁹ <https://khrono.no/kraftig-vekst-i-nettstudier-og-deltid-oket-mer-enn-heltid/776888>

¹⁰ <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsprosjekter/interact>

¹¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

19. Kompetansesentre og kompetansetjenester

FO er enige i at dette kan utvikles, og mener de for eksempel kan bli mer tverrfaglige, og at de sosialfaglige perspektivene kan styrkes.

Kapittel 11 Prioritering og reduksjon av overbehandling

FO anerkjenner at prioritering og reduksjon av overbehandling er viktige tiltak. Samtidig skal ikke dette føre til at viktige rettigheter enkelte grupper har fått blir sett på som belastninger og trekkes tilbake. Vi kan se antydning av et slikt syn i kommisjonens vurderinger knyttet til brukere som bor hjemme. Der trekkes det for eksempel frem at det nå brukes flere timer knyttet til yngre brukere med omfattende bistandsbehov. FO vil påpeke at dette først og fremst handler om menneskerettigheter og likestilling, og at gode tjenester tilpasset den enkelte fører til at flere kan være aktive samfunnsborgere. Det er bedre kunnskaper om rettighetene til denne gruppen nå, samt at pårørende og hjelpeapparat står mer på for å få innvilget timer til fritidsaktiviteter enn tidligere. Det er dessuten flere med funksjonsnedsettelse som bor hjemme lengre enn tidligere, spesielt når man sammenlikner det med hvordan det var på 50- og 60-tallet. Dette skyldes både endret syn på mennesker med funksjonsnedsettelse og at man i større grad kan tilrettelegge hjemmet, hjelpemidler og tjenestene slik at man kan bo hjemme.

Kommisjonen trekker frem at man får bedre fagmiljø på større boenheter. Dette er omdiskutert. Rapporten *Utviklingshemmetes bosituasjon 2021*, konkluderer eksempelvis med at det ikke er belegg for å hevde dette. Dessuten kan store bofelleskap være i strid med FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). CRPD handler om likestilling og like muligheter. Brukermedvirkning og mulighet til å leve selvstendige liv er viktige forhold i konvensjonen. Retten til bolig og retten til tjenester er to separate rettigheter og må ikke sees i sammenheng. Noen kommuner tvangsflytter også personer med utviklingshemming. Løsningen på mangel på helsepersonell kan ikke gå på bekostning av menneskerettigheter og likestilling.

FOs innspill til helsepersonellkommisjonens forslag:

20. Styrke og bruke faglige nettverk

Dette er et svært viktig tiltak, og må gjelde alle personellgrupper. For eksempel er det mange sykehussosionomer som jobber alene, og som har behov for å styrke sin faglige kompetanse ved å delta i faglige nettverk. Våre medlemmer forteller at dette ofte er vanskelig å prioritere fordi det blir gitt avslag på søknader om å delta ut ifra økonomiske hensyn.

21. Gjennomgå DRG-takster og justere egenbetaling

FO støtter at ordningen skal gjennomgås, men vil fraråde og øke egenbetaling. Ordningen må gjennomgås fordi den har uønskede effekter, og dette kommer også frem i NOU-en. I tillegg ser vi at på bakgrunn av manglende koder for sosialfaglige intervensjoner så fører det til at dette av og til blir underbrukt i og med at det ikke medfører inntekt. Dette er svært alvorlig med tanke på pasientens helhetlige helsesituasjon.

FO fraråder å øke summene på enkelte ikke-prioriterte tjenester fordi det vil føre til enda større sosial ulikhet i helse. Det vil føre til at pasienter med god økonomi kan ta seg råd til «ikke-prioriterte» tjenester, og vil skape et skille i befolkningen.

22. Utrede virkninger for personellbehov av endringer i politikk og pasientrettigheter i helse- og omsorgstjenestene

FO anerkjenner at mye god politikk blir vedtatt uten at det gjennomføres vurderinger av hvordan dette vil påvirke de eksisterende tjenestene, og støtter derfor at det i større enn grad enn i dag vurderes hvordan blant annet personellsituasjonen vil bli påvirket. I en slik utredning må det også legges inn punkt om det er muligheter for å omorganisere tjenester slik at de blir mer sammenhengende og helhetlige.

23. Forbedre statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester

FO støtter at det lages bedre statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester. FO vil samtidig peke på at statistikken er mangelfull knyttet til de sosialfaglige profesjonene. Ut ifra statistikken er det uklart hva de sosialfaglige profesjonene gjør, og dermed er de heller ikke inkludert i fremskrivninger. Dette må utvikles slik at vi kan få et helhetlig bilde av helsepersonellsituasjonen.

Kapittel 12 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

FOs innspill til helsepersonellkommisjonens forslag:

24. Kompetanseutvikling i og for effektive helse- og omsorgstjenester

FO støtter at det må utvikles mer digital kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene. FO vil påpeke at dette ikke bare må handle om å ansette flere med IKT-utdanning, men også sørge for at helse- og sosialpersonell har kompetanse til å bruke ny teknologi som kommer. Helse- og sosialpersonell må også ha pedagogisk kompetanse på å gi pasienter og brukere den informasjonen de trenger for å kunne benytte seg av de digitale plattformene de i fremtiden vil være avhengige av.

25. Effektivisering gjennom bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi

FO støtter at det som kan effektiviseres ved teknologi bør vurderes. Det er for eksempel stort potensiale i å utvikle velferdsteknologi og smarthusteknologi inn i tjenestene til personer som bor hjemme. Samtidig som man utvikler ny teknologi og digitale løsninger så kan dette aldri erstatte betydningen av relasjonsarbeid mellom pasient/bruker og hjelper. Digitaliseringen må være et redskap for å få bedre tid til å bygge relasjoner.

26. Forskning for mer effektiv utnyttelse av arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene

FO støtter at det utvikles forskning knyttet til dette. Det er stort potensiale i å se på hvordan teknologien kan utnyttes bedre. Våre medlemmer påpeker for eksempel at de bruker mye tid på registrering av timer og oppmøte i poliklinisk og inneliggende virksomhet, spesielt for de gruppene som ikke har inntjening.

Ofte handler dette om at registreringen er med på å dokumentere jobben man gjør, men fører samtidig til at tid som kunne blitt brukt til pasientarbeid må brukes til administrativt arbeid. Registreringen sier heller ikke noe om kvaliteten i arbeidet som er gjort, og dermed har arbeidet begrenset verdi. FO mener vi må frigjøre tid til å gi direkte pasientkontakt ved å fjerne overdreven rapportering og kontroll. Løsningene må skapes nedenfra i møtet mellom brukeren og den ansatte. De som styrer, må ha tillit til at de ansatte bruker kompetansen sin på riktig måte. Tillitsreform vil derfor også være en del av løsningen.

Kapittel 13 Helsepersonellkommissjonens vurderinger av fremtidige personellbehov.

I enkelte deler av helsetjenestene, spesielt innenfor psykisk helse og rus, har enkelte helseprofesjoner fått en større og større andel av personellsammensetningen (se fotnote 1). Dette har gått på bekostning av andel sosialfaglige profesjoner i de samme tjenestene, sammenlignet med bare for noen år siden. En strengere vurdering av kompetansebehovet i disse tjenestene vil kunne føre til at flere sosialfaglige profesjoner kan ansettes, slik at andre helseprofesjoner i større grad kan benyttes innen somatikken.

I rapporten kommer det tydelig frem at utvalget mener at helsefagarbeideren skal erstatte flere av oppgavene sykepleierne utfører i dag. Dette vil være viktig for å redusere arbeidspresset til sykepleieren. I denne sammenhengen bør det også klargjøres hvilke andre profesjoner og faggrupper som kan overta eller inneha oppgaver som rapporten beskriver som sykepleieroppgaver. Blant annet innehar sosionomer, ergoterapeuter og barnevernspedagoger kompetanse som er relevant og som vil styrke kvaliteten på tjenestene.

Pensum innen blant annet farmakologi, geriatri, legemidler og legemiddelhåndtering, sykdomslære, samt utføring av diverse prosedyrer er relativt lik for både sykepleier og vernepleier. Det vil derfor være naturlig at vernepleieren regnes med som en viktig kompetanse i denne sammenhengen.

Avslutning: Vi må beholde de ansatte vi har

Representanter fra helsepersonellkommissjonen har ofte tydd til begrepet «lavhengende frukt» i forbindelse med presentasjoner av enkelte tiltak de har lagt vekt på. I høringsinnspillene vi har fått fra våre medlemmer trekkes det frem en del andre lavhengende frukt, som handler om å skape gode arbeidsmiljø, og det å bidra til å beholde ansatte. Det handler om å ta vare på de ansatte ved å satse på ansattgoder og velferdstiltak. For mange er lønna lav, og når enkelte arbeidsgivere ikke en gang spanderer kaffe på de ansatte, verken til hverdag eller fest, så skaper det misnøye.

Ansatte i helsesektoren fortjener mer enn en applaus. Det er en misforstått og feilslått arbeidsgiverpolitikk å ikke bruke økonomiske ressurser på ansattgoder.

I det lange løp vil alle tjene på at ansatte har det bra på jobb – det vil bidra til mindre turnover og bedre pasientbehandling.

Som et medlem skrev til oss:

«Det er ingen velferdstiltak for ansatte igjen. Og jeg tror oppriktig at noe av pengene de kunne brukt på sånne ting, hadde de spart raskt inn i innleie og vikarutgifter. Fornøyde ansatte rekrutterer nye ansatte.»

Med vennlig hilsen

Mimmi Kvisvik
Forbundsleder

Andreas Kikvik
Seniorrådgiver

Helga Melsom
Seniorrådgiver