

Hanne Jordell, Selma S.F. Yssen & Leif Moland

Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene

En kartlegging av potensialet i nye stillingstyper for bedre oppgaveløsning, økt rekruttering og arbeidsinkludering



Nye muligheter for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene?

I denne rapporten drøfter vi om nye stillingstyper på nivå under helsefagarbeideren kan bidra til bedre oppgaveløsning og bruk av helsefaglig kompetanse, mer personell i helse- og omsorgstjenestene og økt arbeidsinkludering.

Gjennom casestudier i kommuner og en bred litteratur- og dokumentgjennomgang kartlegger vi erfaringer med ny oppgavedeling og alternative stillingstyper i Norge samt ser til våre naboland for å hente erfaringer.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1 Innledning	6
1.1 Problemstillinger og forskningsspørsmål.....	7
1.2 Definisjoner og begrepsbruk.....	7
1.3 Gangen i rapporten.....	10
2 Metode	11
2.1 Litteraturgjennomgang	11
2.2 Dokumentgjennomgang	12
2.3 Kvalitative casestudier	12
2.4 Kunnskap og empiri fra tilgrensende forskningsprosjekter og utredningsarbeid	13
2.5 Registerdata og annen statistikk	14
2.6 Oppsummering	14
3 Ansvar, roller og kompetanse i pleie og omsorgstjenestene	15
3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven legger noen føringer for kompetansen som kreves	15
3.2 Institusjon og hjemmebaserte tjenester sysselsetter flest.....	16
3.3 Utdanningsnivå og kompetansesammensetning i pleie og omsorg	17
3.4 Kjennetegn ved ikke-faglærte i pleie- og omsorg	18
3.5 Oppsummering	20
4 Eksisterende kvalifiseringsnivåer og opplæringsløp	21
4.1 Helsearbeiderfaget	21
4.2 Andre fagbrev i kommunal helse- og omsorgstjeneste	25
4.3 Praksisbrevkandidat og lære kandidat	25
4.4 Ikke-formelle kompetansetilbud for ikke-faglærte	27
4.5 Oppsummering	29
5 Stillingskategorier og tilhørende helse- og sosialfagkompetanse i andre land	30
5.1 SOSU-hjelpere i Danmark (sosial- og sunnhetshjelpere)	30
5.2 Vårdbitråde i Sverige (omsorgsassistent)	33
5.3 Sykepleieassistenter og helse- og omsorgsassistentene i Nederland	37
5.4 Care certificate i England	39
5.5 Oppsummering og diskusjon.....	43
6 Litteraturgjennomgang: Oppgavedeling i pleie og omsorg	46
6.1 Oppgavedeling skjer i utstrakt grad – uten at det nødvendigvis er formalisert	46
6.2 Tørn-programmet bidrar til mer formalisert oppgavedeling	47
6.3 Et eksempel fra Bodø på oppgaver ikke-faglærte kan gjøre	48
6.4 Konsekvenser av ny oppgavedeling.....	49
6.5 Oppsummering	50

7 Oppgaver i helse- og omsorgstjenester som kan utøves av ansatte uten formelle helsefaglige kvalifikasjoner	51
7.1 Case 1: Nye servicestillinger ved et sykehus.....	51
7.2 Case 2: Mellom «den etablerte» pleieassistentstillingen og nye assistentstillinger ved sykehjem	55
7.3 Case 3: Samarbeid mellom Nav og pleie- og omsorgstjenester	57
7.4 Andre kommuner	59
7.5 Oppsummering og diskusjon	63
8 Mulige kvalifikasjonskrav og målgrupper for nye stillinger	66
8.1 Kvalifikasjonskrav og målgrupper for servicemedarbeiderstilling.....	66
8.2 Kvalifikasjonskrav og målgrupper til stilling som pleieassistent	69
8.3 Oppsummering og diskusjon.....	72
9 Oppsummering og konklusjon	74
9.1 Ny oppgavedeling: To mulige nye stillingstyper	74
9.2 Ulikt behov for kompetanse i stillingene	75
9.3 Stillingene har ulike målgrupper og ulikt arbeidsinkluderingspotensiale.....	77
Referanser.....	79

Forord

I denne rapporten undersøker vi om ny oppgavedeling, inkludert nye stillingstyper på nivået under helsefagarbeideren, kan bidra til mer hensiktsmessig oppgaveløsning, mer personell og økt inkludering i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Rapporten er basert på kvalitative casestudier og litteratur- og dokumentgjennomganger.

Prosjektet har vært et samarbeid mellom Samfunnsøkonomisk Analyse AS (SØA) og Fafo. Rapporten er skrevet på oppdrag fra KS. Vi vil takke oppdragsgiver for et godt samarbeid og interessante diskusjoner underveis i prosjektet. Arbeidsgruppen fra KS har bestått av Anne Gamme, Audun Kvale, Marit Roxrud Leinhardt, Eli Sogn Iversen og Torkeld Sterner.

Vi vil også rette en takk til våre kollegaer Roy Nielsen som har bistått med registerdata-analyser, Tove Aspøy for kvalitetssikring og Sofie Steensnæs Engedal for ferdigstilling av rapporten og til Marte O. Borg for språkvask.

Mars 2025

Leif E. Moland, Fafo (prosjektleder)

Hanne Jordell, Samfunnsøkonomisk analyse AS

Selma S. F. Yssen, Fafo

Sammendrag

Mange kommuner har utfordringer med å rekruttere kvalifisert personell til å ivareta det ansvaret de har for å gi behandling, pleie og omsorg til brukerne i hjemmetjenesten og beboerne på sykehjem og i boliger. Samtidig står en av fem i yrkesaktiv alder utenfor arbeidslivet (Nav, 2024). I denne rapporten ser vi på utfordringene med mangel på personell, uhensiktsmessig oppgavedeling og utenforskap i sammenheng, og vurderer om en ny stilling på nivået under helsefagarbeideren kan bidra til å løse utfordringene.

I prosjektet har vi først og fremst undersøkt de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, som innbefatter både institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester. Grunnen til dette er at det er i disse tjenestene man finner de fleste ikke-faglærte i dag. For å undersøke problemstillingene har vi gjennomført (1) en litteratur- og dokumentgjennomgang, (2) kvalitative casestudier i seks kommuner, ett sykehus og en svensk region og (3) og analysert registerdata.

Når det gjelder oppgavedeling, konkluderer vi med at det finnes en rekke praktiske, service- og miljøarbeid-relaterte oppgaver som med fordel kan utføres av personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse. Ny oppgavedeling og tydeligere definerte stillingsinstrukser for ikke-faglærte kan bidra til bedre oppgaveløsning, og frigi tid for helsefaglig personell til å utføre pleie- og omsorgsoppgaver som krever deres kompetanse.

På bakgrunn av casestudier og litteratur- og dokumentgjennomgangen har vi identifisert mulige stillinger på nivået under helsefagarbeideren i pleie- og omsorgstjenestene i dag. Disse har ulike navn eller titler i ulike kommuner, men vi har delt dem i to hovedgrupper: (1) Servicemedarbeider og (2) Pleieassistent.¹ Servicemedarbeideren har utelukkende ansvar for praktiske og serviceorienterte oppgaver og miljøarbeid. Ansatte i disse stillingene kan ha ansvar for matlagning, renhold og rydding, aktivisering av og praktisk bistand til brukere eller beboere. Den andre stillingen, pleieassistenten, har også et stort omfang av praktiske oppgaver, men til forskjell fra serviceassistenten kombineres disse oppgavene med enklere pleie- og omsorgsoppgaver. Dette kan dreie seg om å hjelpe personer med stelle, som å dusje eller pusse tenner.

Siden stillingene inneholder ulike oppgaver, stilles det også ulike krav til kompetanse. Opplæring er viktig i begge, men vårt datamateriale peker mot at det ikke er nødvendig med et eget formelt opplæringsløp og kvalifikasjonskrav for servicemedarbeiderstillingen. God og systematisk opplæring ved ansettelse er likevel viktig, og gjerne i kombinasjon av teoretisk grunnkurs og veiledet opplæring på tjenestestedet.

For pleieassistentstillingen, som altså inneholder flere pleie- og omsorgsfaglige oppgaver, er det større krav til helse- eller omsorgsfaglig kompetanse. Her kan det være aktuelt med et formelt opplæringsløp og et kvalifikasjonskrav. Det er vår vurdering at et

¹ Pleieassistent er en stillingstittel som allerede er i bruk i tjenesten i dag, men den kan ha ulikt innhold ulike steder. I denne rapporten tydeliggjør vi hva denne stillingen skal inneholde opp mot en servicemedarbeider og en helsefagarbeider.

eventuelt formelt kvalifiseringsløp for pleieassistentstillingen bør ta utgangspunkt i modulene som inngår i den modulstrukturerte helsefagarbeideropplæringen, gjeldende fra høsten 2024. De to første modulene inneholder kompetansemål innen temaer som våre informanter har pekt på som sentrale (eksempelvis hygiene, ernæring og noe helsefag). En tilsvarende opplæringsmodell finnes i Danmark, der de også har en stillingskategori på nivået under helsefagarbeideren.

Det er viktig å unngå at pleieassistenten blir et endepunkt for ansatte som har ønske om og kapasitet til å kvalifisere seg til å bli helsefagarbeider. Selv om nye assistentstillinger kan bidra til mer hensiktsmessig oppgavedeling, er det fortsatt et stort og økende behov for helsefagarbeidere i pleie- og omsorgstjenestene. Ved at opplæringsløpet og kvalifikasjonskravet tar utgangspunkt i dagens pleie- og omsorgssystem legger man til rette for at ansatte kan fortsette med utdanningen og kvalifisere seg til helsefagarbeider. Samtidig har kommunen som arbeidsgiver et ansvar for å støtte opp under og tilrettelegge for så mye kvalifisering eller kompetanseutvikling som mulig – helt fram til fagbrevet.

Målgruppene for de to stillingene er noe ulike. Servicemedarbeiderstillingen er aktuell som en første stilling for personer uten helsefaglig kompetanse som kommer inn i sektoren, deltidsarbeidende studenter som ikke har hensikt å ha en yrkeskarriere i sektoren samt ansatte som ønsker å kun ha ansvar for praktiske oppgaver. Målgruppen for en ny pleieassistentstilling inkluderer ansatte som ønsker helsefaglige oppgaver, og som har (nok) formell eller realkompetanse til å utføre disse oppgavene, herunder deltidsarbeidende studenter i helse- og sosialfag. Ansatte som ønsker en karriere i sektoren, men som ikke enda har opparbeidet seg hverken real eller formell kompetanse, kan også være aktuelle for stillingen på lengre sikt – enten som et trinn på veien til helsearbeider eller som det endelige nivået.

Begge stillingene har potensial for å inkludere personer som i dag står utenfor arbeidsmarkedet. Dersom utenforskapet skyldes manglende helsefaglig kompetanse, vil en servicemedarbeiderstilling være mest aktuell. Dersom utenforskapet skyldes andre forhold, kan en pleieassistentstilling også være aktuell.

1 Innledning

De kommunale helse- og omsorgstjenestene sliter med å skaffe nok kvalifisert personell til å møte den økende etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i befolkningen. Personellbehovene i de kommunale tjenestene ser heller ikke ut til å avta, men snarere fortsette å øke i årene framover (NOU 2023:4; Hjemås et al., 2019; Holmøy et al., 2023).

Rekrutteringsutfordringene i sektoren, sammen med mangelfull planlegging for fravær, fører ofte til at ikke-faglærte vikarer eller assistenter kalles inn og må ta ansvar for oppgaver de ikke har formell kompetanse til å løse (Gautun, 2012, 2020; Yssen et al., 2023). De ikke-faglærte utgjør en viktig ressurs i kommunen, men når de må overta oppgaver fra faglærte kan det få negative ringvirkninger for de ansatte selv, kollegaer og pasientene. Kollegaer med helsefaglig utdanning må da bruke mer tid på veiledning og kvalitetssikring av de ikke-faglærtes arbeid, og det kan påvirke arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten negativt (Moland, 1997; Moland & Bråthen 2019).

Samtidig med helse- og omsorgstjenestenes rekrutteringsutfordringer, står en av fem mellom 20 og 60 år uten arbeid eller utdanning. Dette utgjorde 685 000 personer ved utgangen av 2023, ifølge tall fra Nav. Det har dessuten vært en økning av andelen som står utenfor arbeidslivet siden 2022, etter en periode med nedgang mellom 2019–2022 (Nav, 2024). En årsak til utenforskap er manglende kvalifikasjoner, altså lav utdanning. For innvandrere utgjør svake norskferdigheter en sentral barriere (Meld. St. 33 (2023–2024)).

Det økende behovet for kompetent personell i helse- og omsorgssektoren gjør det naturlig å undersøke mulige tiltak som kan styrke rekrutteringen. Blant annet har Helsepersonellkommisjonen trukket fram at tjenestene må finne strategier for å håndtere svekket tilgang til sykepleiere, helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper med formell helse- og sosialfaglig kompetanse (NOU 2023:4).

De siste årene har flere norske kommuner stilt seg spørsmålet om hvilken kompetanse de har behov for i hjemmetjenestene, på sykehjem og i andre helse- og omsorgstjenester, og gjennomført omfattende kartlegginger av oppgaver. På bakgrunn av kartleggingene har noen kommuner fordelt arbeidsoppgavene mellom ulike yrkesgrupper i sektoren på en ny måte (Bråthen & Moland 2023: 2024a). Mange av disse kommunene har erfart at det er hensiktsmessig å ha assistenter uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse i tjenesten, som kan utføre oppgaver som for eksempel matlagning, praktisk bistand, rydding og renhold, eller pleie av beboere eller brukere med mindre komplekse behov.

I denne rapporten ser vi på de tre utfordringene – mangel på personell, uhensiktsmessig oppgavedeling og utenforskap – i sammenheng, og vurderer om en ny stilling på nivået under helsefagarbeideren kan bidra til å løse disse tre komplekse utfordringene.

1.1 Problemstillinger og forskningsspørsmål

I dette prosjektet drøfter vi hvorvidt ny oppgavedeling, inkludert nye stillingstyper på nivået under helsefagarbeideren, kan bidra til bedre oppgaveløsning og mer personell i helse- og omsorgstjenestene, samtidig som flere inkluderes i arbeidslivet. Videre vurderer vi om det bør være et krav til kompetanse eller kvalifikasjoner i en slik stilling, og i så fall hvilken type kompetanse eller kvalifikasjoner det er behov for. Vi drøfter også hvilke implikasjoner et kvalifikasjonskrav vil ha for ulike målgrupper.

Problemstillingene er formulert som følger:

1. Vil ny oppgavedeling og nye stillingskategorier kunne bidra til:
 - bedre oppgaveløsning?
 - mer personell i helse- og omsorgstjenestene?
 - mindre utenforskap?
2. Bør en (eller flere) slike stillingskategorier ha krav om en særskilt kompetanse? Og i så fall:
 - Hvilken kompetanse bør det stilles krav til (kompetansemål)?
 - Hvordan bør et slikt kvalifikasjons- og opplæringsløp organiseres?
3. Hvem er målgruppen for stillingskategorier med og uten kvalifisering?

I rapporten drøfter vi problemstillingene i lys av tidligere forskning og dokumentasjon samt på bakgrunn av erfaringer og synspunkter fra representanter fra kommuner. Vi inkluderer en kartlegging av et utvalg europeiske land som har andre typer stillinger og modeller for kompetanseutvikling, for å vurdere om Norge har noe å lære av dem.

1.2 Definisjoner og begrepsbruk

I prosjektet har vi først og fremst sett på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, som innbefatter både institusjon- og hjemmebaserte tjenester. Årsaken er at det er i disse tjenestene man finner flest ikke-faglærte i dag², og som vil oppleve et økende bemanningsbehov i årene framover.

Kompetanse og kompetanseutvikling

Kompetansebegrepet rommer flere forståelser og definisjoner. Nordhaug & Gooderham (1996) definerer kompetanse som kunnskapene, ferdighetene og evnene man anvender for å utføre arbeid. Lai (2021) har kritisert definisjoner som denne, og mener at både definisjoner av og praktisk arbeid med kompetanseutvikling legger for lite vekt på holdninger. Holdningers betydning for å utføre arbeid i helse- og omsorgssektoren framheves som viktig blant vårt datamateriale, og vi definerer derfor kompetanse, i tråd med Kompetanseutvalget (KBU), som forståelse, egenskaper, ferdigheter, kunnskap og holdninger man anvender for å mestre oppgaver og utføre arbeid (NOU 2018:2).

Forskningslitteraturen skiller mellom formell, ikke-formell og uformell læring (Aspøy et al., 2013). Kompetanse kan erverves og utvikles gjennom alle de tre læringsformene. Formell læring skjer i utdanningssystemet, som på videregående skole, fagskole,

² Av alle ikke-faglærte i helse- og omsorgssektoren, var drøye 80 prosent ansatt i pleie- og omsorg i 2023 (Nielsen og Moland, 2024).

høyskole eller universitet. Den gir formell kompetanse eller en kvalifikasjon, for eksempel et fagbrev som gir autorisasjon som helsefagarbeider. Ikke-formell læring foregår gjennom kurs eller annen organisert opplæring, men gir ikke formell kompetanse. Slike kurs er ofte kortvarige. Uformell læring skjer i det daglige arbeidet, utenfor organiserte læringsarenaer. Dette inkluderer for eksempel veiledning fra kollegaer eller læring gjennom samtaler på morgenmøte.

Ikke-faglærte er definert som personer som mangler formell kompetanse innenfor helse- og sosialfag. Ikke-faglærte, som arbeider i tjenesten, kan imidlertid ha ulik (real)kompetanse innenfor helse- og sosialfag, blant annet basert på hvor lang arbeids-erfaring de har, læringskulturen på arbeidsplassen og om de har eller ikke har deltatt på helse- og sosialfaglige kurs.

Kvalifikasjonskrav- og nivåer

Mange stillinger i pleie- og omsorgstjenestene har særskilte krav om formalkompetanse, herunder helsefagarbeideren. Pleiemedarbeider, pleieassistent og hjemmehjelper er eksempler på stillingstitler som *ikke* stiller krav til formell kompetanse. I denne rapporten bruker vi begrepet ikke-faglærte som en samlebetegnelse for ansatte i stillinger uten særskilte krav til utdanning.³ Med dette begrepet ønsker vi å framheve at selv om de ansatte ikke har formell helsefaglig kompetanse kan de likevel ha tilegnet seg kompetanse gjennom ikke-formell og uformell læring eller ha formell kompetanse innen andre fagområder enn helse- og sosialfag.

I rapporten drøftes nivået for en ny stillingstype. Dersom stillingen innebærer et kvalifikasjonskrav, er det naturlig å tenke at den vil ligge på et nivå *over* dagens stillinger uten særskilt krav til utdanning, men *under* (helse)fagarbeiderstillingen. Dette vil med andre ord være en stilling med krav om noe formalkompetanse eller utdanning, men på et lavere nivå en fullført fag- og yrkesopplæring. Videregående opplæring, herunder helsefagarbeiderutdanningen, er klassifisert på nivå 4 i det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring (NKR) (Forskrift om NKR og EQF, 2017, Vedlegg III, se tekstboks). Man kan dermed se for seg at kompetansenivået for en stillingstype bør være på nivå 3 eller lavere i kvalifikasjonsrammeverket.

³ Et annet samlebegrep på ansatte i disse stillingene er ofte «ufaglærte».

Kvalifikasjonsrammeverk

Det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring (NKR) beskriver hvordan kvalifikasjoner henger sammen innenfor et utdanningssystem (NOKUT, uten dato). En kvalifikasjon er et dokumentert læringsutbytte. Læringsutbyttet er vurdert etter bestemte kriterier og formelt godkjent av en ansvarlig myndighet.

I Norge er det kun formell kompetanse som er innplassert i kvalifikasjonsrammeverket, mens enkelte andre land også har innplassert ikke-formell kompetanse (NOU 2019:12). Ikke-formell kompetanse er typisk kurs av kortere varighet som dokumenteres ved kursbevis. Formell kompetanse/kvalifikasjoner leveres av institusjoner i det formelle utdanningssystemet.

Det er også utarbeidet et europeisk kvalifikasjonsrammeverk som muliggjør sammenligning på tvers av utdanningssystemer i ulike land, og NKR inngår også i dette europeiske kvalifikasjonsrammeverket – kalt European Qualification Framework (EQF). Rammeverket består av åtte nivåer, som indikerer læringsutbytte eller hva «en person vet, forstår og kan gjøre» (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, uten dato). Det laveste nivået (nivå 1) tilsvarer en kompetanse eller læringsutbytte på et lavere nivå enn det den norske grunnskolen gir (nivå 2), mens det øverste nivået (nivå 8) tilsvarer en doktorgradsutdanning. Det norske fagbrevet er plassert på nivå 4, mens praksisbrevet er plassert på nivå 3. De fleste fagutdanninger (vocational education) i Europa plasseres mellom nivå 3 og 4.

Oppgavedeling

Oppgavedeling forstås ofte som en «endring av tradisjonell oppgavefordeling, innad eller mellom yrkesgrupper» (Bråthen & Moland, 2024b). Dette kan skje som en planlagt prosess, eller som en ad hoc-løsning på akutte problemer. I denne rapporten vektlegger vi oppgavedeling mellom yrkesgrupper innen samme tjeneste eller avdeling, altså mellom sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og andre faglærte og ikke-faglærte. Vi vektlegger først og fremst vertikal oppgavedeling, som innebærer at man overfører oppgaver mellom yrkesgrupper med ulik formalkompetanse.

Sibbald et al., (2004) peker på at oppgavedeling kan foregå på ulike måter. Det kan skje gjennom å

- utvide rollen eller ferdighetene til en yrkesgruppe
- erstatte eller delegere oppgaver ved å flytte oppgavene fra en yrkesgruppe til en annen
- etablere nye funksjoner eller arbeidsoppgaver

Å etablere nye funksjoner, utvide roller og/eller flytte oppgaver mellom ulike yrkesgrupper vil ofte innebære behov for kompetanseutvikling.

Utenforskap og inkludering

I omtale av utenforskap og inkludering, er vi i denne rapporten primært opptatt av personer som ikke er sysselsatte eller i et utdanningsløp. Som del av prosjektet skal vi utforske hvorvidt oppgavedeling og nye stillingskategorier kan være en inngangsbillett for personer som i dag ikke er i arbeid, til å få arbeid i primærhelsetjenesten – det vil si å bli inkludert i arbeidsmarkedet.

1.3 Gangen i rapporten

I kapittel 2 presenteres metodene vi har brukt for å besvare rapportens problemstillinger. Vi benytter en metodetriangulering med litteraturstudie, dokumentanalyse og kvalitative intervjuer i seks casekommuner.

I kapittel 3 drøfter vi hvilken type kompetanse som trengs for å løse oppgaver i kommunal helse- og omsorgstjeneste og hva slags utdanningsnivå og kompetansesammensetning som finnes i sektoren i dag. Vi legger særlig vekt på kjennetegn ved de sysselsatte som ikke er faglærte.

I kapittel 4 gjennomgår vi hva slags kvalifiseringsnivåer og formelle og ikke-formelle opplæringstilbud som finnes i Norge i dag av relevans for helse- og omsorgstjenestene.

I kapittel 5 vender vi blikket mot utlandet og beskriver hvilke typer stillinger som finnes på nivået under den norske fagarbeideren i Danmark, Sverige, Nederland og England, og hvordan de tilhørende opplæring- eller kvalifiseringsløpene er organisert.

I kapittel 6 gjennomgår vi og sammenfatter den norske forskningslitteraturen om oppgavedeling i pleie- og omsorgssektoren.

I kapittel 7 presenteres intervjudataen fra prosjektet. Vi har gjennomført intervjuer i seks kommuner, som viser bredden av måter å organisere seg på i sektoren og grader av strukturert oppgavedeling. Overordnet er det to typer stillinger man kan se for seg å etablere/videreutvikle i kommunal sektor; en servicemedarbeiderstilling som utelukkende har ansvar for praktiske oppgaver, og en pleieassistent som har praktiske oppgaver, men også noe lettere pleie og stell.

I kapittel 8 drøfter vi kvalifikasjonskrav og målgrupper for de to aktuelle stillingene.

Kapittel 9 er konklusjonen, og her oppsummerer vi hovedfunnene.

2 Metode

I dette kapitlet beskriver og drøfter vi metodene vi har benyttet for å finne svar på rapportens forskningsspørsmål. Prosjektet har vært eksplorativt, og formålet har vært å innhente data som kan bidra til å belyse problemstillingene fra ulike vinkler. Vi har i hovedsak samlet inn data gjennom litteratur- og dokumentgjennomgang og kvalitative intervjuer med ledere, tillitsvalgte og ansatte i sektoren. Vi har også benyttet registerdata for å beskrive sentrale kjennetegn ved de sysselsatte og ikke-faglærte i pleie- og omsorgssektoren.

2.1 Litteraturgjennomgang

Vi har innhentet og syntetisert faglitteratur, herunder akademiske artikler og vitenskapelige rapporter, som beskriver og drøfter oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper samt ulike stillinger og tilhørende opplæringsløp i helse- og omsorgstjenestene i Norge og Europa. Vi har vært inspirert av metodikken i en scoping review, men vårt formål har vært å samle og sammenfatte forskning som er relevant for vår studies problemstillinger heller enn å kartlegge bredden av forskningsfeltet (Rignes & Thørrisen, 2024).

Vi har søkt etter og lest litteratur som omhandler yrkestitler, kompetansetilbud og/eller kvalifiseringsløp samt oppgavedeling mellom de yrkesgruppene eller stillingene med lavest eller ingen utdanning i helse- og omsorgstjenestene. Vi har ledd etter studier av norske forhold, og forhold i Danmark, Nederland, England og Sverige. De fire landene er valgt ut i samarbeid med oppdragsgiver på bakgrunn av en innledende kartlegging. Landene har til felles at det finnes opplæringsløp og stillingskategorier med krav til kompetanse på et lavere nivå enn den norske helsefagarbeideren.

Vi har gjennomført søk i litteraturdatabasene Google Scholar og Oria samt i noen forskningsinstitutters egne arkiver (for eksempel Vive, NIFU og Fafo). Vi valgte disse databasene fordi de også inkluderer forsknings- eller evalueringsrapporter, og ikke kun fagfellevurderte, akademiske publikasjoner. Erfaringsvis har forsknings- og evalueringsmiljøer vært i front på å dokumentere utvikling i helse- og omsorgstjenestene, herunder også arbeid med og resultater av endring og tiltak knyttet til oppgavedeling og kompetanseutvikling (Yssen, 2024a).

Vi har gjort søk på norsk og engelsk samt noen søk på dansk og svensk. I søkene har vi benyttet kombinasjoner av ulike søkeord som omfatter:

- Kontekst: Norge, Sverige, Danmark, England og Nederland.
- Målgruppe: Ikke-faglærte, ufaglærte, assistenter, hjelpere, ikke-lisensiert personell.
- Tema: Videregående opplæring innen helse- og omsorgsfag, stillingstyper med lav til ingen formell utdanning, oppgavedeling og/eller kompetanseheving av ikke-faglærte.

Etter at vi hadde funnet noen relevante bidrag, gjorde vi også såkalte «snøballsøk» i deres referanselister for å finne ytterligere forskningsbidrag.

Gjennom søkene fant vi noen relevante publikasjoner om oppgavedeling i en norsk kontekst, men få studier av *faktisk* oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenestene i de utvalgte landcasene. Derfor har vi i større grad måttet lene oss på andre dokumenter, slik som læreplaner, yrkesprofiler utarbeidet av myndigheter og andre offentlige dokumenter, for å hente informasjon om hva som kjennetegner oppgavefeltet og kompetansen til de ulike stillingstypene på nivået mellom fagarbeiderne og de ikke-faglærte i de fire landene.

2.2 Dokumentgjennomgang

I tillegg til litteraturgjennomgangen har vi samlet inn og analysert andre typer dokumenter som belyser problemstillingene. Disse dokumentene kan plasseres i følgende kategorier:

1. policydokumenter
2. lære- og kompetanseplaner
3. rapporter og informasjonsnettsider utarbeidet av myndighetene

Policydokumenter beskriver blant annet analyser av samfunnsutvikling og -utfordringer på overordnet nivå, og grep myndigheter igangsetter for å løse disse. Et eksempel er offentlige utredninger eller stortingsmeldinger. Dokumentene bidrar med en bredere kontekstuell forståelse av stillingstyper og oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren i sammenheng med andre utviklingstrekk.

Lære- og kompetanseplaner for fag- og yrkesutdanningene innen helse- og omsorgsfag i Norge og andre land har vært sentrale for å forstå og sammenligne hvilken fagkompetanse som hører til ulike stillinger i landene vi har undersøkt. Videre har vi sett på informasjonsnettsider, for eksempel rettet mot elever eller studenter, for å få innsikt i hva som kjennetegner de ulike stillings- eller yrkestitlene i landcasene.

Et sentralt verktøy for å sammenligne formelle kvalifikasjoner mellom land er det europeiske rammeverket for kvalifikasjoner – European Qualification Framework (EQF), som beskrevet i faktaboks på side 5. Som tidligere nevnt plasseres den norske fagutdanningen på nivå 4. De fleste fagutdanningene på videregående nivå i Europa plasseres på nivå 3 eller 4.

2.3 Kvalitative casestudier

For å få innsikt i hvorvidt det er behov for et nytt stillingsnivå og tilhørende kvalifiseringsløp har vi gjennomført casestudier i seks norske kommuner. Utgangspunktet for utvelgelse av casekommuner var at de enten hadde erfaringer med og sett resultater av (1) ny oppgavedeling mellom de ulike ansattgruppene, (2) tilrettelegging for kvalifisering eller kompetanseutvikling av ikke-faglærte eller (3) samarbeid med Nav eller andre instanser om arbeidsinkludering og rekruttering. Vi ønsket å intervju kommuner som hadde utviklet nye roller for assistenter og/eller ansatte uten fagbrev, og få innsikt i deres vurderinger om hvilke oppgaver ikke-faglærte har ansvar for og hvilken kompetanse de bør ha for å løse disse oppgavene. I tillegg ønsket vi perspektiver og vurderinger fra ansatte, tillitsvalgte og ledere i kommunen på hvordan en ny stillingskategori kan påvirke oppgaveløsningen i og rekrutteringen til tjenestene.

Tabell 2.2. gir en oversikt over kjennetegn ved casekommunene. Intervjuene har blitt gjennomført digitalt på Teams, og enten som gruppeintervjuer eller individuelle intervjuer. Gjennom den innledende kartleggingen fikk vi også nyss om et lokalsykehus i Nordland som har arbeidet fram nye stillinger for ikke-faglærte ved en sengepost, som også syntes relevante for de kommunale institusjonstjenestene. Vi har derfor også gjennomført intervjuer med ledere og ansatte her. I tillegg har vi intervjuet to informanter fra Göteborgsregionens prosjekt med nye stillingskategorier, herav en leder og en følge-forsker.

Avdeling	Kjennetegn ved kommune	Informanter	Antall informanter
Kommune 1 – Sykehjem	Østlandet, stor kommune	Avdelingsledere, etatsleder, tillitsvalgte, rådgivere, ikke-faglærte, faglærte, sykepleiere	18
Kommune 2 – Pleie- og omsorgstjenestene	Nord-Norge, liten kommune	Hovedtillitsvalgt Fagforbundet, kommunalsjef	2
Kommune 3 – Pleie- og omsorgstjenesten	Østlandet, mellomstor kommune	Enhetsledere sykehjem og hjemmetjeneste og opplæringsansvarlig	3
Kommune 4 – Sykehjem	Østlandet, mellomstor kommune	Avdelingsledere sykehjem, fagkoordinator og tillitsvalgte	6
Kommune 5 – Pleie- og omsorgstjenesten	Nord-Norge, liten kommune	Enhetsledere	3
Kommune 6 – Pleie- og omsorgstjenesten	Østlandet, stor kommune	Virksomhetsleder og Nav-representanter	3
Sykehus, medisinsk avdeling	Nord-Norge, liten kommune	Avdelings- og fagledere, tillitsvalgte, ikke-faglærte, faglærte og sykepleiere	7
Regionsamarbeid, Sverige	Göteborgregionen, Vest-Sverige	Prosjektansvarlig/rådgiver og følgeforsker	2
Totalt			44

2.4 Kunnskap og empiri fra tilgrensende forskningsprosjekter og utredningsarbeid

Dette forskningsprosjektet inngår i en større prosjektportefølje som omhandler tilgrensende tematikk og problemstillinger. Noen av disse prosjektene er sluttført, med offentlig tilgjengelige rapporter, mens andre prosjekter er pågående. Vi kan blant annet trekke fram den pågående følgeforskning av Tørn-programmet for KS og Kompetanseløft 2025 for Helsedirektoratet, kartleggingen av utviklingen av avanserte kliniske sykepleierroller i kommunen (Jordell & Yssen, 2025) samt flere prosjekter for KS om kompetanseutvikling og fag- og yrkesopplæring (se for eksempel SØA, 2023). Fafo har også gjennomført forskning, studier og utredningsarbeid knyttet til arbeidsinnvandring og integrering, som vi har lent oss på.

Gjennom disse prosjektene har vi samlet inn kvalitativ og kvantitativ data, og diskutert problemstillinger knyttet til arbeidsinkludering, oppgavedeling og kompetanse- og bemanningsbehov i helse- og omsorgssektoren med informanter, prosjektdeltakere og oppdragsgivere. Selv om vi ikke benytter oss direkte av empiri fra disse prosjektene,

danner kunnskapen vi samlet sett har opparbeidet oss et viktig bakteppe for våre tolkninger og anbefalinger i denne rapporten.

2.5 Registerdata og annen statistikk

Vi har benyttet registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) for å finne tall på og kjenne-tegn ved kompetansen som finnes i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i dag. Noen av analysene av registerdata ble gjennomført av Nielsen og Moland (2024) i forbindelse med en studie for Kompetanseløft 2025. Datasettet dekker perioden fra 2015 fram til 2022 og inneholder data om samtlige personer mellom 15 og 74 år (arbeidsfør alder). Alle individer er registrert med sin høyeste fullførte utdanning.

Vi benytter registerdata som dekker institusjonstjenester (KOSTRA funksjonsnummer 253) og hjelp i hjemmet (KOSTRA funksjonsnummer 254). Videre har vi sett på kjenne-tegn ved gruppen av ikke-faglærte som arbeider i pleie- og omsorgstjenestene. Her har vi brukt utdanningskoder, kalt NUS-koder.

2.6 Oppsummering

Ved å benytte intervjuer, litteratur, dokumenter og registerdata har vi et bredt datagrunnlag for å belyse prosjektets problemstillinger. Datagrunnlaget ville vært sterkere om det var flere kilder som beskriver faktisk oppgavedeling mellom de ulike stillingstypene i de europeiske landene vi har kartlagt, og om det hadde vært gjennomført intervjuer ved avdelinger for hjemmetjenester, i boliger eller avlastningsboliger for personer med funksjonsnedsettelse. Vi har gjennomført intervjuer sentralt i kommunene og ved sykehjemsavdelinger. Begrunnelsen for valg av case er at det er sykehjemsavdelinger som har vært i front på oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og nye assistentroller. Det betyr at vårt datamateriale i liten grad belyser om det er forskjeller på hvilke typer stillinger det er behov for mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester. Selv om dette ikke er belyst i vårt intervjumateriale, har det til en viss grad blitt tematisert i tidligere forskning. Dette framstår likevel som et tema som bør utforskes videre.

3 Ansvar, roller og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene

I dette kapitlet redegjør vi kort for hvilke tjenester kommunen har ansvar for å gi innen helse og omsorg. Vi sammenfatter statistikk og tidligere forskning som viser sammen-setningen av stillinger og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene. Kapitlet gir viktig bakgrunnsinformasjon om hva som kjennetegner ansattgruppen i pleie- og omsorgstjenestene i dag, med hovedvekt på ikke-faglærte. Som vi kommer tilbake til i senere kapitler varierer det mellom ulike typer ikke-faglærte, hvorvidt en ny stillingskategori med eller uten tilhørende kvalifikasjon er relevant.

3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven legger noen føringer for kompetansen som kreves

Helse- og omsorgstjenesteloven legger rammene for kommunens helse- og omsorgstjenester. Loven pålegger kommunene å gi sine innbyggere bestemte helse- og omsorgstjenester. Tekstboksen under viser et utdrag fra loven som beskriver hvilke tjenester kommuner plikter til å tilby.

Utdrag fra Helse- og omsorgstjenesteloven: Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

- 1) Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a) helsetjeneste i skoler og
 - b) helsestasjonstjeneste
- 2) Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- 3) Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a) legevakt,
 - b) heldøgns medisinske akuttberedskap,
 - c) medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d) psykososial beredskap og oppfølging
- 4) Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- 5) Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- 6) Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a) helsetjenester i hjemmet
 - b) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, og
 - c) plass i institusjon, herunder sykehjem
 - d) dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2)

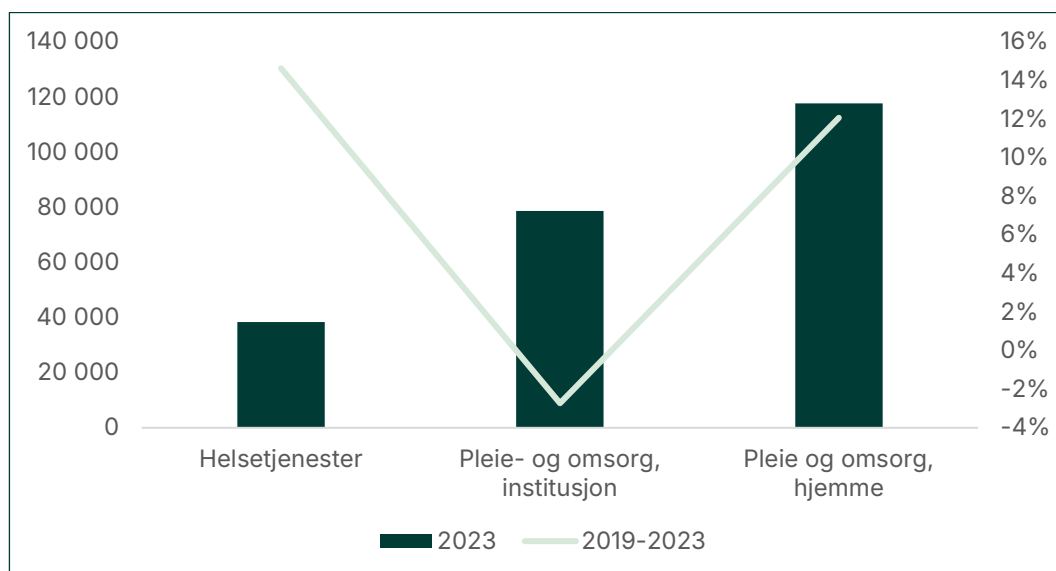
For å kunne oppfylle ansvaret om å tilby disse helse- og omsorgstjenestene for alle typer brukergrupper, er det definert i Helse- og omsorgstjenesteloven at hver enkelt kommune skal ha «lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Utover dette er det ingen krav til

bemanning for ulike typer helsefaglig personell innenfor tjenesteområdene. Kravet om forsvarlighet legger likevel rammen for sammensetningen av ansattgruppene på legevakt, sykehjem, hjemmetjenester og boliger. Kravet om forsvarlighet definerer at det skal være tilstrekkelig med fagkompetanse i tjenestene til å gi helhetlige, koordinerte og verdige tjenester til den enkelte pasient eller bruker.

3.2 Institusjon og hjemmebaserte tjenester sysselsetter flest

De største tjenesteområdene i kommunal helse- og omsorg, målt i sysselsatte, er institusjon og helsetjenester i hjemmet. De to samles ofte under fellesbetegnelsen pleie- og omsorgstjenester. Institusjonstjenestene omfatter først og fremst eldre som bor på sykehjem, men også personer med funksjonsnedsettelse som bor i bemannede boliger. I 2022 var nærmere 79 000 personer sysselsatt i institusjonstjenester og 117 000 i hjemmebaserte tjenester i 2022 (Nielsen & Moland, 2024).

Figur 3.1 Sysselsatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Antall i 2023. Prosentvis vekst i perioden mellom 2018 og 2023. Kilde: SSB/Nielsen og Moland 2024



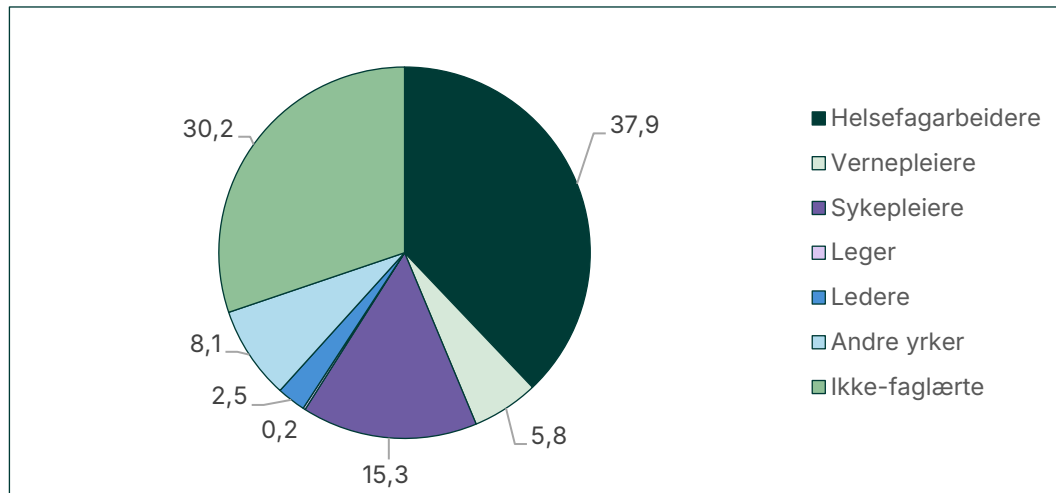
Det har vært en klar økning i sysselsatte i hjemmebaserte tjenester. De siste fem årene har antallet sysselsatte i pleie og omsorg i hjemmet økt med tolv prosent, mens den sank med tre prosent i institusjonstjenester. Denne utviklingen kan ses i sammenheng med nasjonale, politiske prioriteringer om at folk, herunder eldre, skal bo lenger hjemme (Meld. St. 24 (2022–2023), Meld. St. 15 (2017–2018)) og Samhandlingsreformen, som innebærer kortere liggetid for sykehus og behandling nærmere pasientens hjem.

Omfanget av brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester har økt med cirka åtte prosent siden 2019. Eldre er den største brukergruppen (67 år eller eldre), men det har vært en større økning blant yngre brukere de siste fem årene (0–66 år) (Statistisk sentralbyrå (uten dato).). Samtidig forventes en økende andel eldre per sysselsatte framover, noe som vil legge press på helse- og omsorgstjenestene (NOU2023:4).

3.3 Utdanningsnivå og kompetansesammensetning i pleie og omsorg

Pleie- og omsorgstjenesten sysselsatte totalt 190 000 personer i 2022. Figuren under viser fordelingen av de sysselsatte i ulike yrker (Nielsen & Moland, 2024).

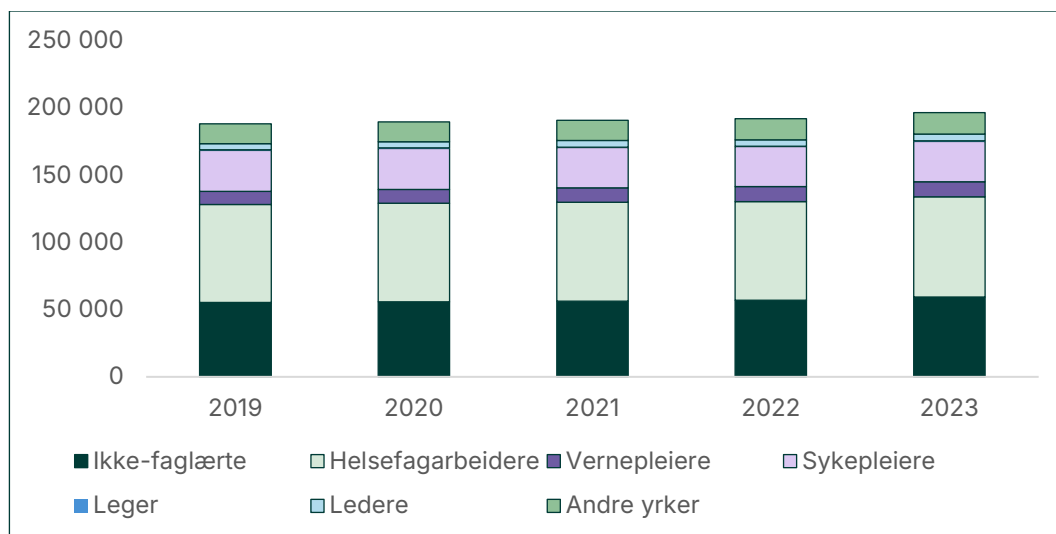
Figur 3.2 Sysselsatte fordelt på yrkesgrupper. Pleie og omsorgstjenester. 2022. Kilde: SSB/Nielsen og Moland, 2024. Prosent



Som figuren viser, er helsefagarbeidere den største yrkesgruppen i pleie- og omsorg. Merk at helsefagarbeidere omfatter lærlinger i helsearbeiderfaget samt yrkestitlene hjelpepleier og omsorgsarbeider. Det finnes andre fagarbeidere i helse- og omsorgssektoren, men dette er små yrkesgrupper. Det er eksempelvis i underkant av 544 aktivtørere sysselsatt i pleie- og omsorg. Portører er et annet yrke i helse- og omsorgssektoren som krever fagbrev, men disse er i hovedsak ansatt på sykehus. Videre framgår det av figuren at ikke-faglærte utgjør cirka 30 prosent av de ansatte. Det er en noe større andel av ikke-faglærte i hjemmetjenestene enn i institusjonstjenestene.

Andelen ansatte i yrkesgrupper, som del av total sysselsetting i pleie- og omsorgstjenester, har holdt seg stabil de siste fem årene, ref. figur 3.3 (Nielsen & Moland, 2024).

Figur 3.3 Sysselsatte fordelt på yrkesgrupper. Pleie og omsorgstjenester. 2019–2023. Kilde: SSB/Nielsen og Moland 2024

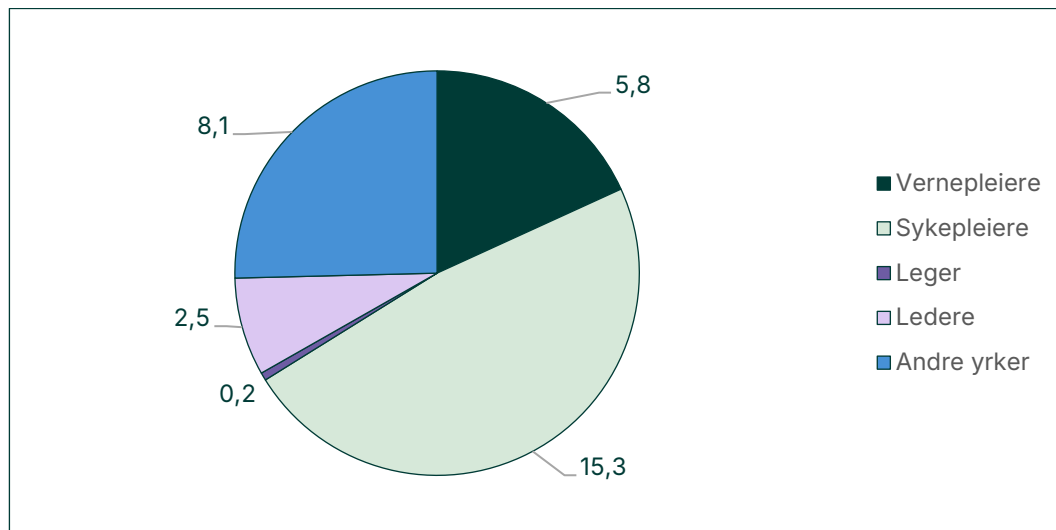


3.4 Kjennetegn ved ikke-faglærte i pleie- og omsorg

De ikke-faglærte i pleie og omsorg utgjorde snaue 60 000 ansatte i 2023, noe som er cirka 30 prosent av alle ansatte i disse tjenestene (Nielsen & Moland, 2024).

Figur 3.4 gir en oversikt over yrker uten krav til formell helse- og sosialfaglig utdanning, og hvor mange som er ansatt i disse. Som det framgår er det flest ikke-faglærte ansatte i yrker som pleieassistent, pleiemedhjelper eller tilsvarende.⁴

Figur 3.4. Ansatte i yrker uten krav til formell helse- og sosialfaglig utdanning fordelt på yrkesgrupper. 2023. Pleie- og omsorgssektoren. Kilde: SSB/Nielsen og Moland (ikke-publiserte tall). Prosent



Når det gjelder andre kjennetegn ved ansatte som jobber i yrker som ikke krever formell helse- og sosialfaglig utdanning, så består gruppen i hovedsak av yngre ansatte. 2022-tall viser at 47 prosent er under 30 år (Nielsen & Moland 2024).

Statistikk utarbeidet av Helsedirektoratet viser at 43 prosent av ikke-faglærte kun har ungdomsskole eller lavere utdanning mens ytterligere 39 prosent har videregående utdanning innen en annen retning enn helsefag. Per 2022 har et mindretall av ikke-faglærte (rundt 18 prosent) en høyere utdanning, men i et annet fagfelt enn helse- og sosialfag.

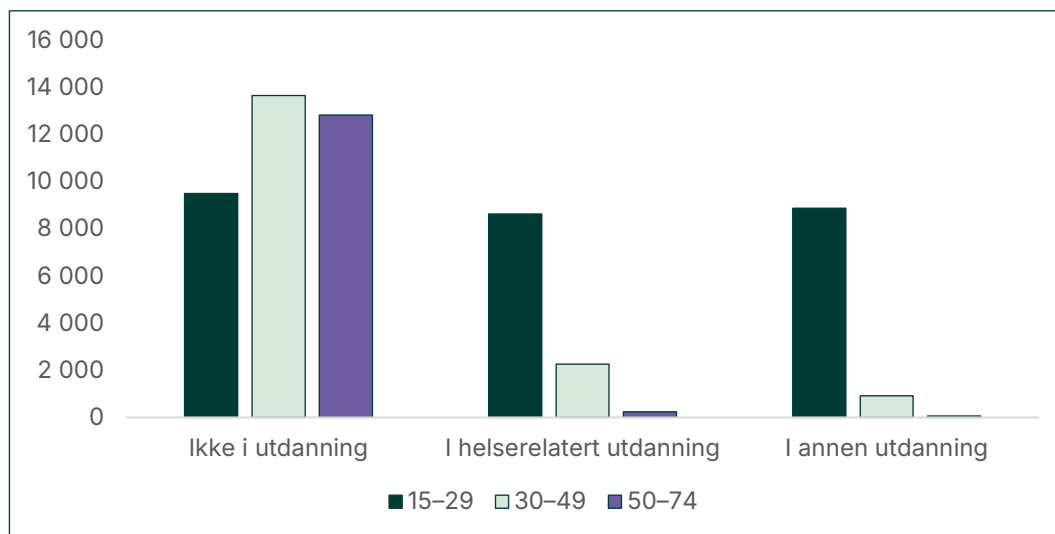
Mange av de yngre ikke-faglærte er imidlertid i utdanningsløp, parallelt med å være i jobb. Cirka 30 prosent av de yngre er i en helserelatert utdanning⁵, mens 33 prosent er i utdanning innen andre fagområder (Nielsen & Moland, 2024). Dette indikerer at mange av de ikke-faglærte også er studenter og som trolig er ansatt på deltid ved siden av studiene. Samtidig er det svært mange som *ikke* er i utdanning. I 2022 var det hele 63 prosent av de ansatte i yrker som ikke krever helsefaglige kvalifikasjoner, som ikke var i utdanning. I aldersgruppen 30 til 74 er andelen 70 prosent (Nielsen & Moland, 2024).

Figur 3.5 viser fordelingen av de ansatte i yrker uten krav til formell helse- og sosialfaglig utdanning, fordelt på alderssegmenter og om de er/ikke er i utdanning.

⁴ Grupperingen er skjønnsmessig, delvis basert på STYRK 08 og STYRK 98 2016-12.

⁵ Her definert som kategori 6 i NUS. Det innebærer at idrettsfag er inkludert, men det er en liten gruppe.

Figur 3.5. Ansatte i yrker uten krav til formell helse- og sosialfaglig utdanning fordelt på alderssegmenter og om de er/ikke er i utdanningsløp per oktober 2022. Pleie- og omsorgssektoren. Kilde: SSB.



Gruppen av ikke-faglærte i hele helse- og omsorgssektoren, inklusive sykehus, har en turnover på 40 prosent, som er omtrent dobbelt så høyt som for yrkesutøvere med helsefaglig utdanning (Nielsen & Moland, 2024). Et annet fellestrekk ved ansattgruppen er at de jobber deltid, og da også i lave stillingsprosent.⁶ Kun 13 prosent har en heltidsstilling, og 64 prosent har en avtalt stillingsprosent på under 60 prosent. Både turnover og omfanget av deltid henger trolig sammen med at mange av de ansatte er studenter.

Moland & Bråthen (2019) fant i en undersøkelse blant ansatte i åtte kommuner og et utvalg av Fagforbundets medlemmer at det er langt flere faglærte og ikke-faglærte som arbeider uønsket deltid enn de med høyskoleutdanning. Omtrent 30 prosent av de ikke-faglærte av deres respondenter oppga at de ønsket seg en større stilling (Moland & Bråthen, 2019, s. 46). Dette kan på den ene siden karakteriseres som en uutnyttet arbeidskraftreserve, men samtidig er det nok nettopp mangelen på formelle kvalifikasjoner som gjør at de ikke får større stilling. Det er samtidig også kjent at det er en betydelig andel av de ikke-faglærte som ønsker å arbeide deltid, fordi de, som tidligere nevnt, er i utdanning parallelt med å arbeide i sektoren.

I overkant av 20 prosent av de ikke-faglærte har innvandrerbakgrunn.⁷ Her er det store variasjoner mellom kommuner og landsdeler. Gruppen ikke-faglærte med innvandrerbakgrunn er også sammensatt. Noen har bodd i Norge store deler av livet og behersker språket godt, mens andre har svakere norskkunnskaper. Det finnes ikke tall eller statistikk på språknivå, men tidligere studier viser at språkforståelse er og har vært en utfordring i sektoren (se for eksempel Ødegård & Andersen, 2020). Det finnes ikke et nasjonalt språkkrav for å arbeide som ikke-faglært i helse- og omsorgssektoren, men noen kommuner har definert egne lokale språkkrav. Oslo kommune, for eksempel, stiller krav til minimum B1-nivå for å bli ansatt som ikke-faglært assistent eller vikar i helse- og

⁶ Tidligere forskning har samtidig vist at mange assistenter i kommunen i praksis jobber mer enn den avtalte stillingsprosenten, gjennom å ta ekstravakter på kort varsel for å dekke opp for andres fravær (Gautun, 2020).

⁷ SSBs mål på innvandrerbakgrunn er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre.

omsorgstjenestene. Andre utredninger har også dokumentert at språk er en barriere for å gå opp til fagprøven som praksiskandidat (se for eksempel SØA, 2024).

3.5 Oppsummering

Kommunen har et lovpålagt krav om å gi helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Kommunene står relativt fritt til å bestemme kompetansesammensetning i bemanningen, men kravet om forsvarlighet setter rammene for hvilken kompetanse som behøves i hjemmetjenester, boliger og sykehjem. I dette kapitlet har vi sett at helsefagarbeidere, syke- og vernepleiere er de mest sentrale faglige yrkesgruppene i sektoren.

Vi har videre sett at ikke-faglærte utgjør en betydelig andel av de sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren. Ansattgruppen ikke-faglærte er en sammensatt gruppe med tanke på både utdanningsnivå, utdanningsaktivitet, landbakgrunn og alder. Mange er studenter, men det er også mange som har arbeidet som assistent på deltid i en lengre periode. Som vi kommer tilbake til er relevansen av en ny stilling og kompetanseløp ulik for ulike typer ikke-faglærte.

Som følge av at helsefagarbeideren er den fagarbeideren som dominerer sektoren, er det naturlig å tenke seg at en ny stillingskategori først og fremst skal bidra til å avlaste denne yrkesgruppen. Som vi kommer tilbake til i senere kapitler er det imidlertid også oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene som kan være relevante i en ny stillingskategori som også kan tilhøre yrkesgruppene aktivtørere, portører og ernæringskokker.

4 Eksisterende kvalifiseringsnivåer og opplæringsløp

Prosjektet utforsker hvorvidt det bør etableres en stillingskategori i pleie- og omsorgstjenestene under (helse)fagarbeideren, eventuelt med et tilhørende kvalifiseringsløp. For å drøfte dette, er det viktig å vite hva som skal til for å bli helsefagarbeider og hva slags kompetanse en helsefagarbeider skal ha etter fullført utdanning. Vi ser også nærmere på hva som finnes av kvalifiseringsløp og kompetansetilbud for nivået under helsefagarbeideren og for ikke-faglærte i dag.

4.1 Helsearbeiderfaget

Helsearbeiderfaget er et lærefag innenfor utdanningsprogrammet helse- og oppvekstfag i videregående opplæring. Fagbrevet gir autorisasjon som helsefagarbeider fra Helse- og omsorgsdepartementet.⁸

En helsefagarbeider skal ha kompetanse i «grunnleggende sykepleie og miljøarbeid». I helsefagarbeiderens kjernekompetanse ligger det å gi helsehjelp og bidra til et aktivt og sunt liv for pasienter eller brukere. Læreplanmålene for helsefagarbeiderfaget stiller krav om kompetanse til å observere behov for, planlegge, gjennomføre og dokumentere grunnleggende sykepleie og helsehjelp. I tillegg kommer læreplanmål om dialog, veiledning og samhandling med pasienter og brukere, om etikk og regelverk samt hensiktsmessig bruk av hjelpemidler og velferdsteknologi (Utdanningsdirektoratet, 2021a). Fagbrevet har også kompetansemål innen ernæring.

De siste fem årene har det vært en utvikling i opplæringsløpet innenfor fag- og yrkesopplæringen, og det er innført en rekke tiltak for å stimulere til at flere oppnår fagbrev – også innen helsefag. Det finnes i dag flere måter å oppnå fagbrevet på, men sluttkompetansen er den samme uavhengig av opplæringsløpet. Et sentralt skille i de ulike opplæringsløpene er hvorvidt kandidaten er ungdom eller voksen. For ungdom er det vanligste opplæringsløpet at eleven går to år på skole og deretter to år i lære i en lærebedrift.⁹ Det er imidlertid mulig å ha større del av opplæringen i enten lærebedriften eller i skolen¹⁰. For voksne kan det være vanskelig å ha mye skoleundervisning, som følge av andre forpliktelser, det være seg arbeid eller forsørgeransvar for barn og familie. Det er særlig innenfor voksnes læring at det har vært gjort endringer i opplæringsløpet, som skal gjøre det enklere for personer i arbeid eller med andre forpliktelser å ta fagbrevet.

⁸ I 2006 ble to fagutdanninger slått sammen til helsefagarbeiderutdanningen: Hjelpepleier og omsorgsarbeider. Hjelpepleierutdanningen ble opprettet på 1960-tallet. Opplæringen foregikk ved sykehus og egne skoler, og målet med utdanningen var å avlaste sykepleierne.

Omsorgsarbeideren ble etablert som en del av videregående opplæringsreformen i 1994 (reform 94), og skulle utdanne fagarbeidere til å utøve pleie i tjenester som hjemmetjenesten, boliger for psykisk utviklingshemmede eller sykehjem.

Ingen av utdanningene eksisterer i dag, men ansatte som har tatt disse utdanningene kan fortsatt være ansatt i stillingskategoriene.

⁹ For å gi opplæring til fagbrev må virksomheten være en godkjent lærebedrift.

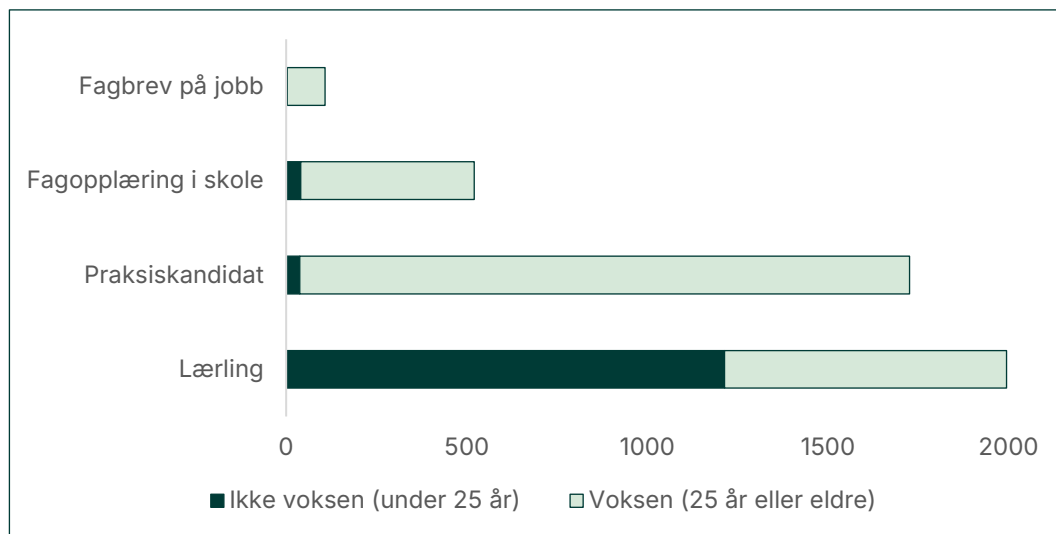
¹⁰ Dersom kandidaten ikke får læreplass, må fylkeskommunen tilby undervisning i skole.

To særlig relevante grep er «fagbrev på jobb», og modulstrukturert videregående opplæring for voksne.

En eldre ordning er muligheten til å ta fagbrev som privatist (praksiskandidatordningen). For å benytte seg av denne ordningen må man ha minst fem års relevant arbeidserfaring, og man må bestå en skriftlig, sentralt gitt privatisteksamen før man kan melde seg opp til fagprøven. Praksiskandidat er ikke en opplæringsordning, men en dokumentasjonsordning. I henhold til statistikk er dette den mest vanlige måten å oppnå fagbrev på blant voksne. Figur 4.1 viser antall fagbrev per kandidattype i 2022–2023 i helsearbeiderfaget.

Praksiskandidat er en mye brukt ordning for å oppnå fagbrev som helsefagarbeider blant voksne. Samtidig har evalueringer pekt på en rekke utfordringer ved ordningen innenfor den kommunale helse- og oppvekstsektoren (Høst et al., 2014; Proba Samfunnsanalyse 2015). Disse beskriver at det er vanskelig for mange ikke-faglærte å oppnå fagbrev gjennom ordningen fordi de i all hovedsak er ansatt i små og/eller midlertidige stillinger. Fordi de arbeider deltid, bruker de lang tid på å samle opp nok arbeidstimer for å kunne gå opp til fagprøven.

Figur 4.1. Antall oppnådde fagbrev i helsearbeiderfaget i perioden 2022–2023, fordelt på type lærekontrakt.
Kilde: Utdanningsdirektoratet, uten dato.



Fagbrev på jobb og modulstrukturert opplæring

Fagbrev på jobb er en opplæringsordning rettet mot voksne som allerede er ansatt i en virksomhet, og er et løp der all opplæring foregår på arbeidsplassen. Denne ordningen ble etablert i 2019, og er fortsatt relativt ny. Som det framgår av figur 4.1 er det den minst vanlige måten å oppnå fagbrev på som voksen, som trolig forklares av at den er ny og at det er valgfritt for fylkeskommunen å tilby denne type lærekontrakt. For å benytte ordningen må man ha fullført norsk grunnskole, ha en arbeidskontrakt og ha minst ett års praksis i lærefaget (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, uten dato a). Dette er med andre ord en ordning som retter seg mot ansatte med en del praksiserfaring, men ikke nok til å ta fagbrevet som praksiskandidat.

Modulstrukturert opplæring innebærer at læreplanen er inndelt i moduler, som kan tas uavhengig av hverandre. Formålet med modulstruktureringen er å gjøre opplæringen mer fleksibel og mer effektiv. Varigheten av opplæringsløpet avhenger av den enkeltes realkompetanse. I prinsippet skal ingen måtte gjennomføre mer opplæring enn det som er nødvendig for å oppnå fagbrevet (Dahle et al., 2024: Utdanningsdirektoratet 2025).

Modulene i helsearbeiderfaget er:

1. Profesjonalitet i helsearbeiderfaget
2. Livskvalitet og helsekompetanse
3. Grunnleggende sykepleie
4. Rehabilitering, habilitering og hverdagsmestring

Modulstrukturert læreplan for helsearbeiderfaget ble innført høstsemesteret 2024, og det er foreløpig få erfaringer å hente fra ordningen.¹¹ Intensjonen i ordningen er at mesteparten av opplæringen skal foregå ute i virksomheten (Utdanningsdirektoratet, 2025). Voksne som får opplæring i modulstrukturerte læreplaner, skal få utstedt et kompetansebevis når de har fullført en eller flere moduler eller deler av moduler (Utdanningsdirektoratet, 2025).

Ungdom, som følger det mest vanlige opplæringsløpet med kombinert skoleundervisning og lære i bedrift, får også undervisning i såkalte fellesfag (norsk og samfunnskunnskap). For en voksen stiller det seg litt annerledes, og avhenger av opplæringsløp. I fagbrev på jobb-ordningen er det fritak fra fellesfag, og det samme gjelder dersom den voksne tar fagbrevet som praksiskandidat. I «ordinær» modulstrukturert opplæring er det kun fritak dersom realkompetansevurdering tilsier det. Hvis ikke gjelder også en modulstrukturert læreplan for norsk og samfunnskunnskap, som må tas i tillegg til de fire modulene omtalt over (Utdanningsdirektoratet, 2025). Det er laget en egen modulstrukturert læreplan i norsk og samfunnskunnskap for språklige minoriteter.

Særskilte opplæringsløp for helsefag

Innen helsearbeiderfaget har det også blitt etablert særskilte opplæringsløp for å øke rekrutteringen til yrket: menn i helse og Prepp i helse.

Menn i helse

Menn i helse er et komprimert utdanningsløp som leder til helsefagarbeider. Målgruppen er menn (og i noen fylker også kvinner) som er registrert ledige hos Nav (Menn i Helse, uten dato). Målet er at deltakerne, som får tittelen helserekрут, oppnår fagbrev på to år, i motsetning til ordinært treårig/fireårig løp (ibid.). Helserekрутtene veksler mellom å motta ytelser fra Nav og lønn fra kommunen. Menn i helse er et samarbeid mellom kommune, Nav, fylkeskommunene, KS og Helsedirektoratet. Siden oppstarten i 2011 og fram til utgangen av 2023 har omtrent 1400 menn tatt fagbrev gjennom ordningen. Det tilsier et gjennomsnitt på omtrent 110 personer årlig. Videre har over 90 prosent fått en relevant jobb etter endt utdanning. Dette indikerer at Menn i helse bidrar til å rekruttere

¹¹ Helsearbeiderfaget inngikk i en forsøksordning om modulstrukturert opplæring, men læreplanen som gjelder fra og med høsten 2024 er forskjellig fra forsøkslæreplanen.

og kvalifisere menn som står utenfor arbeidslivet til arbeid som helsefagarbeider i sektoren (Prop. 1 S (2024–2025), s. 229–230).

Prepp i helse

Det pågår også forsøk med en utvidet Menn i helse i Troms og Finnmark, der man har lagt til et ekstra år i starten av programmet. Dette er kalt Prepp til helse.¹² Prepp-året har som formål å forberede innvandrere med svake norskferdigheter til å starte på det ordinære Menn i helse og til slutt ta fagbrev som helsefagarbeider. I løpet av Prepp-året får deltakerne undervisning i norsk, «yrkesnorsk», i fellesfag og i faget yrkesfaglig fordypning (Vg1). I tillegg har de praksis i kommunen. Fra oppstart i Prepp i helse og videre gjennom det komprimerte utdanningsløpet i Menn i helse vil det ta omtrent 3,5 år før deltakerne får fagbrev.

UiT hadde i oppdrag å følgeforske programmet fram til sommeren 2023. Det finnes ikke noe publisert forskning ennå, men i en sak på UiTs nettsider fra 2023 forteller forskergruppen om de svært positive foreløpige funnene. De beskriver at deltakerne finner programmet svært motiverende og relevant. Prosjektleder beskriver at:

Deltakerne motiveres av muligheten til både å få kvalifisering som helsefagarbeider og av utsiktene til fast jobb når de er ferdige med utdanninga. Videre motiveres de av kombinasjonen mellom opplæring og praksis, og det at de kjapt får teste ut det de lærer når de er i praksis. [...] De får også en utdanning med inntekt og slipper å ta opp studielån, og det virker motiverende at det er et fast, tilrettelagt løp de skal gjennomføre. (UiT, 2024)

Prepp i Helse er også omtalt i en masteroppgave fra Universitetet i Bergen om muligheter og innganger til omsorgsarbeid blant menn med innvandrerbakgrunn, der deltakere i programmet var blant informantene (Haugland, 2023). Disse informantene beskriver også at Prepp i Helse er en viktig inngang til arbeidslivet, og gir mulighet til å få en bedre betalt og fast jobb i omsorgssektoren.

Helsearbeiderfag fra utlandet

Det er mulig å jobbe som helsefagarbeider med utdannelse fra utlandet. Den enkelte må da søke om autorisasjon fra Helsedirektoratet. Dersom personen har utdannelse fra EU- eller EØS-land, må dokumentasjon knyttet til utdannelsen framlegges. Personer med utdannelse fra land utenfor EU eller EØS må dokumentere tilleggskrav for å bli autorisert. Ett av disse tilleggskravene er språkkrav. Den enkelte må bestå en godkjent norsk språkprøve på B2-nivå på Europarådets nivåskala for språk¹³ eller dokumentere tilsvarende språkkunnskaper i norsk, svensk eller dansk (Helsedirektoratet, uten dato). Den enkelte må også gjennomføre og bestå kurs i nasjonale fag. I henhold til Seip (2024) var det i august 2024 rundt 1100 utenlandske sykepleiere eller helsefagarbeidere som

¹² KS har prosjektansvaret for pilotprosjektet, og prosjektet gjennomføres i tett samarbeid med Nav Troms og Finnmark, Troms fylkeskommune, Finnmark fylkeskommune, og kommunene Sør-Varanger, Alta, Harstad og Tromsø.

¹³ Rammeverk for å vurdere språknivåer.

ventet på å få autorisasjon fra Helsedirektoratet, hvorav 700 fra land utenfor EU/EØS. Autorisasjonsprosessen kan ta opptil ett år, for søkere utenfor EU/EØS (ibid.)

4.2 Andre fagbrev i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Aktivitør, portør og ernæringskokk er tre andre fag- og yrkesutdanninger som leder til fagbrev og yrker i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Som omtalt i forrige kapittel er dette imidlertid små yrkesgrupper.

Aktivitører jobber med å motivere og tilrettelegge for aktiviteter blant gruppene de jobber med. Portører transporterer pasienter, medisiner og utstyr på sykehus, sykehjem eller andre institusjoner. Aktivitør-, portør- og helsearbeiderfag ligger under programområdet helse- og oppvekstfag på Vg1. På Vg2 er det eget programområde for aktivitør- og helsearbeiderfag. Etter Vg2 er det opplæring i bedrift over to år som lærling. Portørfaget har ikke eget programområde på Vg2. En som ønsker læreplass i portørfaget kan enten ta Vg2 helsearbeiderfag, Vg2 helseservicefag eller Vg2 ambulansefag. I den mest vanlige opplæringsordningen for ungdom (to år på skole og to år som lærling) er første året likt for alle de tre utdanningene. Læretiden er ulik for alle tre, da de skal spesialisere seg innenfor sine fagfelt (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, uten dato b). Det finnes ikke modulstrukturert læreplan for de to utdanningene, men de kan tas som praksiskandidat eller gjennom fagbrev på jobbordningen. Myndighetene har vedtatt at modulstrukturering skal være hovedmodellen for opplæring for voksne, men for at modulstrukturerte læreplaner skal utvikles i et nytt fag, må bransjen være enige om det (Utdanningsdirektoratet, 2025).

Ernæringskokk er en fagarbeider man finner på institusjoner med egne kjøkken.¹⁴ Ernæringskokker lager mat ved storkjøkken og institusjoner, basert på kunnskap om ernæring, kosthold og helse. Ernæringskokken har kunnskap om å tilpasse mat og retter etter ulike behov, allergier, intoleranse, livsstilssykdommer og kost i ulike livsfaser (Utdanningsdirektoratet 2021b). Fagbrevet tilhører programområdet restaurant og matfag, og har et helt annet utdanningsforløp enn de tre beskrevet over. Utdanningsforløpet i det ordinære lærlingsløpet er likt kokke- og servitørfag, men så bidrar læretiden til spesialiseringen innenfor ernæringskokkfaget. Ernæringskokkfaget har også blitt modulstrukturert fra 2024 (Utdanningsdirektoratet, 2025).

4.3 Praksisbrevkandidat og lære kandidat

Per i dag finnes det to ulike opplæringsløp som gir et formelt bevis på kompetanse på nivå mellom fagbrev og grunnskole: praksisbrevkandidat og lære kandidat.

Lære kandidatordningen er rettet mot elever som «ikke har forutsetninger for å nå kravene» i en ordinær læreplan, og brukes i hovedsak for ungdommer med behov for spesialundervisning (Markussen et al., 2018). Det er et opplæringsløp som er spesielt tilpasset den enkelte kandidat, og der kandidaten bare får opplæring i utvalgte deler av læreplanen til fagbrevet. Kandidaten går opp til en kompetanseprøve og får derigjennom dokumentasjon på gjennomført opplæring (Utdanningsdirektoratet, 2021c). En

¹⁴ Fagbrevet ernæringskokk erstatter det tidligere institusjonskokkfaget fra og med 2020.

evaluering gjennomført av ordningen viser at de fleste som har vært lærekandidater i evalueringsperioden (2010–2017) har valgt en opplæring som har vært riktig ut fra deres forutsetninger (Markussen et al., 2018).

Praksisbrevkandidatordningen er et toårig opplæringsløp, og gir en kompetanse som tilsvarer nivå 3 i det nasjonale og europeiske kvalifikasjonsrammeverket. I dette opplæringsløpet skjer mye av opplæringen ute i lærebedriften, og det er reduserte krav til fellesfag. Kandidaten følger en lokalt utviklet læreplan for faget, som fylkeskommunen har ansvar for å utvikle i samarbeid med partene i arbeidslivet. Det er også disse aktørene som har ansvar for å identifisere i hvilke lærefag praksisbrevet vil være nyttig og relevant for arbeidslivet i regionen (Tårnesvik & Schmid, 2022).

Dokumentasjonen på oppnådd kompetanse er et praksisbrev. Det er mulig å fortsette fram til fullt fagbrev senere. Ordningen med praksisbrev ble etablert som et tiltak for å redusere frafall på yrkesfag i 2016. Studier viser at flere enn forventet fullfører det toårige løpet, samtidig som mange av praksisbrevkandidatene søker og får tilbud om ordinær lærlingplass i etterkant (Høst, 2016; Tårnesvik & Schmid, 2022). Selv om intensjonen var at ordningen også skulle fungere som et bevis på en yrkeskompetanse, viser følgeforskning at den først og fremst er forstått og brukt som et første steg til fagbrev.

Selv om praksisbrev har vært et tiltak rettet mot ungdommer, er det også rom for å inkludere voksne i ordningen:

Praksisbrevordningen kan også være aktuell for voksne, eksempelvis kan det være et godt tilbud til innvandrere eller voksne med lav utdanning som i første omgang ikke er i stand til å gjennomføre et fullstendig opplæringsløp (Utdanningsdirektoratet rundskriv 2: 2017).

Både praksisbrev og lærekandidat er imidlertid lite brukte ordninger innenfor helse- og omsorgsfagene for ungdom og voksne. I 2023 var det 65 løpende opplæringskontrakter i helsearbeiderfaget i kommunal sektor (Utdanningsdirektoratet, uten dato). Det utgjør cirka en prosent av alle typer løpende kontrakter i helsearbeiderfaget i kommunal sektor. Per januar 2025 finner vi ingen fylkeskommuner som tilbyr praksisbrev i helsefagarbeiderfaget.

Det er trolig flere grunner til at praksisbrevet er en lite populær ordning. For det første oppfattes ordningen som komplisert og kostbart å organisere i fylkeskommunen, og spesielt hvis målet fortsatt er at elevene skal gå fire år og fullføre fagprøven. For det andre oppfattes målgruppen som overlappende for andre ordninger, som for eksempel lærekandidatordningen. Til sist har partene i arbeidslivet vist liten interesse for å etablere praksisbrev i fag- og yrkesopplæringen (Høst, 2016; Tårnesvik & Schmid, 2022). Tårnesvik & Schmid (2022, s. 3) trekker fram at LO har uttrykt skepsis til ordningen, og en frykt for at et «fagbrev light» skal bidra til en svekkelse av fag- og yrkesopplæringen. Samtidig indikerer resultatene i de to tidligere nevnte studiene av praksisbrevet at det ikke har bidratt til å svekke fagopplæringssystemet, ettersom de viser at et flertall fortsetter opplæringen og fullfører med fagbrev (Høst, 2016; Schmid & Breilid, 2022). Det er

samtidig viktig å presisere at disse forklaringene gjelder for praksisbrevet på generell basis, og at disse studiene ikke har sett spesielt på helse- og omsorgsfagene.

Med etableringen av modulstrukturert opplæring synes også relevans av å benytte ordningen innen helse- og omsorgsfag for voksne kandidater å bli enda mindre.

Lærekandidat: Individuelt tilpasset læreplan.

Praksisbrevkandidat: En lokalt utviklet læreplan, med reduserte krav til fellesfag. Praksisbrev utdeles som kompetansebevis.

Helsefagarbeider – modulstrukturert: En nasjonalt utviklet læreplan, med kompetansebevis per modul.

4.4 Ikke-formelle kompetansetilbud for ikke-faglærte

Det totale tilbudet av ikke-formell opplæring innen helse- og sosialfag i Norge er sammensatt, og det finnes mange aktører på markedet. Blant annet stiftelser, private aktører og fagforbund tilbyr kompetansehevende kurs. Det finnes kurs rettet mot alle typer helsepersonell, både spesifikke og generelle, og flere av kursene retter seg også mot ikke-faglærte som arbeider i helse- og omsorgstjenestene.

ABC-kurs og «Dette må jeg kunne»-kurs

Nasjonalt senter for aldring og helse har en særlig viktig rolle som leverandør av kurs og kompetansehevende tiltak til helsepersonell. Gjennom Kompetanseløft 2025 har de fått tilskudd og ansvar for å utvikle en kursportefølje rettet mot personell i helse- og omsorgstjenestene. Senteret tilbyr både kortere kurs, Dette må jeg kunne, herunder introduksjonskurs og observasjonskompetanse, og større opplæringspakker kalt ABC-kurs innenfor temaene demens, eldreomsorg, utviklingshemming og musikkbasert miljøbehandling.

Formålet med ABC-kursene er å gi faglig påfyll til personer som allerede er ansatt i helse- og omsorgstjenestene. ABC-kursene har lang varighet, og det tilbys både grunnopplæring (cirka et år) og påbygning (cirka et år). Kurset består av både gruppesamlinger, fagseminarer og eget individuelt arbeid. Ifølge Aldring og Helses informasjonsbrosjyrer er kurset rettet mot både faglærte og ikke-faglærte, og de oppfordrer den enkelte kommune som melder opp kursdeltakere til å sette sammen grupper med en miks av ansattgruppene (Nasjonalt senter for aldring og helse, 2021, s. 10).

Dette må jeg kunne-kursene er en samling av e-læringskurs som varer fra sju timer til 1,5 timer. Det er tre kurs med tre ulike temaer:

- introduksjon til helse- og omsorgsarbeid (sju timer)
- gode tjenester til personer med utviklingshemming (sju timer)
- observasjonskompetanse (1,5 timer)

Målgruppen for kursene er, ifølge Aldring og Helses nettsider, nyansatte og ansatte uten relevant helsefaglig utdanning i helse- og omsorgstjenestene som trenger faglig oppdatering. Etter fullført kurs må deltakerne ta en kunnskapsprøve for å få utstedt et kursbevis (Nasjonalt senter for aldring og helse, uten dato).

Helselappen på Innlandet

Det finnes også en rekke regionale ikke-formelle kompetanseutviklingstiltak. Dette kan være i form av egenutviklede kurs i kommuner eller regioner, samarbeid om kurspakker mellom kommuner og private kompetansebedrifter eller andre typer av ikke-formelle kompetansetilbud.

Et eksempel er Helselappen som har blitt utviklet av Karriere Innlandet i samarbeid med blant annet Nav. Helselappen er dokumentasjon på gjennomført opplæring (av seks ukers varighet). Kurset gir opplæring i temaer som den kommunale helse- og omsorgstjenesten i regionen har pekt på som relevante for personer som skal begynne å jobbe i tjenesten. Eksempler på temaer kurset dekker er taushetsplikt, hygiene og kommunikasjon. Formålet med Helselappen er å gjøre den enkelte kandidat bedre rustet til å tilegne seg opplæringen som blir gitt ute i helsesektoren og skape kandidater som er mer forberedt på hva som møter dem i arbeidslivet. Helselappen tilbys til arbeidssøkende som er i kontakt med Nav, voksne som starter utdanningsløp innenfor helsearbeiderfaget uten tidligere arbeidserfaring fra sektoren og voksne som ønsker en jobb eller fagutdanning i helsesektoren. Opplæringen gis av Karriere Innlandet Kongsvinger, med kvalifiserte faglærere.

Erfaring fra tidligere prosjektarbeid indikerer at flere fylkeskommuner og Nav regionalt samarbeider om å utvikle arbeidsformer med formål om å inkludere personer som står utenfor arbeidslivet, og bidra til at de som er i stand til det kan oppnå fagbrev (SØA, 2023).

Andre kurstilbud

I alt er omtrent 200 virksomheter registrert i næringene arbeidsmarkedssentre, studieforbund og voksenopplæringssentre. Ikke alle disse tilbyr kurs innen helse- og omsorgsfeltet, men noen gjør det. Vi har ikke gjennomgått kurstilbudet til alle de 200 virksomhetene, men av de største tilbyderne (målt i omsetning), finnes blant annet Akademiet. De tilbyr et yrkesrettet kurs kalt Pleieassistent helse (Akademiet, uten dato). Det er et kurs med 40 timers varighet. Målgruppen er personer som ønsker å jobbe i et yrke innen helse- og omsorgssektoren, og som trenger introduksjon til temaer og situasjoner man møter i arbeidet. Skagen kompetanse er en annen tilbyder av tilsvarende kurs (Skagen Kompetanse, uten dato). Norsk Helseinformatikk tilbyr også flere kortvarige kurs rettet mot pleieassistenter (fra en til sju timer per kurs), herunder dokumentasjon, observasjonskompetanse og hverdagsmestring (Norsk Helseinformatikk, uten dato).

Kort oppsummert er det et stort omfang av ikke-formelle kompetansetilbud som retter seg mot ikke-faglærte som er i arbeid eller søker arbeid i pleie- og omsorgssektoren. Vi har ikke tall eller statistikk på hvor stor andel av de ikke-faglærte som har deltatt på slike typer kurs og opplæringstilbud. Aspøy et al. sin undersøkelse om tilrettelegging for læring i kommunen indikerer at ledere prioriterer tilrettelegging for formell opplæring

heller enn kurs for ikke-faglærte (Aspøy et al., 2013). Caseundersøkelsen deres indikerer samtidig at de ikke-faglærte i mindre grad deltar på kurs sammenlignet med faglærte og høyskoleutdannende.

4.5 Oppsummering

Formålet med kapitlet har vært å gi en oversikt over de formelle og ikke-formelle opplæringsløpene eller kompetansetilbudene med relevans for arbeid innen pleie- og omsorgstjenestene i dag. Denne oversikten gir et viktig bakteppe for diskusjonen av hva som kan være mulige opplæringsløp for en ny stillingstype, som vi kommer tilbake til i kapittel 6 og 7.

Som vist i kapitlet, finnes det flere typer opplæringsløp som kan lede til enten hele eller deler av helsearbeiderfaget (eller andre fagbrev), og et omfattende tilbud av ikke-formelle læringstilbud. Det finnes allerede et formelt utdanningstilbud som gir en kvalifikasjon på nivået under helsefagarbeideren (nivå 3 i kvalifikasjonsrammeverket), nemlig praksisbrev-ordningen. Som vi har sett er denne lite brukt, og ordningens målgruppe har først og fremst vært ungdom som ikke er motivert for et ordinært løp.

Som følge av omleggingen av helsearbeiderfaget for voksne fra høsten 2024, har det oppstått nye muligheter for kandidater å oppnå delkompetanser innen helsearbeiderfaget. Kandidaten kan få kompetansebevis per gjennomførte modul, som dokumentasjon på kvalifikasjonen (Utdanningsdirektoratet, 2025). Som følge av at de modulstrukturerte læreplanene kun har eksistert siden høsten 2024, har vi ikke per i dag oversikt over hvordan og hvorvidt fleksibiliteten i systemet utnyttes, og om det er personer som kun tar deler av fagbrevet.

I de neste kapitlene skal vi først se på hvilke typer opplæringsløp som finnes i en rekke naboland, før vi vender blikket mot kommunen og drøfter hvilke typer oppgaver som kan høre til en slik stilling.

5 Stillingskategorier og tilhørende helse- og sosialfagkompetanse i andre land

I dette kapitlet gjennomgår vi stillingskategorier og kvalifiseringsløp på nivåer under den norske helsefagarbeideren i pleie- og omsorgstjenestene i utvalgte vesteuropeiske land. Formålet er å bidra til en diskusjon om hvordan en stillingskategori og tilhørende kompetanseløp utformes i Norge. Vi har sett på erfaringer fra Danmark, Sverige, Storbritannia og Nederland.

Disse landene har til felles at de enten har etablert formelle kvalifiseringsløp under nivå 4 eller tilbyr ikke-formelle kvalifikasjonskurs. Samtidig skiller de seg fra hverandre når det gjelder hvorvidt kvalifiseringsløpene er formelle og hvilke stillinger løpene kvalifiserer til. For å finne stillingene og fagkompetanse som ligger på nivået mellom ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning og fagarbeidere, tok vi utgangspunkt i EQF-rammeverket (omtalt i kapittel 2.) og undersøkte utdanningene eller kvalifiseringsløpene på nivå 3 og 2.

Danmark og Nederland har lenge hatt helse- og sosialfaglige utdanninger under nivå 4. Sverige har nylig etablert et kortere opplæringsløp innen voksenopplæringen, og enkelte svenske regioner og kommuner har utviklet nye stillingskategorier eller -beskrivelser i tilknytning til opplæringsløpet. Storbritannia har ikke en fag- eller yrkesutdanning som tilsvarer EQF-nivå 2 eller 3, men innførte på 2010-tallet et nasjonalt sertifiseringskurs for personer uten relevant utdanning som ansettes i helse- og omsorgstjenesten. De ulike landcasene representerer dermed forskjellige modeller og løsninger.

De fire landene representerer også ulike systemer for fag- og yrkesopplæring. Busemeyer (2014) skiller mellom fire hovedtyper av slike systemer: det liberale systemet i anglo-amerikanske land, som Storbritannia; det kollektive kontinentale systemet, preget av arbeidsgiver- eller partsstyrt læringsordning, som i Danmark; og det statsstyrte systemet, kjennetegnet av brede og generelle yrkesutdanninger, som i Sverige. Nederland har en kombinasjon av skolebaserte yrkesutdanninger og lærlingordninger.

I det følgende presenterer vi hver landcase. Tilgangen på data varierer mellom landene, og derfor vil noen casebeskrivelser være mer omfattende enn andre. Vi har funnet lite litteratur som dokumenterer den faktiske arbeidsdelingen og arbeidsoppgavene for ansatte i disse stillingene. Dette gjør at deler av beskrivelsene i større grad gjenspeiler et idealbilde – altså hvordan kompetansen er ment å brukes i stillingene.

Mot slutten av kapitlet oppsummerer vi funnene i en diskusjon, supplert med en skjematisk oversikt over stillingstitler, sentrale oppgaver og tilhørende kvalifiseringsløp eller kompetansetilbud.

5.1 SOSU-hjælper i Danmark (sosial- og sunnhetshjælper)

I Danmark er det etablert to fagarbeiderstillinger innenfor helse- og omsorgstjenestene: social- og sundhedsassistent (SOSU-assistent) og social- og sundhetshjælper (SOSU-

hjelper). Begge stillingene krever en yrkesutdanning, men på ulike kvalifikasjonsnivåer. SOSU-assistentutdanningen er på nivå 4, mens SOSU-hjelper er på nivå 3 i EQF. Sosial- og sunnhetsassistent er den eneste av de to som er en autorisert tittel. I lys av dette vurderer vi at sosial- og sunnhetsassistenten er stillingen som ligger nærmest den norske helsefagarbeideren, mens SOSU-hjelper er en stillingstype på nivået under fagarbeideren.

På nettsiden Utdannelsesguiden, som retter seg mot ungdom, beskrives yrkesrollen og utdanningen til SOSU-hjelper på denne måten:

I utdannelsen [...] lærer du å støtte og veilede borgere som har bruk for profesjonell pleie. Du lærer å yte omsorg, pleie og praktisk hjelp. Det innebærer blant annet å hjelpe brukere med stell, påkledning, tilberedning av mat, renhold og tøyvask.

[...] Du lærer også å forstå tegnene på vanlige sykdommer, så du kan se om det er behov for f.eks. en lege.

(Børne- og Undervisningsministeriet, uten dato, egen oversettelse)

Som sitatet illustrerer, skal en SOSU-hjelper kunne utøve profesjonell pleie og omsorg, men ikke medisinsk hjelp eller oppfølging. Deres medisinske kompetanse strekker seg til å kunne observere og rapportere om behov for medisinsk oppfølging av annet helse- og omsorgspersonell.

Vinge & Topholm (2021) har gjennomført en studie av SOSU-hjælpernes og SOSU-assistentenes arbeid i kommunen, herunder deres oppgaver og kompetanser. De har gjennomført en casestudie av ti kommuner, og samlet inn data om disse gjennom kvalitative og kvantitative metoder. Deres funn om SOSU-hjælpernes oppgaver er i stor grad i samsvar med yrkesbeskrivelsen fra Utdanningsguiden:

[...] generelt ivaretar hjelperne oppgaver i relasjon til pleie og omsorg, sykdomsforebyggelse og en sunn livsstil [...] Oppgavene er beskrevet som å tilhøre et basalt/elementært nivå. Brukerforløpene er ikke-komplekse, det vil si lette, stabile, kjente og oversiktlige med få problemstillinger (Vinge & Topholm, 2021, s. 53, egen oversettelse).

Det framstår dermed som at hjelperne i hovedsak har ansvar for brukere eller beboere med mindre komplekse sykdomstilstander, og som dermed har mindre behov for medisinsk oppfølging. Videre beskriver Vinge & Topholm (2021) at de helsefaglige eller medisinske oppgavene hjelperne har, ofte er i forlengelse av mer pleie- eller omsorgsrelaterte oppgaver. Formålet med å gi SOSU-hjælperne oppgaver av helse- eller sykepleiefaglig karakter oppgis å være for å samle oppgavene til færre medarbeidere slik at man sikrer mer helhetlig pleie. I de ti kommunene de undersøkte hadde for eksempel SOSU-hjælperne ansvar for medisingivning.

Selv om oppgavene beskrevet over er typiske for denne yrkesgruppen, understreker Vinge & Topholm (2021) at det er stor variasjon i hvilke oppgaver kommunene tillegger

dem. I en kommune har hjelperne for eksempel kun tre helsefaglige oppgaver, mens i en annen har de over elleve, inkludert ansvar for urinprøver, medisinaladministrering og kateterisering. Studien viser også at oppgavene varierer avhengig av tjenesteområdet. Hjelperne har flere medisinske oppgaver på institusjoner enn i hjemmetjenesten. Dette forklares med at høyere utdannet helsepersonell er mer tilgjengelig for veiledning og bistand i boliger og sykehjem enn ved hjemmebesøk.

Utdanningens varighet og innhold

For å kvalifisere til en stilling som sosial- og sunnhetshjelper kreves egen utdanning. Mellom 2008–2015 var SOSU-hjælper og SOSU-assistentutdanningene organisert som én utdanning med to trinn, men fra 2015 ble utdanningen delt inn i to separate og selvstendige utdanningsløp. En person som allerede er utdannet til hjelper kan imidlertid gjennomføre assistentutdanningen på forkortet tid.

Utdannelsen til SOSU-hjælper består av et grunnforløp (teoretisk undervisning på skolen), og et hovedforløp der man veksler mellom praksis og skole. For elever som kommer rett fra grunnskolen, er lengden på utdanningen til sammen to år og to måneder. Danmark har, i likhet med Norge, alternative kvalifiseringsløp i yrkesfaglig utdanning for voksne. For voksne over 25 år skal utdannelsens innhold og varighet tilpasses den enkelte etter en realkompetansevurdering, og blir derfor ofte kortere.

SOSU-hjælperutdanningen skal gi kompetanse i:

[...] profesjonell omsorg, pleie og praktisk hjelp i et rehabiliterende perspektiv innenfor det primærkommunale området (Forskrift, BEK nr. 735, 2020).

Det framgår av forskriften som beskriver utdanningen, at kompetansemålene på den ene siden omhandler profesjonalitet og rolleforståelse, og på den andre siden mer praktisk orienterte kompetanser. Kompetansemålene for SOSU-hjælpere inkluderer blant annet å kunne gi praktisk og personlig hjelp til borgere samt støtte brukere og pårørende i helsefremmende og sykdomsforebyggende aktiviteter og oppgaver. Videre skal hjelperne selvstendig kunne dokumentere utført pleie, arbeide i tråd med hygieniske retningslinjer og benytte velferdsteknologi. De skal også kunne bruke «verktøy for tidlig oppsporing av endringer hos brukeren» og handle faglig basert på disse observasjonene.

SOSU-hjælperutdanningen har få sykepleie- eller helsefaglig kompetansemål, til forskjell fra SOSU-assistentutdanningen. En SOSU-assistent skal blant annet kunne begrunne, utføre og evaluere sykepleie rettet mot pasientenes grunnleggende behov. I deres kompetanse ligger det også å kunne håndtere medisintil levering og sette i gang forebyggende og sunnhetsfremmende tiltak for en pasient.

SOSU-hjelperne er en sentral yrkesgruppe i tjenestene

I de seks kommunene Vinge & Topholm (2021) har studert utgjør SOSU-hjelperne 39 prosent av de ansatte i institusjon- og hjemmetjenestene. Utover SOSU-hjælpere er sentrale yrkesgrupper i de kommunale helse- og omsorgstjenestene SOSU-assistentene (34 prosent), sykepleiere (14 prosent) og ikke-faglærte (seks prosent). SOSU-

hjelperne er den klart største personellgruppen i hjemmetjenestene (45 prosent) og den nest største i institusjonstjenester (35 prosent) i casekommunene i denne studien (Vinge & Topholm, 2021).

Vi har ikke funnet nasjonal statistikk som viser andelen av ulike yrkesgrupper innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sin helhet. En dansk rapport viser andelen SOSU-assistenter, SOSU-hjelpere og ikke-faglærte i den kommunale eldreomsorge. Det er viktig å nevne at denne rapporten ikke gir oversikt over alle yrkesgruppene innenfor hele pleie- og omsorgsfeltet i kommunene, da den ikke inkluderer høyskole- og universitetsutdannede (sykepleiere) eller tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Rapporten viser at det er flest SOSU-hjelpere (41 prosent), etterfulgt av SOSU-assistenter (30 prosent) og ikke-faglærte (25 prosent) (Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2024). Dette tyder på at selv med en kortere fagutdanning innen helse- og omsorgsfag, utgjør ikke-faglærte en betydelig andel av personalet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i Danmark.

Oppsummert er SOSU-hjelperne en sentral yrkesgruppe i de danske pleie- og omsorgstjenestene. De har først og fremst ansvar for praktisk bistand til og pleie og omsorg av brukere i institusjon- og hjemmetjenester, mens helse- og sykepleiefaglige oppgaver ivaretas av SOSU-assistenter og sykepleiere.

5.2 Vårdbitråde i Sverige (omsorgsassistent)

Sverige har inntil nylig manglet nasjonale reguleringer eller føringer for kvalifikasjonskrav til stillinger under nivået til den høyskoleutdannede sykepleieren i helse- og omsorgssektoren. De fleste regioner og kommuner har likevel operert med at stillingstittlen undersköterska krever en videregående yrkesutdanning innen helse- og omsorgsfag, mens andre stillingstitler slik som vårdbitråde, bitråde og skötare har blitt brukt for ansatte med lavere eller ingen formell kompetanse. I 2023, som følge av en offentlig utredning (SOU 2019:20), ble undersköterska en beskyttet yrkestittel med krav om videregående utdanning innen helse- og omsorgsfag – Vård- och omsorgsprogrammet (Socialstyrelsen, 2024). Dette tilsvarer EQF-nivå 4. Med andre ord kan undersköterska i dag sammenlignes med den norske helsefagarbeideren. Sverige har ingen stillingstittel med utdanningskrav på nivå 3, som SOSU-hjelperen i Danmark.

I Sverige har man i den kommunale voksenopplæringen opprettet det som kalles «yrkespakker». Yrkespakker er en samling av fag eller emner som er relevant for spesifikke yrker. Yrkespakkene gir ikke alene en kvalifikasjon tilsvarende videregående nivå, men kan kombineres med andre fag (svensk, osv.) som kandidaten trenger for å oppnå yrkeseksamen (på nivå 4). Formålet med yrkespakkene er å gi den voksne kandidaten en kompetanse som kvalifiserer til jobb (Skolverket, 2024).

Innenfor helse- og omsorg er det etablert to yrkespakker: undersköterska og vårdbitråde. De to nasjonale yrkespakkene er utformet i samarbeid med et organ kalt Vård- och omsorgscollege. Dette er et samarbeidsorgan der arbeidsgiverorganisasjoner, fagforeninger og utdanningsaktører i helse- og omsorgssektoren deltar. Formålet med samarbeidet er å videreutvikle utdanninger og kompetansehevende tiltak for å sikre god nok kompetanse i sektoren (VO-College, uten dato). Samarbeidet foregår både på nasjonalt

og regionalt nivå, og innbefatter etablering av nye utdannings- eller kurstilbud, revidering av etablerte utdanningstilbud samt sertifiserings av utdanningstilbydere.

Vårdbitråde-utdanningen

Den nasjonale yrkespakken for vårdbitråde ble tilbudt fra 2019. Denne tilbys *kun* i voksenopplæringen¹⁵. Yrkespakken utgjør halvparten av kursene/fagene i undersköterska-yrkespakken. Gjennom opplæringsløpet skal kandidaten få følgende kompetanse (Skolverket, 2022):

- Evne til å utføre arbeidsoppgaver innen helse- og omsorgsområdet, som støtte og hjelp med personlig pleie og omsorg, husholdningsoppgaver samt administrative, sosiale og spesialpedagogiske oppgaver.
- Grunnleggende kunnskap om helse, sykdom og funksjonsnedsettelse.
- Grunnleggende kunnskap om mennesket når det gjelder biologisk aldring, psykologiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle aspekter.
- Kunnskap om helhetssynet på mennesket og forståelse av livsstilens betydning for helsen.
- Evne til å møte mennesker og kommunisere både skriftlig og muntlig ut fra menneskers ulike behov og forutsetninger.
- Kunnskap om arbeidsmiljøets betydning for fysisk, psykisk og sosial helse samt evne til å arbeide sikkert og ergonomisk.
- Grunnleggende evne til å planlegge, gjennomføre og evaluere sin arbeidsprosess.

Læremålene i kurset viser at en vårdbitrådehovedsakelig skal kunne utføre praktisk hjelp og omsorgsoppgaver, og i mindre grad medisinske eller sykepleiefaglige oppgaver. Til sammenligning skal en undersköterska ha kompetanse til å utføre flere medisinske oppgaver samt ha mer inngående kunnskap om kropp og helse. Samtidig viser kompetansemålene at en utdannet vårdbitrådeskal kunne arbeide delvis selvstendig med oppgaver som personlig pleie og omsorg.

Fram til 2025 var det ikke fastsatt krav til hvor mye av utdanningen som skulle foregå på arbeidsplassen eller gjennom ordinær klasseromsundervisning. Dette endres fra juli 2025, da minst 15 prosent av undervisningen skal skje via praksis på en arbeidsplass (Skolverket, 2025). Utdanningens varighet avhenger av om den tas på heltid eller deltid, men flere kommuner tilbyr den som et 40-ukers kurs, tilsvarende nærmere ett år.

De to yrkespakkene er modulisert, slik at man enkelt kan påbegynne og fullføre undersköterska-yrkespakken når man har fullført vårdbitråde-pakken. En intervjuet leder i Göteborgsregionen beskrev at:

Nå kan man gå vårdbitråde-utdanningen for å så fortsette og bli undersköterska. De to er ikke separate. Jeg tror vi kan si at de fleste ikke går utdanningen og tenker at de skal bli vårdbitråde – de tenker at de skal bli undersköterska.

¹⁵ I Sverige har kommunene ansvar for voksenopplæring, til og med videregående opplæring (Komvux)

Undersköterska-yrkespakken ser ut til å være langt mer populær enn vårdbitrade-pakken, men også de fleste andre yrkespakker. I 2023 hadde undersköterska-utdanningen 14 602 elever, mens vårdbitrade-utdanningen kun hadde 526. Vi kjenner ikke årsaken til den store forskjellen, men en mulig forklaring er at undersköterska er en mer etablert og anerkjent yrkestittel i sektoren og trolig også en mer ettertraktet kompetanse.

Utydelige skiller mellom ulike ansattgruppers oppgaver

Som tidligere nevnt nedsatte det svenske Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 et utvalg som skulle foreslå hvordan yrkestittelen undersköterska kunne reguleres. Utvalget undersøkte hvilke arbeidsoppgaver undersköterskor og annet omsorgspersonale med lavere eller uten formell helse- og sosialfaglig utdanning har i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (SOU2019:20). Utvalget konkluderte med at det er liten forskjell i arbeidsoppgaver mellom det faglærte og ikke-faglærte omsorgspersonalet, særlig i hjemmetjenesten. Her utfører ofte ansatte i bitrade og vårdbitrade-stillinger oppgaver som medisintutlevering og andre helse- eller sykepleiefaglige oppgaver, til tross for manglende formell kompetanse. Andre studier viser også at sykepleiere ofte overlater medisinhåndtering og -utlevering til ikke-lisensiert personell (Bystedt et.al., 2011; Craftman et al., 2016, 2018). En kvalitativ studie av ikke-lisensiert personell i hjemmetjenesten tyder også på at de ofte har ansvar for brukere med komplekse behov og må utføre flere helsefaglige oppgaver (Craftman et al., 2018).

Nye yrkesroller i praksis

Våre informanter i Göteborgsregionen beskrev også en situasjon med uklare stillingstitler og liten forskjell i oppgaver og ansvar mellom de ulike personalgruppene:

Man hadde ulike utdanningskrav. Noen [kommuner] kalte ansatte vårdbitrade uansett hvilken utdanning de hadde, mens Göteborg hadde bestemt at man måtte ha utdanning for å ha den tittelen.

[...] I alle kommuner ser vi at alle gjør alt – uansett om man ikke har noen erfaring eller utdanning eller om man har en treårig gymnasutdanning eller enda mer.

Det framstår altså som at oppgavedelingen mellom ansatte med og uten formell helse- og omsorgsutdanning har vært lite planlagt. Endringene i voksenopplæringen og lovverket har samtidig ført til at flere kommuner og regioner har endret på bruken av stillingstitler i helse- og omsorgstjenestene. Dette har bidratt til en tydeligere fordeling av oppgaver og roller mellom stillingene.

I dette prosjektet har vi intervjuet en informant fra region som har utviklet nye kompetansetrapper og stillingstitler for nivået under sykepleieren. Arbeidet ble gjennomført i et nettverk med 13 kommuner og i arbeidsgruppen deltok HR-ansatte, tillitsvalgte, ansatte/ledere på avdelingsnivå med ansvar for turnus, og virksomhetsledere. En av lederne beskrev det som utfordrende å finne en oppgavedeling som fungerte på tvers av ulike tjenesteområder og kommuner. Videre fortalte hun at det finnes grenser «oppover» for hva for eksempel en vårdbitrade kan gjøre, og at disse grensene ble brukt som utgangspunkt når de definerte oppgavefordelingen mellom yrkestitlene:

I Sverige er det nå lovpålagt at alle som har hjemmetjenester, skal ha en fast omsorgskontakt. Snart kommer det til å innføres i eldrehjem også. Dette [omsorgskontakt] skal være en undersköterska. [...] Per automatikk betyr det at vårdbiträde og biträde kommer til å ta en større andel av de enklere oppgavene.

Modellen består av fire stillingsnivåer med tydelig definerte oppgaver og ansvarsområder, som beskrevet i tekstboksen under. Det er viktig å nevne at dette ikke er nasjonalt definerte yrkesroller og tilhørende oppgavefelt, men en modell utviklet og etablert i én region i Sverige.

Biträde (assistent/hjelper)

Har ikke formell helse- og sosialfaglig utdanning. Yrkestittelen brukes typisk om ringe- og helgevikarer. Fast ansettelse kan overveies ved interesse og personlig egnethet. Ved fast ansettelse skal en kompetanseutviklingsplan opprettes.

En biträde kan utføre serviceoppgaver og enkle pleie- og omsorgsoppgaver. Man skal bidra til å dokumentere utført arbeid og pleie, men ikke være ansvarlig for å utvikle omsorgsplaner. Man skal heller ikke ha ansvar for mer avansert pleie, omsorg og sykepleie, eller være fast omsorgskontakt.

Vårdbiträde (pleieassistent/pleiemedhjelper)

Har utdanning tilsvarende Nasjonalt yrkesprogram for vårdbiträde. Vårdbiträder skal gis mulighet og støtte til å ta videreutdanning til undersköterska.

Oppgaver og ansvar inkluderer å utføre service-, pleie- og omsorgsoppgaver ut ifra en etablert gjennomførings/behandlingsplan. Kan utføre visse helsefaglige oppgaver etter instruksjon, foreskrivning eller delegering. Skal ikke ha ansvar for veiledning av kollegaer og ikke være omsorgskontakt eller utarbeide omsorgs/gjennomføringsplaner.

Undersköterska (helsefagarbeider)

Har tatt utdanning som undersköterska i voksenopplæringen eller på Vård- og omsorgsprogrammet på videregående.

Oppgaver kan være blant annet å være omsorgskontakt, skape, følge opp og evaluere omsorgsplaner og gjennomføre helsefaglige oppgaver etter instruksjon/delegering. De skal samarbeide med pårørende og pasient for å skape en meningsfull hverdag og opprettholde og utvikle deres funksjoner. Med lang erfaring kan man også få ansvar for å være veileder, og for å initiere og delta i utviklingsprosesser.

Spesialistundersköterska (helsefagarbeider med videreutdanning)

Har tatt en etterutdanning på fag- eller høyskole. Det kan være deler av en høyskoleutdanning (minst 60 poeng), og må være rettet mot helse og omsorg eller eldreomsorg.

Oppgaver skal spesifiseres basert på virksomhetens behov, men skal bidra til å støtte og utvikle virksomheten og kollegaene. Ansvarsområder kan være å gjennomføre kvalitetsforbedring i driften, utvikle arbeidsmetoder, ha en støttefunksjon og ansvar for områder som demens, palliativ omsorg, psykisk uhelse med mer.

Formålet med etableringen av en ny oppgavedeling var å tydeliggjøre karriereveier i eldreomsorgen samt å vise at utdanning lønner seg fordi det leder til nye og spennende oppgaver. Våre informanter beskrev samtidig at kommunene i deres region også hadde kommet fram til at det var behov for og nødvendig med flere stillingskategorier under den autoriserte undersköterska-stillingen for å gi gode tjenester i møte med eldrebolgen:

Vi kan ikke late som vi ikke har denne gruppen som ikke har noen utdanning. Vi kommer til å behøve dem. Og da er det bedre at vi synliggjør at her har vi en gruppe som mangler utdanning, og at vi [som arbeidsgiver] vil at de skal ta en utdanning for å få fast stilling her. Da må vi synliggjøre det, og synliggjøre hva en vårdbitræde er også.

Et poeng med karriereveimodellen var at det skulle være lav terskel inn. For alle var enig i at vi skal ivareta alle som trengs i helse- og omsorgssektoren. Og muliggjøre at for eksempel ukrainerne, eller hvem det skulle være, kan komme inn i bransjen *for å så ta en kortere utdanning* (Leder, egen utheving).

Ved å etablere en stillingskategori for ikke-faglærte som ikke har tatt den kortere vårdbitræde-yrkespakken eller en annen utdanning, synliggjør denne regionen at man fortsatt må og bør rekruttere ikke-faglærte for deretter å tilrettelegge for at de kan kvalifisere seg videre til nye stillinger.

Oppsummert er både vårdbitræde-utdanningen og -stillingen fortsatt under utvikling i Sverige, og koblingen mellom fullført yrkespakke og stillingstittel synes å være lite etablert ennå. Samtidig har noen regioner gjort forsøk med å tydeliggjøre stillingstitler og tilhørende kompetansekrav og arbeidsoppgaver. I disse regionene har vårdbitræde blitt etablert som en stilling på et lavere nivå enn den autoriserte undersköterskan.

5.3 Sykepleieassistenter og helse- og omsorgsassistenter i Nederland

Fag- og yrkesopplæringen i Nederland er mer omfattende enn den norske. Den dekker både videregående og grunnskolenivå, altså fra det som tilsvarer nivå 1 til 4 i EQF-rammeverket, og har flere utdanningsprogrammer innen helse- og omsorgsfag på ulike kvalifikasjonsnivåer. Dette fører igjen til et bredere spekter av stillingstitler i tjenestene.

Noen av yrkesutdanningene har ikke en motpart i den norske fag- og yrkesopplæringen, som for eksempel legeassistenten eller helse- og livsstilsveileder (begge på nivå 3) (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (uten dato). Andre er mer teknisk rettet, slik som ortopedisk eller tannteknisk medarbeider. I det følgende ser vi nærmere på yrkesutdanningene som retter seg mot helse- og omsorgshjelp eller sykepleie, som har kompetanse som er til nytte i pleie- og omsorgstjenester. Innen dette fagområdet har Nederland fire stillinger med ulike utdanningskrav:

1. sykepleier med bachelorgrad (EQF 6)
2. yrkesfaglig sykepleier (EQF 4)
3. sykepleieassistent (EQF 3)
4. helse- og omsorgsassistent (EQF 2)

Helse- og omsorgsassistent

Utdanningen for å bli helse- og omsorgsassistent varer i to år, og for ungdommer kan utdanningen enten være skole- eller lærling/arbeidsbasert. Begge løpene innebærer både praksis og skoleundervisning, men i ulike mengder. I Nederland velger elever retning mot enten fag- og yrkesopplæring eller studieforberedende utdanning mye tidligere enn i Norge.

Utdanningen skal gi kompetanse til å ta vare på de eldre og personer med funksjonsnedsettelsers behov for praktisk hjelp, pleie og omsorg. I kompetanseprofilen, som er utarbeidet av nederlandske myndigheter, beskrives helse- og omsorgsassistenten som en «støttende rolle», som i samarbeid med annet helsepersonell skal bidra til å ivareta hjemmeboende med behov for helse- og omsorgshjelp eller beboere i institusjoner.

Av kompetanseprofilen framgår det også at en helse- og omsorgsassistent først og fremst skal jobbe med stabile brukere med lite komplekse helsetilstander. De skal ikke ha ansvar for å utføre helsehjelp utover førstehjelp i akutte situasjoner. Av ferdigheter og kunnskap inngår blant annet:

- Grunnleggende kunnskap om anatomi, de ulike pasientgruppene i helse- og omsorgstjenestene og vanlige sykdommer blant disse gruppene.
- Grunnleggende kunnskap om ernæring, aktivisering og renhold.
- Grunnleggende kunnskap om aktuelle lovverk som er relevante for tjenesteutføringen/arbeidet, samt grunnleggende kunnskap om dokumentering og rapportering.
- Evne til å utføre personlig pleie og metoder for å fremme selvhjelpenhet blant brukere.
- Evne til å lese, tolke og iverksette en omsorgsplan.

Som kompetansemålene indikerer, er serviceorienterte oppgaver sentrale i helse- og omsorgsassistentenes arbeidshverdag, samtidig som de også skal kunne utføre noen stell- eller pleieoppgaver.

Vi har funnet lite engelskspråklig forskning om eller annen dokumentasjon på hvilke arbeidsoppgaver helse- og omsorgsassistenten har i praksis, og om det er slik at de kun utfører oppgaver i henhold til sin kompetanse.

Sykepleieassistent

Den nederlandske sykepleieassistenten har en utdanning på EQF-nivå 3, et nivå under den norske helsefagarbeideren. Utdanningen varer i tre år og kan være enten skole- eller praksisplassbasert.

Selv om utdanningen er på et lavere kvalifikasjonsnivå enn den norske helsefagarbeideren, har kompetanseprofilene mange likhetstrekk. På KiesMBO, en utdanningsguide for elever, beskrives rollen slik:

Som sykepleieassistent støtter du pasienter på områder der de ikke kan klare seg selv. Sykepleieassistentrollen innebærer å gi individuell helse- og omsorgshjelp. Du

utarbeider en omsorgsplan, og gjennomfører denne. Du utfører i begrenset grad praktiske/husholdningsoppgaver for pasienter/brukere, men hovedfokuset er på å yte pleie (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (uten dato)).

Sykepleieassistenten arbeider i pleie- og omsorgstjenester ved sykehjem, i bemanende boliger og i hjemmetjenesten, men også i psykiatrien og rusomsorgen.

En sykepleieassistent kan ha ansvar for å utarbeide omsorgsplaner, og å yte pleie og helsehjelp til pasienter med relativt stabile helsetilstander. En sykepleieassistent har også kompetanse til å utføre visse sykepleietekniske prosedyrer, og observere, behandle og rapportere om endrede sykdomsbilder hos pasienten. I tillegg skal en sykepleieassistent også ha kunnskap om farmakologi.

Alt i alt synes den nederlandske sykepleieassistentens kompetanse, til tross for å være på et lavere kvalifiseringsnivå, å være svært lik den norske helsefagarbeideren, gitt kravene om sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter.

Helse- og omsorgsassistenter – en ønsket kompetanse i tjenestene?

Vi har funnet få engelskspråklige studier som dokumenterer kompetansesammensetningen i de nederlandske helse- og omsorgstjenestene, og i hvilken grad de utdannede på alle nivåene i fag- og yrkesopplæringen er ettertraktet i arbeidsmarkedet. De få studiene og rapportene vi har funnet tyder på at helse- og omsorgsassistenter har en svak posisjon i arbeidsmarkedet. En rapport fra Maastricht Universitetet om arbeidslivsrelevansen til ulike fagutdanninger på nivå 2, viser at omtrent 23 prosent av helse- og omsorgsassistene er arbeidsledige 1,5 år etter fullført utdanning (Meng & Sijbers 2017, s. 24). Blant dem som er i jobb, jobber en betydelig andel lav deltid – omtrent 30 prosent jobber mindre enn tolv timer i uken. Disse funnene indikerer at det er vanskelig å få fast heltidsarbeid som helse- og omsorgsassistent.

Både Meng & Sijbers (2017) og Stam & Keskiner (2023) sine studier av helse- og omsorgsassistenter karrierevalg viser at mange av de ferdig utdannende helse- og omsorgsassistenter anser en utdanning på nivå 2 som et første steg for videre yrkesfaglig utdanning. Omtrent 60 prosent av alle som fullfører en nivå 2-utdanning som helse- og omsorgsassistent går videre til å ta en utdanning på nivå 3 i løpet av et år (Meng & Sijbers, 2017; Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (uten dato)).

5.4 Care certificate i England

Storbritannia er i motsatt ende av skalaen fra Nederland, og har lenge vært i en situasjon der det ikke har eksistert yrkestitler med utdanningskrav på nivå under universitet eller høyskole. Det har vært mulighet for å ta kortere yrkesfaglig utdanning, men det ser ikke ut til å ha vært en tydelig sammenheng mellom stillingstittel og lavere helse- og sosialfaglig utdanning. Dette kan ses i sammenheng med særtrekk ved fagopplæringssystemet i England.

En stor andel ansatte i britiske helse- og omsorgstjenester har jobbet uten formelle kvalifikasjoner. Slike stillinger har ikke hatt krav til formelle kvalifikasjoner, men det siste tiåret har myndighetene innført tiltak for formell og uformell opplæring. Målet har vært å

heve kvaliteten på tjenestene, tilby karriereveier og tydeliggjøre rollefordelingen mellom ulike yrkesgrupper i alle deler av den offentlige helse- og omsorgssektoren.

Et svakt system for fag- og yrkesopplæring

Den engelske modellen for fag- og yrkesopplæring har blitt karakterisert som et liberalt markedsorientert system (Busemeyer, 2014; Nyen & Tønder, 2023). Et slikt system kjennetegnes ved at det yrkesfaglige utdanningssystemet har en «beskjeden rolle» (Nyen & Tønder, 2023, s. 79). Det yrkesfaglige utdanningssystemet er ikke særlig sammenhengende, og yrkesfaglige kvalifikasjoner har lav status i arbeidslivet. Dette fører til en svak sammenheng mellom yrkesfaglig utdanning og stillingstitler i arbeidslivet. Kompetanse utvikles først og fremst gjennom generell utdanning og med bedriftsintern opplæring som et supplement.

Dette betyr likevel ikke at fag- og yrkesopplæring mangler helt, men slike kvalifikasjoner er mindre anerkjent i arbeidslivet og i mindre grad statlig regulert. Det finnes flere lærlingeløp på ulike kvalifikasjonsnivåer i den britiske helse- og omsorgssektoren, men de fleste av disse er rettet mot arbeid i administrasjon eller mer tekniske roller heller enn pleie- og omsorg (National Health Service, uten dato a).

Oppgaver og ansvarsområder

I 2013 gjennomførte Helse- og omsorgsdepartementet en uavhengig kartlegging (independent review) av de ikke-faglærtes roller og oppgaver i helse- og omsorgssektoren (Cavendish, 2013). Kartleggingen skiller mellom helse- og omsorgssektoren, og kartlegger oppgaver og roller for det forfatterne definerer som helseassistenter (healthcare assistant) som jobber i helsesektoren, og omsorgspersonell (social care workers) i omsorgssektoren. Som en samlebetegnelse vil vi i det følgende bruke assistent-begrepet. Helsesektoren omfatter her det offentlige helsevesenet (National Health Service), inkludert sykehus og primærhelsetjenesten, slik som legevakt og fastlegekontorer. Omsorgssektoren består av både hjemme- og institusjonstjenester, som drives av private og frivillige aktører.

Forfatterne beskriver at assistentene ofte er de som er tettest på pasienten i helsetjenestene, og ivaretar oppgaver som:

[...] å re opp senger, hjelpe pasienter med å spise og dusje, følge med på, og dokumentere pasientens temperatur, puls, respirasjon og vekt, gjennomføre enkle sårstell og følge pasienter [til aktiviteter] (Cavendish, 2013, s. 18).

I tillegg kan assistentene også ha mer avanserte medisinske oppgaver, som å sette kateter, gi injeksjoner, administrere medisiner etter delegering og ta blodprøver. Forfatterne beskriver samtidig at det er stor variasjon i hvilke oppgaver en assistent ivaretar på tvers av avdelinger, sykehus og regioner.

I omsorgssektoren har assistentene en rekke av de samme oppgavene som assistentene på sykehusene har, og også her er det stor variasjon i hvilke oppgaver de får ansvar for. Cavendish (2013) beskriver at de gjennomfører alt fra:

[...] å hjelpe noen med å handle etter en operasjon, til oppfølging av diabetesbehandling, til sårstell inkludert trykksår. Noen administrerer medisiner, tar blodprøver og setter kateter (s. 24).

Nærmere halvparten av assistentene jobber i hjemmetjenestene, noe som innebærer at de ofte gjennomfører slike medisinske oppgaver eller prosedyrer uten tett oppfølging av annet helsepersonell.

Den uavhengige kartleggingen viser videre at assistenter med lite eller ingen formell utdanning hadde overtatt en rekke oppgaver som tidligere ble gjennomført av sykepleiere, og de hadde langt mer komplekse enn «enkle» oppgaver relatert til pleie, praktisk hjelp og omsorg. Utviklingen, der oppgaver overføres fra sykepleiere til personell med lite eller ingen formelle helsefaglige kvalifikasjoner, henger sammen med at sykepleierens rolle og oppgavefelt også har utviklet seg på 1990- og 2000-tallet. Sykepleierne fikk nye administrative oppgaver samtidig som de overtok mer avanserte kliniske oppgaver fra legene. Samlet sett førte dette til at sykepleierne ikke lenger kunne ivareta pasientpleie i like stor grad. Dermed økte også andelen av assistenter eller støttepersonell i de engelske helse- og omsorgstjenestene (Cavendish, 2013).

I kjølvannet av kartleggingen ble det etablert nye tiltak for å øke kompetansen til assistentene, og tette gapet mellom assistent/støttepersonell og sykepleierne.

Nursing associate

For det første ble det i 2017 etablert en ny rolle og utdanning kalt «nursing associate». Denne rollen beskrives som en klinisk «støtterolle». En nursing associate skal utføre kliniske oppgaver, som venepunktur og EKG, men skal også bistå i å utforme og gjennomføre omsorgsplaner i dialog med sykepleiere, pasienten og pårørende. Utdanningen er en såkalt «foundation degree», som er en toårig høyere yrkesfaglig utdanning som kombinerer akademisk og praktisk læring. Utdanningen plasseres på nivå 5 i det engelske og europeiske kvalifikasjonsrammeverket. Utdanningen gir dermed en kvalifikasjon på et høyere nivå enn den norske helsefagarbeideren og er derfor ikke et relevant sammenligningsgrunnlag for utdanninger og stillinger som utforskes i denne rapporten (National Health Service, uten dato b).

«Care certificate» som bevis på grunnleggende kompetanse

Cavendish-utvalgets (2013) mandat var å vurdere hvordan personal uten formelle kvalifikasjoner kunne «rekrutteres, læres opp, støttes og veiledes» for å heve kvaliteten på tjenestene. Utvalget skulle samtidig synliggjøre hva ikke-faglærte kan og ikke kan gjøre for pasienter og brukere. I rapporten anbefalte utvalget blant annet at myndighetene burde

- etablere et kurs som skal resultere i «Sertifikat for grunnleggende omsorg»
- etablere et påbyggskurs som skal resultere i «Sertifikat for avansert grunnleggende omsorg»
- etablere et krav om oppnådd sertifikat i grunnleggende omsorg for arbeid i tjenestene

Utvalget mente at kursene burde utvikles av myndigheter, i samarbeid med utdanningsinstitusjoner og arbeidsgivere. Videre anbefalte utvalget at kursene burde sees i sammenheng med de mer praktisk orienterte læreplanmålene i sykepleierutdanningen. I tillegg anbefalte utvalget å etablere et system for å kvalitetssikre kurstilbudene.

På bakgrunn av utvalgets anbefalinger ble «Care Certificate», heretter omtalt som omsorgssertifikatet, lansert i 2015. Kurset som gir et slikt sertifikat tilsvarer grunnkurset som ble anbefalt av utvalget, og strekker seg over om lag 12 uker. Kurset omfatter 15 kompetansemål, gjengitt i tekstboksen under.

- Forstå rollen din
- Din personlige utvikling
- Omsorgsplikt
- Likestilling og mangfold
- Jobbe på en personsentrert måte
- Kommunikasjon
- Personvern og verdighet
- Væske og ernæring
- Bevissthet om mental helse, demens og lærevansker
- Vern av voksne
- Vern av barn
- Grunnleggende livreddende førstehjelp
- Helse og sikkerhet
- Håndtering av informasjon
- Forebygging og kontroll av infeksjoner

Implementering av omsorgssertifikatet

Grunnkurset som gir et omsorgssertifikat ble implementert i 2015, etter en periode med pilotering. Det er ikke lovpålagt for arbeidstakere å gjennomføre kurset, eller for arbeidsgivere å tilby kurset, men det framstår som at det var en sentral politisk prioritering å etablere dette som en felles, nasjonal standard for alle nyansatte assistenter i helse- og omsorgssektoren. Sertifikatet danner en minstandard for kompetanse blant de ikke-faglærte assistentene i sektoren, og er ikke et kvalifiseringsløp til en ny stilling på et høyere nivå.

En evaluering fra 2018 viser at de fleste virksomhetene i helse- og omsorgssektoren hadde implementert omsorgssertifikatet som en del av sin rutine ved nyansettelser av assistenter. En spørreundersøkelse blant et 401 virksomheter viste at 88 prosent hadde innført omsorgssertifikatet. Undersøkelsen viste også at det var flere avdelinger innenfor helsetjenestene enn omsorgstjenestene som hadde innført omsorgssertifikatet (Thomson et al., 2018).

Erfaringer og resultater av kurset

Evalueringen viser videre at de fleste arbeidsgiverne opplever at tiltaket var et positivt bidrag til kvalitets- og kompetanseheving i sektoren. I evalueringen, som både baserer

seg på ovennevnte spørreundersøkelse i tillegg til casestudie av ti avdelinger, konkluderer forfatterne med at sertifikatet og kurset har bidratt til å etablere et nytt og grunnleggende kompetansenivå, inkludert bedre evne til å reflektere over egen yrkespraksis og rolleforståelse blant assistentene.

Thomson et al. (2018) påpeker at kursene bruker ulike undervisningsmetoder, noe som kan føre til variasjon i læringsutbyttet mellom regioner og avdelinger. Evalueringen viser at kurset som oftest gis av en intern instruktør og kombinerer flere læringsmetoder, som e-læring, klasseromsundervisning og kliniske øvelser. Den vanligste løsningen er en blanding av e-læring og fysisk undervisning, men én av ti virksomheter tilbyr kurset kun digitalt. Thomson et al. (2018) stiller spørsmål ved læringsutbyttet fra rene nettbaserte kurs. De konkluderer med at variasjonen i hvordan kurset gjennomføres og sertifikatet utdeles svekker både troverdigheten og overførbarheten til sertifikatet.

Vi har ikke funnet studier som undersøker hvorvidt eller hvordan implementeringen av omsorgssertifikatet påvirker oppgavedelingen mellom sykepleiere, sykepleiemedhjelpere (nursing associate) og assistentene i helse- og omsorgstjenestene.

Oppsummert viser erfaringene med innføringen av en felles, nasjonal minstestandard eller krav til kompetanse i England at et slikt tiltak kan bidra til å øke kompetansen til assistenter, og på sikt også kvaliteten i tjenesten. Samtidig peker evalueringen av omsorgssertifikatet på noen fallgruver i etableringen av et nasjonalt sertifiseringskurs, nemlig mangelen på felles standarder for undervisningsform, kurstilbydere og vurdering av kandidatene. Til sist er det viktig å merke seg at dette kurset ble introdusert i en sektor som er kjennetegnet av ikke å ha hatt stillingstitler med tilhørende krav om kompetanse på et lavere nivå enn sykepleieren.

5.5 Oppsummering og diskusjon

Tabellen under gir en oversikt over stillingstitler og tilhørende kvalifisering/utdanningsløp opp til helsefagarbeidernivået i Norge og fire andre land.

Tabell 5.1 Skjematisk landsoversikt over stillinger og tilhørende kvalifiserings/utdanningsløp under EQF-3.

	Stillingstittel	Kvalifiseringsløp for stilling	EQF-nivå
Norge			
	Helsefagarbeider	Fag- og yrkesopplæring	Nivå 4
	Pleieassistent e.l.	Ingen kvalifiseringskrav, men flere kompetansetilbud	-
Danmark			
	Social- og sundhetsassistent	Fag- og yrkesopplæring	Nivå 4
	Social- og sundhedshjælper	Fag- og yrkesopplæring	Nivå 3

	Stillingstittel	Kvalifiseringsløp for stilling	EQF-nivå
Sverige			
	Undersköterska (helsefagarbeider)	Fag- og yrkesopplæring	Nivå 4
	Vårdbitråde (Pleieassistent)	Ingen kvalifiseringskrav, men finnes opplæringsløp i voksenopplæringen	-
Nederland			
	Sykepleieassistent	Fag- og yrkesopplæring	Nivå 3
	Helse- og omsorgsassistent	Fag- og yrkesopplæring	Nivå 2
England			
	Nursing Associate (helsefagarbeider)	Toårig utdanning på høyskole. Kombinert teoretisk undervisning og praksis	Nivå 5
	Healthcare support worker / care worker	Ingen kvalifiseringskrav, men nasjonalt sertifisert kurs med 12 ukers varighet som gir «Care Certificate»	

Alle landene vi har gjennomgått har stillingskategorier på nivået under fagarbeidernivået. Det er imidlertid kun i Danmark og Nederland det kreves en kvalifikasjon tilsvarende nivå 3 for en stillingstype i helse- og omsorgssektoren. Disse kvalifiseringsløpene er kortere utdanninger enn det norske fagbrevet, men har like fullt en viss lengde – opp til tre år. Opplæringsløpet, kalt yrkespakke, som er utviklet i Sverige er ikke obligatorisk for å kunne få stillingen som vårdbitråde. Det er dessuten kun tilbudt voksne, og ikke innplassert i det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket.

Gjennomgangen viser at flere nordiske og europeiske land har hatt uklare rollebeskrivelser, oppgavefordeling og kvalifikasjonskrav for stillinger under sykepleieren og/eller en fagarbeider på nivå 4. England og Sverige har innført ulike tiltak for å heve kompetansen blant ansatte i tjenesten. I Sverige har dette også vært en strategi for å skape nye karriereveier i pleie- og omsorgssektoren.

Samlet sett framstår det ikke uvanlig at land har stillingskategorier og kvalifiseringsløp på et nivå under det norske fagbrevet. Det er likevel viktig å forstå de øvrige landene i kontekst av landspesifikke særtrekk ved fag- og yrkesopplæringen og helse- og omsorgstjenestene, slik som fagutdanningenes status i landet og øvrig utdanningsnivå blant helse- og omsorgsarbeidere. Dersom en ny norsk stilling skulle ha krav om formell kompetanse, kan kanskje den SOSU-hjælperstillingen være mest relevant å sammenligne med. Stillingen krever kvalifikasjon på nivå 3, altså en videregående utdanning, men på et lavere nivå enn den norske helsefagarbeideren.

Sveriges erfaringer med å utvikle utdannings- og opplæringsløp for støttepersonell i pleie- og omsorgstjenestene kan også være relevante for Norge. Selv om erfaringene yrkespakken Vårdbitråde fortsatt er begrensede, har enkelte svenske kommuner brukt den til å tydeliggjøre stillingstitler og oppgavedeling mellom ansatte med lav eller ingen formell kompetanse. Her skiller man mellom en bitråde (hjelper) som ikke har noe formell kompetanse, og en vårdbitråde (pleiehjelper) som har fullført opplæringsløpet. Dette kan gi inspirasjon til hvordan Norge kan strukturere en eventuell ny assistentstilling i sektoren.

6 Litteraturgjennomgang: Oppgavedeling i pleie og omsorg

I dette kapitlet sammenfatter vi den norske forsknings- og evalueringslitteraturen om oppgavedeling i kommunal pleie og omsorg. Her vektlegges oppgaver som forskyves fra de faglærte til de ikke-faglærte assistentene, og hvilke behov for kompetanseheving det utløser.

Det finnes lite forskning på de ikke-faglærtes oppgaver og ansvar i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og på forsøk på ny oppgavedeling som også innbefatter de ikke-faglærte. Det er noe mer litteratur, herunder også forsknings- og evalueringsrapporter, om oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere i både de kommunale tjenestene og på sykehus. Det er noen, men langt færre, empiriske studier av hvilke oppgaver assistenter (ikke-faglærte) har eller har fått som følge av nytenkning rundt bemannings- og kompetansesammensetning.

I det følgende oppsummerer vi hva litteraturen vi har funnet sier om ikke-faglærtes oppgaver, ispedd eksempler fra andre typer dokumenter/kilder.

6.1 Oppgavedeling skjer i utstrakt grad – uten at det nødvendigvis er formalisert

Devik & Olsen (2022) gjennomførte en litteraturstudie om oppgavedeling mellom sykepleiere og annet helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Litteraturstudien inkluderer både norsk og internasjonal forskning (til sammen 61 studier). Forfatterne konkluderer med at oppgavedeling, eller oppgaveglidning, skjer i utstrakt grad mellom sykepleiere og fagarbeidere i de kommunale tjenestene, men også i betydelig grad mellom ikke-faglærte og sykepleiere.

Devik & Olsen (2022) sine konklusjoner bygger i stor grad på studier gjennomført av Heidi Gautun med medforfattere (Gautun et al., 2016; Bratt & Gautun, 2015). Disse studiene dokumenterer hvordan fravær eller vakanser i sykepleierstillinger blir dekket på sykehjem og hjemmetjenester. Kort oppsummert viser studiene at sykepleiernes fravær i stor grad blir dekket opp av fagarbeidere eller ikke-faglærte assistenter. I en spørreundersøkelse blant sykepleiere svarte 56 prosent at helsefagarbeidere ofte eller alltid dekker sykepleiervakter ved fravær, og 45 prosent svarte at sykepleiervaktene ofte eller alltid dekkes av ikke-faglærte. Studiene viser at det er stor forskjell mellom planlagt og faktisk bemanning med tanke på fagkompetanse, og indikerer at ikke-faglærte tar over en del helsefaglige oppgaver fra sykepleiere og/eller fagarbeidere. Studiene kartlegger ikke hvilke konkrete oppgaver som fordeles mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og ikke-faglærte assistenter når de ikke-faglærte går inn og dekker sykepleiernes fravær.

Ludvigsen & Danielsen (2014) undersøkte kjennetegn ved oppgavefordelingen mellom en rekke yrkesgrupper, eller stillingskategorier, i helse- og omsorgstjenestene i sju kommuner. I sin omtale av de ikke-faglærte assistentene beskriver de at oppgavene og ansvaret i stor grad bestemmes av om og hvor mange «sykepleiere og helsefagarbeidere

som er på jobb samtidig som dem» (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 68). Med andre ord gjør assistentene mange av de samme oppgavene som sykepleierne og helsefagarbeiderne, og spesielt hvis det er få fagutdannede på vakt. Samtidig fant forfatterne noen øvre grenser for assistentenes oppgaver: Ansvar for medisinnutdeling, for eksempel, var noe assistenter i hovedsak ikke hadde ansvar for. Likevel konkluderer Ludvigsen & Danielsen (2014) med at de ikke-faglærtes oppgaver overlapper helsefagarbeiderens, og i noen tilfeller også sykepleierens oppgaver.

Studiene indikerer at oppgavedelingen mellom ikke-faglærte, helsefagarbeidere og til en viss grad sykepleiere er uklare. Manglende faglært personell, vakanser og fravær fører ofte til at ikke-faglærte utfører helsefaglige oppgaver de egentlig ikke var tiltenkt. Basert på studiene ser det ut til at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i liten grad har vertikal oppgavedeling, og stor overlapp i arbeidsoppgaver mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og de ikke-faglærte. De siste årene har enkelte studier dokumentert forsøk på en systematisk kartlegging som har resultert i en ny oppgavedeling mellom yrkesgruppene.

6.2 Tørn-programmet bidrar til mer formalisert oppgavedeling

I en evaluering av utviklingsprogrammet Tørn beskriver Bråthen & Moland (2024) en rekke kommuners arbeid med ny oppgavedeling, som var et av satsingsområdene i programmet. Et av resultatene fra dette arbeidet synes å være at nye assistentroller tydeliggjøres og befestes i tjenestene. I noen kommuner virker arbeidet med å etablere nye assistentstillinger å fortsatt være på planleggingsstadiet. Det er samtidig også noen som beskriver utfordringer i arbeidet med å rendyrke nye yrkesroller og omfordele oppgaver. En prosjektleder beskrev at det var utfordrende å fordele oppgaver i hjemmetjenesten:

På grunn av lange avstander mellom brukere har det vært vanskelig å prioritere oppgaver mellom yrkesgruppene. Hvis en sykepleier skal sette injeksjon hos en bruker 30 min unna sentrum, ser vi det ikke som hensiktsmessig og sende en assistent for å dra på strømper og lage i stand måltid i tillegg [...] (Sitat fra intervjuet prosjektleder i Bråthen & Moland, 2024a, s. 42).

Samtidig beskriver flere kommuner at de har rendyrket assistentoppgaver og opprettet nye typer assistentstillinger. Disse assistentstillingene har ulike titler, som for eksempel bo-assistent, avdelingsvert, servicevert, mat/måltidsvert og avdelingsassistent. Rapporten inkluderer ikke inngående beskrivelser av det konkrete innholdet i assistentstillingene, men stillingene synes å omfatte mer praktiske eller serviceorienterte oppgaver og få eller ingen helsefaglige oppgaver. Navnet på stillingene indikerer også at oppgavene er mer praktisk rettet.

Formålet med disse stillingene synes først og fremst å være avlastning for de helsefaglige utdannende, heller enn arbeidsinkludering og rekruttering. Det siste perspektivet løftes likevel av en prosjektleder i Tørn som beskrev at avdelingsvertfunksjonen også kunne bidra til å «økt rekruttering inn i helse og skape en vei for rekruttering til fagutdanning» (Bråthen & Moland, 2024a, s. 48).

Videre viser Bråthen & Moland (2024) til at flere Tørn-kommuner har utarbeidet såkalte «oppgavekort». Et oppgavekort er en arbeidsinstruks som beskriver hvilke oppgaver den enkelte ansatte har ansvar for i løpet av en vakt. Ved hver avdeling er det flere typer oppgavekort som fordeles mellom de ansatte i starten av vekten. Oppgavefordelingen tar utgangspunkt i den enkeltes ansattes kompetanse. Ved et sykehjem i Gran kommune har de utarbeidet slike oppgavekort. Det er kun ett av kortene, kalt sykepleier utenom, som definerer hvilken formell kompetanse den ansatte må ha. Kortene er altså i hovedsak ikke rettet mot spesifikke yrkesgrupper, men noen av kortene synes å kunne «holdes» av ikke-faglærte assistenter, beskrevet i tekstboksen under:

Servicekort

- Stell av pasientgruppe som er «pleielette», dvs. trenger ikke pleie utover morgenstell, men tilstedeværelse.
- Ansvar for å holde orden på lagre, skyllerom og fellesområder.

Kjøkkenkort

- Stell av tre pasienter med forholdsvis enkle behov.
- Ansvar for kjøkkenet resten av vekten.
- Har ikke pasientansvar utover morgenstell, men hjelper til ved behov.

Beskrivelsen av oppgavekortene er basert på KS (2023) og Bråthen & Yssen (2024,

Disse to oppgavekortene, eller arbeidsinstruksene, innebærer noen pasientnære oppgaver som pleie og stell, men først og fremst oppgaver tilknyttet matlagning, renhold og rydding.

Bråthen & Moland (2024a) viser til at oppgavedeling har gått hånd i hånd med kompetanseutvikling i mange av kommunene. Forfatterne drøfter blant annet hvordan omfordelingen av oppgaver mellom sykepleiere og helsefagarbeidere har blitt gjennomført i etterkant av opplæring og sertifisering av helsefagarbeiderne i ulike rutiner. Det er ikke like detaljerte beskrivelser av hvilke kompetansebehov det var hos assistentene, og hvilken opplæring disse fikk før de inntok de nye rollene ved avdelingene.

6.3 Et eksempel fra Bodø på oppgaver ikke-faglærte kan gjøre

Bråthen & Moland (2023) dokumenterer ulike kommuner og sykehus sine erfaringer med ny oppgavedeling, og vektlegging av yrkesgruppene helsesekretær, helsefagarbeider og portør. Enkelte sykehjem i Bodø kommune har arbeidet med oppgavedeling mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. En medarbeiderdrevet kartlegging av oppgaver og kompetansebehov på disse sykehjemmene resulterte i at assistentene frasa seg noen oppgaver og overtok andre. Bråthen & Moland (2023) konkluderer med at de ikke-faglærte fikk en mer legitim plass i arbeidsfellesskapet, fordi oppgavekartleggingen synliggjorde at det var mange oppgaver som med fordel kunne gjøres av de uten helsefaglig kompetanse.

I rapporten viser forfatterne til at de ikke-faglærte fikk ansvar for «enklere» og «forefallende» oppgaver, uten at disse beskrives i detalj. I forbindelse med dette prosjektet har vi fått tilgang til en liste som ble utarbeidet i forbindelse med oppgavedelingsprosjektet i Bodø, som inneholder omtrent 60 oppgaver som ikke-faglærte kan ha ansvar for. Disse oppgavene har kommunen fordelt på sju kategorier: mat, renhold/rydde, hygiene, forflytningshjelp, teknisk/forefallende arbeid, pasientnært og administrativt/planarbeid. Tabell 6.1. viser kategorier med noen eksempler på oppgaver.

Tabell 6.1 Oppgaver som kan utføres av ikke-faglærte, basert på oversikt fra Bodø kommune.¹⁶

Kategori	Eksempler på oppgaver	Antall oppgaver
Mat	Matbestilling, servering og matlagning	6
Renhold/Rydde	Gulvvask, klesvask, sengeskiift. Rengjøre medisinsk utstyr, vaske dosetter	15
Pasientnært (Hygiene og pleie)	Tannstell, dusj – veilede og assistere, hårvask, barbering	13
Forflytningshjelp	Følge inn/ut til dagplass, transport til apotek, følge til tannlege	6
Aktivering	Turgåing, trappetrening, tilrettelegge for pårørendebesøk	5
Administrativt arbeid	Etterfylle utstyr hos bruker, sette på alarmer, bestille varer og utstyr	16
Totalt		61

Som tabell 6.1 viser har kommunen vurdert at assistentene kan ha oppgaver som er pasientnære. Ingen av oppgavene i oversikten innebærer medisinsk oppfølging, men er snarere rettet mot grunnleggende pleie og stell – som tannpuss, morgenstell og dusjing. Oslo Economics (2022) omtaler også Bodø kommunes arbeid med ny oppgavedeling mellom assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. I sin rapport gjengir de kommunens egen kartlegging av tidsbruk på oppgaver som har blitt omfordelt. Ved en sykehjemsavdeling med seks pasienter kom man fram til at tidsbruk forbundet med oppgaver sykepleiere kunne gi fra seg til assistenter utgjorde til sammen 13 timer og 30 minutter per døgn. Det betyr at disse oppgavene nesten kan fylle to heltidsstillinger for assistenter. Oppgaven som omtales å ta mest tid er matlagning og servering (5 t og 40 min).

6.4 Konsekvenser av ny oppgavedeling

Forskere fra Folkehelseinstituttet (FHI) har publisert to kunnskapsoppsummeringer om hvorvidt en høy andel ikke-faglærte og/eller ny oppgavedeling der ikke-faglærte

¹⁶ Vi har omarbeidet den originale oversikten utarbeidet av ansatte i Bodø kommune noe. Vi har slått sammen hygiene og pasientnært til en kategori, som vi har kalt «Pasientnært (Hygiene og pleie)». Videre har vi slått sammen teknisk/forefallende og administrativt/planarbeid til «Administrativt arbeid» og lagt til kategorien «Aktivering».

erstattet faglært eller lisensiert personell påvirker kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene (Flodgren et al., 2017; Flodgren & Meneses, 2017). Forfatterne konkluderer med at vi ikke har «robust dokumentasjon om hvordan en høy andel ikke-faglærte påvirker kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene» (Flodgren & Meneses, 2017, s. 39). De finner noe støtte for at en høyere andel sykepleiere har en sammenheng med lavere pasientdødelighet, men knytter samtidig stor usikkerhet til om resultatene er overførbare til en norsk kontekst siden det ikke finnes studier fra Norge og Norden.

I kvalitative casestudier av ny oppgavedeling i kommunal pleie og omsorg finner Bråthen & Moland (2024a; 2023) flere positive utfall. Informantene beskriver at omfordelingen av oppgaver bidrar til at sykepleiere og helsefagarbeidere i større grad kan konsentrere seg om oppgaver som krever deres «spisskompetanse». I prosjektrapporten i Bodø kommune rapporteres det også om økt brukertilfredshet og pasientsikkerhet, som følge av omfordelingen. Det er samtidig viktig å nevne at omfordelingen av oppgaver i kommunene Bråthen & Moland (2024a; 2023) har studert ikke har ført til et skifte til en høyere andel ikke-faglærte assistenter og en lavere andel faglært personell. I den grad det er dokumentert synes utviklingen heller å være at andelen helsefagarbeidere øker, mens andelen sykepleiere og ikke-faglærte assistenter reduseres (Bråthen & Moland, 2023, s. 30).

6.5 Oppsummering

Kort oppsummert viser tidligere forskning på oppgavedeling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene at det er stor overlapp av oppgaver mellom ikke-faglærte assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. For eksempel overtar ikke-faglærte assistenter ofte mer helse- eller sykepleiefaglige oppgaver når kommer inn som vikarer for helsefagarbeidere eller sykepleiere. Nyere studier tyder imidlertid på at mange kommuner har startet prosjekter for å kartlegge og tydeliggjøre oppgavedelingen. Etter slike prosesser har oppgavene til ikke-faglærte assistenter i større grad blitt avgrenset til praktisk bistand, matlaging, aktivisering og renhold – men også pleie og stell av brukere med enkelte omsorgsbehov.

7 Oppgaver i helse- og omsorgstjenester som kan utøves uten formelle helsefaglige kvalifikasjoner

I dette kapitlet løfter vi fram perspektiver fra informantene i de seks kommunene og den ene sykehjemsavdelingen vi har intervjuet til prosjektet. Gjennom intervjuer med ansatte, ledere og tillitsvalgte ved tjenestesteder som har analysert oppgaver og kompetansebehov, har vi samlet erfaringer og synspunkter på hvilke oppgaver som kan gjennomføres av ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning. Vi ser også på om det er behov for en ny type stilling på et lavere nivå enn helsefagarbeideren.

De fleste av tjenestestedene vi har intervjuet jobbet mest med oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, men noen har også kommet lenger i kartlegginger av oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og ikke-faglærte. Disse har også til en viss grad innført endringer i de ikke-faglærtes rolle. Disse casene presenteres enhetlig mens intervjudataene i de øvrige kommunene presenteres under ett.

Som pekt på i kapittel 2 har vi inkludert en case fra en sykehusavdeling, fordi denne har kommet langt i å omfordele oppgaver mellom faggruppene, og opprettet nye stillinger for ikke-faglærte. Casen gir derfor relevant innsikt og læring for kommunal sektor.

7.1 Case 1: Nye servicestillinger ved et sykehus

Ved en medisinsk avdeling på et sykehus ble det innført tiltak for å styrke arbeidsmiljøet i etterkant av en periode med rekrutteringsutfordringer og betydelig arbeidspress på det helsefaglige personalet. Ansattgruppen gjennomførte idémyldring og analyserte hvordan arbeidsoppgavene var organisert. De kartla også om og hvordan en ny oppgavedeling kunne lette belastningen for fagpersonalet, som besto av både sykepleiere og helsefagarbeidere. En ansatt beskrev prosessen slik:

Vi gjorde dette på avdelingsmøter og på HMS-møter. Vi diskuterte ulike caser og utfordringene vi sto overfor. Hvordan kunne vi løse oppgavene våre uten å bruke mer personell? Hva må sykepleiere gjøre, hva kan helsefagarbeidere gjøre og så videre. Hvem kan ta blodtrykk, hvem kan vurdere resultatene og finne eventuelle feil? Hvem kan observere? Og så videre (Helseutdannet).

Et av tiltakene avdelingen valgte å innføre var å etablere to nye stillingskategorier: postverte og avdelingsverte. Dette var stillinger uten krav til formell helsefaglig kompetanse, og det ble ansatt ikke-faglærte i disse stillingene.

Ikke-faglærte som postvert eller avdelingsvert

Begge stillingene har et stort innslag av serviceoppgaver, men avdelingsverten har i tillegg helsefaglige oppgaver.

Postverten har ansvar for at pasientene får maten de trenger. I dette inngår ernæringsmessige vurderinger av hva en pasient skal ha og ikke ha. Postverten kommuniserer med kjøkkenet, avdelingslegen, pleiepersonalet og pasientene. I ukedagene ivaretas oppgavene av en fast ansatt i hel stilling. I helgene ivaretas oppgavene av helsepersonalet i samarbeid med andre ikke-faglærte. Postverten vi intervjuet trivdes godt på avdelingen og opplevde arbeidet som meningsfullt:

Jeg lager mat som pasientene trenger og vil ha. Overlegen kommer ofte direkte til meg når det er pasienter som har spesielle ernæringsbehov. Jeg får mange gode tilbakemeldinger fra kolleger og pasienter. [...] Min mat har berget mange pasienter.

Avdelingsvertenes hovedoppgave er å rengjøre og klargjøre rom for mottak av nye pasienter. Derne st hjelper de til med matservering. De bistår også med pasientforflytning og i noen grad med hjelp til stell. Avdelingsvertene skal også være «nummer to i stell». Det innebærer at de hjelper til ved behov, men ikke har det som en kjerneoppgave. Det siste skiller dem fra de tradisjonelle ikke-faglærte pleieassistenter/pleiemedhjelpere som i større grad utfører stell på egen hånd. En av avdelingsvertene vi intervjuet omtalte arbeidsoppgavene sine slik:

Vi serverer ved alle måltider og hjelper de med dårlig matlyst og de som trenger hjelp til å spise. Så rer vi senger og følger pasienten ut. Det går også tid til å finne klær og tømme søppel (Avdelingsvert).

Kompetansebehov og opplæring til postverter og avdelingsverter

Både stillingen som postvert og avdelingsvert krever kompetanse hos de ansatte, både i form av kunnskap, ferdigheter og holdninger. I nesten alle intervjuer ble behovet for kunnskap om ernæring, hygiene og smittevern, og holdninger i møte med pasientene nevnt. En helseutdannet beskrev hvilken kompetanse ansatte i disse stillingene burde inneha:

Avdelingsvertene må kunne ernæring og hygiene. Og så skulle de kunnet litt mer om smittevern, særlig de unge. De trenger også kunnskap om taushetsplikt, brannvern, HLR [hjerte- og lungeredning], og så er det dette med holdninger (Helseutdannet).

Ifølge våre informanter er opplæringsbehovet for post- og avdelingsverter ikke omfattende og avhenger av deres eksisterende realkompetanse. Samtidig har flere unge med lite erfaring blitt ansatt, og de trenger grunnleggende opplæring i holdninger til pasienter og enkelte tekniske ferdigheter. Noen informanter påpeker også at de må læres opp i både hvilke oppgaver de skal utføre, og hva som ligger utenfor deres ansvarsområde:

Det er viktig med forventningsavklaringer og være tydelige på hva de ikke har lov til. Her gjelder det å være føre var. De er jo ganske unge (Helseutdannet).

En av avdelingsvertene beskrev at det er lett for erfarne kolleger å undervurdere hvor stor overgangen fra livet utenfor sykehuset til avdelingen er:

Jeg fikk to dager opplæring. Det var et sjokk å skulle gå så fort alene. Men alle er rause og ga veiledning. Så etter to dager til alene, gikk det av selv (Avdelings-/postvert).

Ledere og det helsefaglige personalet mener også at avdelings- og postvertene har behov for noe mer opplæring. De påpeker at det er positivt å ta en relevant utdanning mens man jobber i disse stillingene, men at en egen utdanning ikke er nødvendig med tanke på oppgavene de utfører:

Sykehuset arrangerer noe, vi på avdeling arrangerer HLR-biten. Dette er en dags opplæring, og så er det opplæring underveis. De læres opp på noen vakter. Det blir nok litt lite (Helseutdannet).

Vi kan gjøre mye med opplæring. Jeg er ikke sikker på om vi trenger en egen utdanning for dette nivået. Her handler det jo også mye om holdninger (Helseutdannet).

Som disse sitatene illustrerer, mener de andre ansatte på avdelingen at nødvendig opplæring for disse stillingene kan gis internt, og at det ikke er behov for et formelt utdannings- eller kvalifiseringsløp. Samtidig peker informantene på at selv om opplæringen ikke trenger å være så omfattende, bør den komme tidligere og være mer systematisk. En av lederne pekte også på behovet for mer systematikk framover:

Jeg tror vi må spisse disse stillingene etter hvert og lage mini-kompetanseplaner for hver enkelt ansatt. Noen tar dette fort, andre trenger tid [ramser opp innholdet i opplæringen]. Dette er viktig. Vi MÅ være eksplisitte for disse har ikke noe [helsefaglig] med seg fra skolen. De kan utvikle seg i ulike retninger (Leder).

Målgruppe for stillingene

Det framgår fra informantene at stillingene først og fremst er rettet mot skoleelever og studenter som lurte på om jobb i helse- og omsorgssektoren passer for dem. Men om vi ser nærmere på de ansatte som innehar disse stillingene, så framstår målgruppen som mer sammensatt. Stillingene innehas av både eldre og yngre i både store og små stillinger. To har jobbet ved avdelingen i flere år og andre har kortere ansiennitet. Noen har jobbet for å bli i stillingen i overskuelig framtid. For noen er stillingen deres første møte med arbeidslivet. Dette er gjerne skoleelever og studenter. Både for dem og de litt eldre arbeidstakerne gir stillingene erfaringer som tas med i vurderingen om de skal fortsette i helsesektoren og om de i så fall skal gå et videre utdanningsløp.

Jeg tenkte først at dette skulle bli faste, etablerte stillinger. Men nå tror det er fint med litt flytende roller. Det blir jo en slags rekrutteringsstilling til yrke (Helseutdannet).

«Disse stillingene er populære blant skoleelever og enkelte andre grupper. Så vi har stor pågang, og det er jo luksus (Helseutdannet).

«Dette er veldig bra omdømmebygging for oss. De kommer på jungeltelegraphen. Vi har derfor ikke lyst ut stillinger. De får godt innsyn i hva dette dreier seg om, og om de

skal fortsette eller ikke. Vi har jo også noen unge som snur, som finner ut at dette ikke var noe for dem (Helseutdannet).

Som sitatene illustrerer, fungerer disse assistentstillingene som rekrutteringsstillinger, der spesielt ungdom eller unge voksne får erfaring med hvordan hverdagen på et sykehus ser ut og om dette er en sektor de ønsker å jobbe i. Informantene beskriver at det er populære stillinger, men siden mange av de ansatte er unge og i starten av utdannings- og yrkeskarriere er det rimeligvis også en del turnover i stillingene.

Gevinster er bedre oppgavedeling, reduserte rekrutteringsutfordringer og inkludering

Målet med å etablere stillingene post- og avdelingsvert var å frigjøre helsefagarbeidere fra enkelte serviceoppgaver, slik at de heller kunne jobbe med mer pleie- og omsorgsrelaterte oppgaver og gi bedre støtte til sykepleierne. Med andre ord skulle post- og avdelingsvertene avlaste helsefagarbeiderne, slik at helsefagarbeiderne kunne avlaste sykepleierne. De helsefagutdannede ansatte forteller at opprettelsen av post- og avdelingsverter har bidratt til å lette arbeidsbelastningen både for helsefagarbeiderne og sykepleierne:

Jeg merker mest i forbindelse med serveringen. Vi slipper å bruke tid på dette. Nå kan vi bruke mer tid på stell. Det gir mindre stress på morgen (Helseutdannet).

Det er veldig fint at vi kan gjøre dette. Så får sykepleierne og helsefagarbeiderne tid til annet (Post-/avdelingsvert).

Våre informanter forteller også om andre positive gevinster for arbeids- og fagmiljøet som følge av den nye oppgavedelingen. En av målsettingene med prosjektet var å bedre arbeidsmiljøet, og det synes å ha lyktes. Videre forteller også informantene at fagmiljøet er styrket som følge av den nye oppgavedelingen.

Avdelingen har opplevd et bedre omdømme blant helsepersonell og har overvunnet rekrutteringsutfordringene. Samtlige seniorer blant informantene trakk fram dette i intervjuene, og de forklarte det med endringene i oppgavedelingen:

Nå har vi ingen ledige helsefagarbeiderstillinger. Vi har ansatt fire nye de siste to årene (Helseutdannet).

Endelig fått opptur med søkning fra sykepleiere! Det er nok fordi vi har tatt tak i utfordringer som var tunge, og dette at de får mer interessante oppgaver. De ansatte snakker fram sin egen arbeidsplass. Det gjelder begge faggrupper (Helseutdannet).

Informantene forteller også at tiltakene med ny oppgavedeling har ført til økt interesse for å jobbe på sykehus, hos både unge og voksne som mangler relevant utdanning. Post- og avdelingsvertstillingene utgjør et velkomment lavterskeltilbud for unge eller voksne som ønsker erfaring i sektoren. Noen kommer innom en kort tid, andre blir

inspirert til å ta helsefaglig utdanning, mens andre opplever at jobben som avdelings- eller postvert er akkurat den jobben de ønsker å ha.

7.2 Case 2: Mellom «den etablerte» pleieassistentstillingen og nye assistentstillinger ved sykehjem

Sykehjemmet i denne casen har 144 plasser fordelt på sju avdelinger. Sykehjemmet har de siste årene gjort betydelige endringer i bemanningsnormeringen, og i rutiner for kompetanse- og bemanningskartlegging. Nå gjøres hyppigere analyser av hvordan et varierende tjenestebehov påvirker tjenestestedets kompetansebehov, og kompetanseanalysen følges opp med ny fordeling av oppgaver mellom yrkesgruppene.

Som en konsekvens av disse analysene har en del av sykepleierne blitt tatt ut av avdelingene og jobber i fagteam som dekker flere avdelinger. Med sykepleiere i egne team, har helsefagarbeiderne fått større ansvar for deler av driften på avdelingene. Dermed har også behovet for sykepleiere blitt redusert. En slik måte å organisere sykepleierne på har også oppnådd gode resultater i andre kommuner (Yssen et al., 2023; Yssen, 2024b; Taasen, 2023). I tillegg har sykehjemmet økt andelen faste medarbeidere i store stillinger, og gått fra rullerende turnus til årsturnus. Lederne ved sykehjemmet forteller om et skifte i hvordan de ser på kompetansesammensetning og bemanningsbehov:

Nå tilstreber vi at sykepleiere bare gjør det de kan, så gjør helsefagarbeiderne helsefaglige oppgaver som ufaglærte ikke kan gjøre.

Det skjer en kulturendring. Før skulle sykepleierne i avdeling ordne alt, både praktisk og faglig. Nå jobber de i fagteam. Så må vi utvikle hvordan avdelingene skal drives og ledes. Dette bør kunne tas av helsefagarbeidere. Noen oppgaver følger posisjon mer enn yrkesutdanning (Helseutdannet/leder).

Lederne beskriver at de tenker mer strategisk på hvordan de skal benytte seg av spesielt sykepleiernes, men også helsefagarbeiderens, kompetanse. Sykehjemmet har først og fremst jobbet systematisk med oppgavedelingen mellom helsefagarbeidere og sykepleiere, men har begynt å planlegge hvordan de kan ta i bruk personal uten helsefaglig utdanning.

Ikke-faglærte som pleieassistenter/pleiemedhjelpere

Ved sykehjemmet har man en felles forståelse om at det er mange oppgaver som med fordel kan gjøres av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Det blir derfor også ansatt flere uten formell kompetanse i pleieassistentstillinger.

På intervjudidspunktet gjorde fortsatt helsefagarbeiderne mange ikke-helsefaglige oppgaver, samtidig som assistentene utførte en del pleieoppgaver. Noen av assistentene hadde også ansvarsvakter, som blant annet innebærer utdeling av medisiner. Pleieassistentene beskriver selv at de gjør mange av de samme oppgavene som faglærte. Det er likevel viktig å nevne at de to pleieassistentene vi intervjuet var i ferd med å ta fagbrev, og hadde dermed også opparbeidet seg mer kompetanse enn en assistent uten erfaring fra sektoren. Pleieassistentene forteller også at de er fornøyde med at de får

gjøre helsefaglige oppgaver, som sårstell og utdeling av medisiner. Videre beskriver de at slik har det «alltid» har vært, og at det har vært styrt av ledelsen:

Det er veldig individuelt hvor mye ufaglærte gjør. Noen jobber ganske likt helsefagarbeidere. Dette vurderes av leder. Vi har tre morgenoppgaver. Det er stell, skyllerom og matservering. Vi er tett på pasienten fra morgen til kveld. Noen tar også sårstell med opplæring. Innimellom er det rydding (Ikke-faglært).

Vi som er nærme fagprøven kan også dele ut medisiner og ta ansvarsvakt. På ansvarsvakt går vi med hovedtelefonen for avdelingen og tar telefoner. Vi fordeler oppgaver, og ser til at personalet går i pause når de skal, og sørger for mest mulig flyt i vakta.

Hvis det haster, ordner vi også med vikarer (Ikke-faglært, under utdanning).

Som sitatene viser, er det ulikt hvor stort ansvar den enkelte pleieassistent får av helsefaglige oppgaver. Graden av ansvar avhenger av hvor langt de er kommet i fagopplæringsløpet og om de har deltatt på ikke-formelle opplæringstiltak, men også av den enkeltes erfaring og realkompetanse. Det framstår likevel som at alle pleieassistentene, uavhengig av kompetanse, er tett på beboerne og deltar i stell.

Kompetansebehov og opplæring av pleieassistenter

De ikke-faglærte kommer gjerne inn i avdelingen som vikarer og ekstrahjelpere, og de som ikke allerede er i et utdanningsløp, får lite systematisk opplæring. Som regel består opplæringen av veiledet læring under praktisk arbeid. Selv om det har forekommet, er det ikke etablert praksis at nyansatte assistenter gjennomfører kurs eller andre opplæringstiltak utover tre vakter med veiledning før de settes i arbeid.

Opplæringsbehovet til pleieassistentene avhenger for øvrig av oppgavene de gjør. Som tidligere beskrevet er det ulikt hvor mye den enkelte pleieassistenten får av ansvar for helsefaglige oppgaver, men mange synes å ha noe ansvar for pleie og stell – også de som ikke er under utdanning:

Vi har assistenter som vil utføre helsefaglige oppgaver. Det er bedre at helsefagarbeiderne konsentrerer seg om disse oppgavene og blir gode på dem. Jeg synes det er feil å lære opp ufaglærte. De bør heller ta helsefaglig utdanning (Helseutdannet).

Denne ansattes holdning er at ansvar for helsefaglige oppgaver bør følge av formell helsefaglig kompetanse.

Mulige oppgaver ikke-faglærte kan gjøre

Selv om arbeidet med omfordeling av oppgaver mellom assistenter og helsefagarbeidere ikke har kommet like langt som omfordeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere, har flere av de ansatte perspektiver på hvilke oppgaver som er egnet for assistentstillinger. Disse oppgavene dreier seg om renhold og rydding, om matlagning og ernæring og om velferdstiltak eller miljøarbeid. Dette er oppgaver de helsefaglige utdannede beskriver at de gjerne kan gi fra seg:

Vasking av hjelpemidler, gulv og senger bør ikke sykepleiere og helsefagarbeidere gjøre. Dette er oppgaver som bør gjøres av assistenter [...] (Helseutdannet).

Vi må løfte fra bunn og få inn nye grupper. Hvem kan for eksempel være frokostvert? Og så må de ha litt kunnskap om ernæring og hygiene. Vi hadde egen kokk til å begynne med. Det var kjempefint. Det er mye jobb på kjøkkenet. Dette gjør helsefagarbeiderne nå. Lørdagskos og vafler tar også tid fra fagpersonalet. Og hvorfor kan ikke renholdspersonalet vaske senger og bord også? (Helseutdannet).

Som vi kan lese av sitatene over er det noen informanter som løfter fram nye typer assistentstillinger, mens andre nevner at andre yrkesgrupper enn pleieassistenter kunne overtatt noen typer oppgaver – som for eksempel kokker eller renholdspersonell. Selv om de ikke har etablert nye stillinger for ikke-faglærte, trakk noen av informantene fram et samarbeid med Nav i relasjon til oppgavedeling. Kommunen har samarbeidet med Nav om å gi arbeidstrening til personer som har redusert arbeidsevne. Informantene trakk fram flere positive erfaringer fra dette samarbeidet, og en ansatt beskrev at:

Vi har hatt kjøkkenverter. Disse kom fra Nav og var en del av arbeidstrening og norskopplæring. De har vært til kjempestor hjelp. Det bidrar til at vi kan gjøre våre fagoppgaver (Helseutdannet).

Denne erfaringen illustrerer også at det er oppgaver som kan gjennomføres av personer med lite realkompetanse, og som kan bidra til å avlaste de andre yrkesgruppene. På intervju tidspunktet var det ikke et aktivt samarbeid med Nav.

7.3 Case 3: Samarbeid mellom Nav og pleie- og omsorgstjenester

Den tredje kommunen vi vil trekke fram, har et aktivt samarbeid med Nav om arbeidstrening. Denne kommunen har også startet med å gjennomgå oppgavedeling mellom yrkesgrupper, med sikte på å fristille tid hos helsearbeidere til mer pasientrettet arbeid ved at servicemedarbeidere gjør andre oppgaver i avdelingene. Slik håper de også å redusere vikarbruken og rekrutteringsutfordringene. Dette arbeidet er fortsatt på planleggingsstadiet.

På intervju tidspunktet hadde pleie- og omsorgstjenestene i kommunen akkurat startet opp et nytt samarbeidsprosjekt med Nav. Prosjektet skal pågå i fire sykehjemsavdelinger fordelt på to sykehjem. Grunnlaget for samarbeidet ligger i en gjensidig interesse, slik en av virksomhetslederne formulerte det:

Vi trenger folk og Nav har folk som trenger arbeid. Prosjektet vårt har som mål å avklare gevinster ved å ha en ufaglært i jobb. Vi har tre kandidatgrupper.

Dette er ungdom som faller ut av videregående og som har et ønske om å bli helsefagarbeider. Videre har Nav kandidater som får tilbud om utdanning til å bli helsefagarbeider, men som ikke klarer fagbrevet. Disse har vært i arbeidstrening og vi ser at de fungerer i praksis. Den tredje gruppen er kandidater med nedsatt arbeidsevne og som etter

utprøving kan gå inn på VTO¹⁷ eller varig lønnstilskudd. Det er viktig at disse kan fungere selvstendig i enkle rutinemessige oppgaver.

Prosjektet er organisert slik at Nav dekker lønnskostnadene for disse ansatte i en viss periode.¹⁸ Målet med prosjektet er at kandidatene skal få stabil og varig tilknytning til arbeidslivet som servicemedarbeider. Dersom det blant Navs kandidater er personer som ønsker å gå videre med helsefagarbeiderutdanning, har Nav et tilbud til dem gjennom et eget helsefagarbeiderprosjekt.¹⁹

Basert på evalueringer av andre arbeidsrettede Nav-tiltak (Lien et al., 2018), er det håp om at noen av kandidatene blir motivert til å ta opp utdanningen igjen via praksisen de får på tjenestestedene. Ganske mange har behov for mer språkopplæring for å klare å fullføre utdanningen og for å kommunisere bedre med pasientene.

Ikke-faglærte som servicemedarbeidere

I det aktuelle prosjektet skal kandidatene fra Nav gå inn i en stilling som de har valgt å kalle «servicemedarbeider». Informantene understreker at kandidatene i disse stillingene skal ivareta praktiske oppgaver og enklere miljøarbeid i fellesarealer på avdelingen. Kandidatene får oppgaver som er tilpasset deres kompetanse. En av informantene fra kommunen listet opp en rekke oppgaver disse skal få ansvar for:

De skal gjøre praktiske oppgaver som å rydde pasientenes rom, re opp senger, rydde fellesrom, ordne med maten. Sette på maskiner, ordne tøyvask, fylle opp forbruksmateriell og kanskje bestille mat. De kan også assistere beboere, ledsage til frisør, fotpleie og bidra til trivsel.

Av dette kan vi lese at servicemedarbeiderne *ikke* skal ha ansvar for helsefaglige oppgaver, og delta i behandling, pleie og stell av beboerne. De skal ha ansvar for en rekke praktiske og serviceorienterte oppgaver samt enklere miljøarbeid som vil skape ro i avdelingen. Servicemedarbeiderstillingen ligner på postvertstillingen som ble omtalt i case 1.

Kompetansebehov og opplæring av servicemedarbeidere

I prosjektet med Nav inngikk det ikke opplæring i form av kurs eller lignende. Tanken er heller at kandidatene skulle lære gjennom arbeidspraksis med en kvalifisert mentor fra arbeidsplassen. Samtidig påpekte informantene at det vurderes å utvikle et enklere opplæringsopplegg for servicemedarbeidere, som kunne føre til et kompetansebevis:

Utvikle serviceopplæring der de også lærer å observere og kan bli gode miljøarbeidere. Ernæring og hygiene må også med. Man kan lage noen moduler som gir et kompetansebevis. Men ikke et helt fagbrev. De lærer i praksis og ikke i et klasserom.

¹⁷ Varig tilrettelagt arbeid.

¹⁸ Det finnes både midlertidig lønnstilskudd og varig lønnstilskudd. Virksomheten mister midlertidig lønnstilskudd dersom den ansatte tegner lærekontrakt.

¹⁹ Prosjektet framstod som et lokalt prosjekt, men det kan tenkes at det dreier seg om Menn i Helse.

Som sitatet illustrerer, mener også denne lederen at et slikt opplæringsløp med fordel først og fremst kan skje gjennom praktisk opplæring ved tjenestestedet.

7.4 Andre kommuner

I dette prosjektet har vi intervjuet ledere, rådgivere og tillitsvalgte i fire kommuner, i tillegg til de tre casene omtalt over.

Noen av disse kommunene har gode erfaringer med fag- og yrkesopplæring for sine ikke-faglærte ansatte, enten gjennom løp som fagbrev på jobb eller lokale tilpasninger av praksiskandidatordningen.²⁰ De fleste informantene var opptatt av å fortelle om deres modeller eller tiltak som kan bidra til at ikke-faglærte fullfører fagbrevet. De hadde ulike oppfatninger om nytteverdien av en ny stilling på lavere nivå enn helsefagarbeideren, og hvilke oppgaver og kompetanse som var hensiktsmessig i en slik stilling.

I de følgende avsnittene drøfter vi hovedfunnene fra intervjuene.

Realkompetanse styrer fordelingen av oppgaver på hver vakt

Flere informanter pekte på at det allerede foregikk oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper og ulike ansatte ved avdelingene – ofte av seg selv og uten at dette nødvendigvis er formalisert gjennom egne stillingstyper. Som pekt på i caseeksempel 2, er det stor forskjell på hvilken realkompetanse assistentene innehar. Dette påvirker igjen hvilke oppgaver de får ansvar for. I praksis gjør de ansatte som kan «minst» mer av arbeidet som krever minst helsefaglig kompetanse, eksempelvis service- og kjøkkenoppgaver. Assistentene med lang erfaring og realkompetanse tar større del i oppgaver som krever mer helsefaglig kompetanse, selv om de ikke har formelt bevis.

I forlengelsen av dette mener noen av informantene at det ikke er nødvendig med mer formalisert oppgavedeling eller nye stillingstyper, fordi oppgavedelingen mellom yrkesgruppene med fagbrev eller lavere/ingen utdanning i stor grad løses på «bakkeplan» og styres av de ansattes realkompetanse.

Nytt stillingsnivå = hvileskjær i fag- og yrkesopplæringen?

I tre av kommunene uttrykte informantene bekymring for at en stilling på nivå mellom helsefagarbeider og ikke-faglært ville kunne oppfattes som et hvileskjær, og motvirke arbeidet tjenestestedene i deres kommune la ned for å bidra til at deres assistenter klarer å fullføre helsearbeiderfaget:

Vi ønsker å få kvalifisert alle ikke-faglærte som har potensial til å bli værende i sektoren til fagbrev. Fagbrev er ikke et veldig høyt kvalifiseringsnivå (Enhetsleder ved hjemmehaserte tjenester).

Et felles kjennetegn ved informantene som mente at fagbrevet burde være målet, og at det var et oppnåelig kvalifikasjonskrav for de fleste assistentene i tjenesten, var at de kom fra kommuner som hadde lagt ned ekstra ressurser i å informere, motivere og

²⁰ Selv om praksiskandidatordningen i utgangspunktet er et privatistløp og ikke et opplæringsløp, er det enkelte virksomheter og kommuner som tilrettelegger ekstra eller gir noe opplæring i forkant av eksamen.

støtte sine assistenter til å ta fagbrevet. En av kommunene etablerte et «kull» med assistenter som fikk tilbud om realkompetansevurdering, undervisningssamlinger, dekkede kostnader av studieavgifter og lønnet permisjon fra jobb for å ta fagbrevet.

Erfaringen til disse kommunene var at fagbrevet er enklere oppnåelig enn det assistentene kanskje selv hadde tenkt. Flere informanter mente derfor at et nytt stillings- og kvalifikasjonsnivå var unødvendig:

Når du sier at man lurer på om man trenger et nivå mellom fagarbeider og assistent, så tenker jeg at man ikke ser hvor lett man faktisk kan løfte noen fra assistent til fagarbeider (Leder).

Jeg kan ikke skjønne hvorfor man skulle lage et mellomnivå. Det baserer seg på det jeg sa i stad, at det man er vant til med den gamle ordningen er at det er veldig få som tar fagbrev på jobb (Leder).

Informanter pekte også på at det tidligere hadde skortet på informasjon om mulighetene til å ta fagbrev og tilrettelegging på arbeidsplassen. Andre utfordringer var at de ansatte hadde andre forpliktelser og lav selvtillit, som forhindret dem i et fagbrevløp.

Noen sier at de aldri har blitt motivert eller vet hvordan de skal bli en helsefagarbeider. At de aldri har fått vite hva som skal til for at de kan bli en helsefagarbeider. Vi har jo mange assistenter [...] Vi har et mangfold her. Assistenter fra mange kulturer, som da kanskje ikke forstår den norske veien til å bli helsefagarbeider og ikke søker etter informasjonen selv. Og når ingen rundt dem har fortalt hvordan de skal bli en helsefagarbeider, så har de bare jobba (Avdelingsleder, sykehjem).

Med utgangspunkt i erfaringen med fagbrevløft, trakk disse informantene fram at tilrettelegging fra arbeidsgiver kunne bidra til å kvalifisere de ikke-faglærte til helsefagarbeidere på relativt kort tid. Tilretteleggingen inkluderer inntektssikring under opplæring og felles undervisningssamlinger for kandidatene.

Ulike syn på «servicemedarbeiderstillinger»

Selv om flere informanter i casekommunene var skeptiske til en stillingskategori mellom helsefagarbeideren og ikke-faglærte, var andre informanter mer positive til en type «servicemedarbeider». I en av kommunene mente informantene at en slik stillingskategori kunne bidra positivt til øvrig oppgavedeling:

Å etablere et stillingsnivå under helsefagarbeideren, ville kunne bidra til å «tvinge fram» at helsefagarbeideren ble brukt mer riktig (Enhetsleder).

I en annen kommune fortalte informantene at de hadde tenkt på å etablere en vertstilling, men at det kunne være vanskelig å avgrense en slik stilling til kun praktiske oppgaver:

Det vi har snakket om, det er noe vi kan kalle en hotellvert, eller vert. Som kan re senger, ta kjøkkenet, sortere klær og varelageret.

Men samtidig ha noen ferdigheter [...] Det kan ikke bare være oppgaver som ikke er pasientrettet. [...] Det er ikke mulig å tenke at det kan være en rolle som ikke skal ha pasientoppgaver. Noe vil det alltid være for å få hverdagen til å gå rundt (Fagsykepleier, sykehjem).

Som sitatene illustrerer, ser disse informantene behovet for en stilling som i større grad kan utføre de praktiske oppgavene ved en sykehjemsavdeling. Samtidig var den første informanten fra sykehjemmet tydelig på at ved deres avdeling måtte også pleieoppgaver inngå. På en liten avdeling, eller når det er fravær, må alle ansatte ha ferdigheter til å ta del i stell, mente disse. Det ble også nevnt i intervjuer i en annen kommune:

På enkelte vakter er de få ansatte. Alle må i prinsippet kunne trå til på det meste (Enhetsleder, institusjonstjenester).

Oppsummert har informantene ulike syn på hvilke oppgaver som er relevante i stillingsbeskrivelsen til dagens assistentstilling, og i eventuelle nye stillinger. Noen mener at alle ansatte må kunne bistå brukere eller beboere med stell og vask, mens andre vurderer at det kan etableres stillinger som kun ivaretar service- og/eller kjøkkenoppgaver.

Et nytt kompetanseløp som en minimumsstandard

Videre pekte noen av informantene på behovet for en felles minstestandard på kompetanse for nyansatte assistenter. Disse informantene mente at assistenter, eller ikke-faglærte, utgjorde en viktig ansattgruppe i pleie- og omsorgstjenestene og at det var behov for assistenter som kunne ta del i praktiske oppgaver, men også pleie og stell. De så likevel et behov for økt kompetanse blant nyansatte i disse stillingene, og mente at et kortere opplæringsløp kunne bidra til kvaliteten på tjenestene og til å motivere for videre deltakelse i formelle og ikke-formelle kompetansehevingstiltak:

I framtida skulle man gjerne stimulert de med en gang de kom inn. At det første man gjorde, var å stimulere den nysgjerrigheten og få dem inn i et løp. Ja, som et krav. Men det skal være noe som er absolutt overkommelig. Hvor de ikke må sitte og pugge teori og alt det der, men at det er en lavterskel som også kanskje kan få de mer nysgjerrige på videre løp som helsefagarbeider (Assisterende avd.leder, sykehjem).

Og at det ble en minimumsstandard for alle som skal jobbe [...] Du kommer ikke bare rett inn. Det krever noe av deg hvis du skal jobbe her. Og så blir du samtidig anerkjent for det du gjør (Leder, sykehjem).

Videre reflekterte de også rundt hvordan et slikt opplæringsløp kunne se ut:

Jeg skulle gjerne hatt et todelt løp. At vi kunne sendt dem i en opplæringsløyfe. Hvor de kunne lært teoretiske prinsipper for hygiene, smittevern, kommunikasjon, de

«basic» tinga for å kunne jobbe i helsevesenet eller i kommunehelsetjenesten. Og så at det etter det hadde vært opplæring i praksis, som utfylte den teoretiske delen av det.

[...] Og at det ansvaret for å lære deles litt. Man skulle hatt et felles program, læringsprogram som alle skulle gjennom, og så at arbeidsplassene etter det tar ansvar for den opplæringen på jobb (Avdelingsleder, sykehjem).

Når det gjelder varighet, så denne lederen for seg et opplæringsløp på omtrent fire måneder: «to måneder teori, to måneder praksis, og så er du ferdig». Samtidig pekte hun på at det kanskje ikke burde organiseres med en eksamen, men kanskje heller en vurdering av og bevis på egnethet fra en veileder eller lignende.

Det er samtidig verdt å nevne at mange av temaene denne avdelingslederen trekker fram, hygiene, kommunikasjon og smittevern, er temaer som dekkes i modul 1 og 2 i det modulstrukturerte opplæringsløpet for å bli helsefagarbeider. Lederen vi intervjuet hadde kjennskap til modulstrukturert opplæring, fordi en ansatt nettopp hadde startet på et slikt løp. Dette var likevel så nytt at hun ikke hadde inngående kjennskaper til hvordan løpet var strukturert, eller hva de ulike modulene innebar av kompetansemål.

Denne informantens forslag er det mest konkrete og detaljerte forslaget til et nytt opplæringsløp for en assistentstilling i vårt datamateriale. Samtidig har flere andre også pekt på hvilke kompetansehull de mente det var blant pleieassistentene i deres tjeneste, og hvilke temaer som bør inngå i et eventuelt nytt opplæring- og/eller kvalifikasjonsløp:

Mange har ikke koll på hvordan og hva man skal dokumentere. Hva som er en god rapport. Det er vanskelig når man ikke har opplæring. [...] Av nødvendig basiskunnskap burde de bli skolert i litt sykdomslære og få opplæring i de praktiske oppgavene: Hvordan man vasker en person, for eksempel. Man kunne kanskje hatt et simuleringsrom for nyansattkurs (Fagkoordinator).

De må ha noe kompetanse innen, jeg vet ikke om det skal være et nasjonalt kurs eller hva, men de må kunne noe om hygiene og smittevern. [...] Og altså [...] det å omgås med folk? Prate med folk? (Tillitsvalgt).

Av informantene som mener at en ny stillingstype først og fremst skal ivareta praktiske oppgaver, som renhold, matlagning og praktisk bistand, er det flere som mener at opplæring i smittevern, hygiene, ernæring og rolleforståelse er nødvendig. Samtidig er det også noen som mener at slike typer stillinger ikke vil kreve noe formell opplæring:

De oppgavene som vi ser for oss at en kan trekke ut i serviceoppdrag, jeg vet ikke om de trenger en egen utdanning (Tillitsvalgt).

Oppsummert er det ulike meninger om hvordan og hva et kompetanseforløp for ikke-faglærte bør inneholde, og hvordan det bør være organisert, som igjen henger sammen med oppgavene man ser for seg at stillingen skal ivareta. Noen mener at det ikke er

nødvendig å etablere et nytt kompetanseløp, mens andre ser behovet for et felles grunnkurs for alle.

7.5 Oppsummering og diskusjon

Som gjennomgangen i dette kapitlet har vist, har noen kommuner og andre tjenestesteder i helse- og omsorgssektoren kommet langt på vei i arbeidet med en ny oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og ikke-faglærte, mens andre fortsatt er på et kartleggings- eller tenkestadium. Dette reflekteres det om i de nyeste forskningsbidragene på feltet også. I for eksempel evalueringen av Tørn viser Bråthen & Moland (2024a) at noen kommuner har etablert ny oppgavedeling og nye stillings- eller vaktbeskrivelser for ikke-faglærte og mange flere har planer om å gjøre det.

Selv om dette i stor grad er et felt i utvikling, har vi sett flere eksempler på kommuner og/eller virksomheter som har etablert nye stillingstitler eller -beskrivelser på nivå under fagarbeideren og definert hvilke oppgaver disse skal og *ikke* skal ha ansvar for. Disse kommunene og virksomhetene skiller seg ut ved at de har formalisert en ny oppgavedeling gjennom å etablere nye stillingstitler eller redefinere ansvarsområdene i «gamle» assistentstillinger. I tillegg skjer oppgavedeling i praksis ved alle tjenestesteder, med utgangspunkt i de ansattes realkompetanse.

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen og casestudiene kan vi identifisere to idealtyper av stillinger for ikke-faglærte på nivå under helsefagarbeideren. Begge stillingene har praktiske oppgaver som hovedansvar, men skiller seg fra hverandre når det gjelder graden av deltakelse i pleie og stell av pasienter, beboere eller brukere.

Den første stillingen har vi valgt å kalle *servicemedarbeider*. Denne stillingstypen omtales også i casene som post- og servicevert. Rollen innebærer hovedsakelig praktiske og serviceorienterte oppgavene «rundt» brukerne eller beboerne, som matlagning, servering av måltider, rydding og renhold. I tillegg omfatter stillingen miljøarbeid som retter seg mer direkte mot brukerne, for eksempel ved å ledsage til ulike aktiviteter, turgåing og annen aktivisering og velferdstiltak

Den andre stillingen har vi valgt å kalle *pleiemedhjelperen* eller *pleieassistenten*. Noen kommuner og virksomheter bruker andre stillingstitler, slik som assistent eller avdelingsvert. Pleieassistent er en etablert stillingstittel i sektoren, og som mange ikke-faglærte i dag er ansatt som. I praksis utfører mange pleieassistenter de samme oppgavene som helsefagarbeideren, som for eksempel medisinalutdeling og stell.

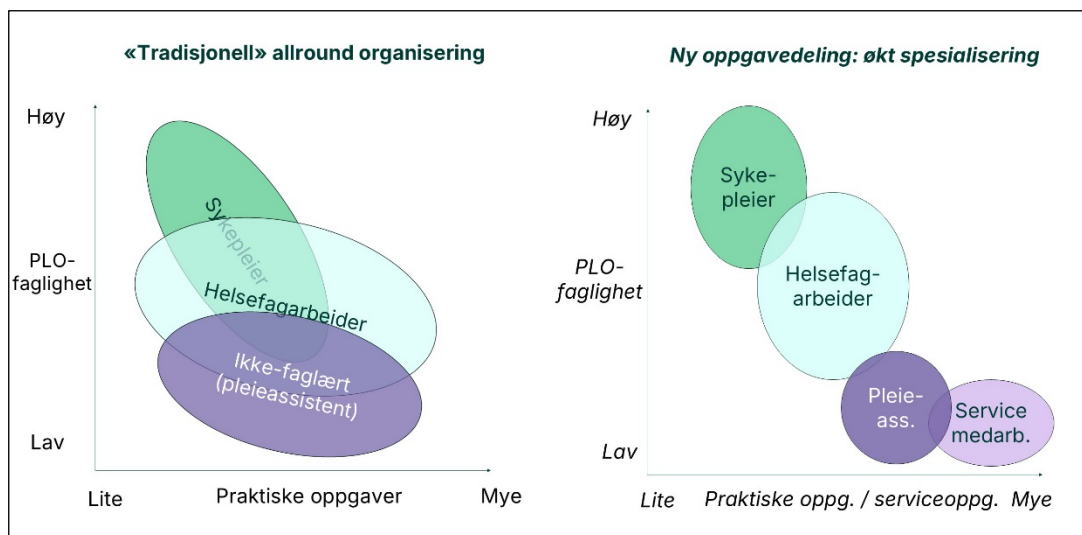
Forskjellen mellom disse to stillingskategoriene, og andre stillinger med høyere krav om helsefaglig utdanning, ligger i fordelingen av ansvaret for pleie, stell og behandlingsoppgaver. Med enkelte unntak, er det imidlertid uklare grenser for hvilke oppgaver som i praksis utføres av de ulike yrkesgruppene. I figur 7.1 illustreres den overlappende oppgavedelingen mellom yrkesgrupper med henholdsvis tradisjonell og ny organisering. Y-aksen viser graden av PLO-faglighet. Med PLO-faglighet sikter vi til hvor store krav arbeidsoppgavene stiller til en helse-, pleie- og omsorgsfaglig kompetanse. X-aksen viser graden av praktisk, ikke-faglig innhold.

Figuren er todelt og viser forskjellen mellom en tradisjonell og ny organisering av arbeidsoppgavene mellom de ulike yrkesgruppene. Til venstre i figuren er den tradisjonelle organiseringsformen illustrert. Den organiseringsformen kjennetegnes av en struktur, der alle yrkesgruppene jobber side om side for å ivareta brukernes behov og gjennomføre oppgavene. Her deltar både sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter i pleie og stell, og alle tar ansvar for oppgaver som for eksempel matlagning og rydding. De helsefaglige utdannende har likevel også her ansvar for de mest komplekse og sykepleiefaglige oppgavene.

Til høyre i figuren illustreres en organiseringsform kjennetegnet av tydeligere oppgavedeling mellom yrkesgruppene. Dette er organiseringsformen som kjennetegner casene som er presentert i dette kapitlet. Her er skillene mellom yrkesgruppenes arbeidsoppgaver tydeligere: Nye assistentstillinger med lavere eller ingen krav til helse- og sosialfaglig utdanning overtar ansvaret for praktiske eller serviceorienterte oppgaver, mens de helse- og sosialfaglige utdannende har ansvar for sykepleie, behandling og forebygging. De helsefaglige utdannende tar i hovedsak ikke del i de praktiske oppgavene, mens assistene enten ikke tar del i pleie i det hele tatt (servicemedarbeider) eller tar kun del i noe av det enklere pleie- og omsorgsarbeidet.

En tydeliggjøring av oppgavedeling og etablering av nye stillingstitler, enten både servicemedarbeider og/eller redefinering av pleieassistent-rollen, synes å ha bidratt positivt til tjenestestedene. Et tydelig funn er at slike nye stillinger bidrar til å gi sykepleierne og helsefagarbeiderne bedre tid til å ivareta oppgaver som krever deres helsefaglige kompetanse. Med andre ord fører det til en mer hensiktsmessig oppgaveløsning og bruk av kompetanse.

7.1 Overlappende oppgavedeling mellom yrkesgrupper med henholdsvis tradisjonell og ny organisering



På den andre siden er noen av våre informanter mer usikre på om det er mulig eller hensiktsmessig å ha mange servicemedarbeiderstillinger. Disse informantene er ansatte eller ledere på små avdelinger, der man ikke er flere en tre-fire ansatte på vakt. På slike tjenestesteder peker informantene på behovet for ansatte med «breddekompetanse» som også kan ta del i pleie, stell og behandling.

Basert på vårt datamateriale har vi ikke kunnet utforske forskjeller mellom behov for ulike typer stillinger mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester. Det har vært sykehjemsavdelinger som har vært mest frampå i å kartlegge oppgaver og etablere nye stillinger. At det er flere caseeksempler fra sykehjem eller institusjonstjenester kan kanskje bety at det er enklere å etablere en tydeligere oppgavefordeling mellom assistent, helsefagarbeider og sykepleier ved institusjoner enn i hjemmetjenestene.

I hjemmetjenestene yter personalet mange av de samme oppgavene som i institusjonstjenestene, herunder helsefaglig pleie og praktisk bistand. Mange av brukerne mottar både helsehjelp, slik som sårstell, administrering av medisiner eller behandling, og hjelp til stell eller praktisk bistand som å ta på støttestrømper og tilberede mat. Hvis de ulike oppgavene skal fordeles mellom en servicemedarbeider og en helsefagarbeider eller sykepleier, vil det innebære at en bruker vil få besøk og hjelp av (enda) flere ulike personer i løpet av én vakt. Dette vil bidra til å svekke kontinuiteten, som allerede er en utfordring i hjemmetjenestene. Hvorvidt det er hensiktsmessig å etablere servicemedarbeiderstillinger i hjemmetjenesten er derfor usikkert.

I det neste kapitlet ser vi nærmere på hvilke kompetansebehov og kvalifikasjonskrav som bør høre til de to nye stillingene vi har skissert her, og hvordan det eventuelt bør organiseres.

8 Mulige kvalifikasjonskrav og målgrupper for nye stillinger

I forrige kapittel identifiserte vi, på bakgrunn av casestudier og en litteraturgjennomgang, to typer stillinger som kan være aktuelle å innføre eller videreføre i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene for å få bedre oppgavedeling og -løsning.²¹ Disse stillingstypene benevnes med ulike titler eller navn i sektoren i dag, men vi har valgt å omtale dem som (1) servicemedarbeider og (2) pleieassistent.

Servicemedarbeideren har primært praktiske og miljøarbeid-oppgaver. Ved institusjoner kan de praktiske oppgavene dreie seg om kjøkkentjenester og matlagning eller om renhold, rydding og administrativt arbeid. En pleieassistent har også praktiske oppgaver, men til forskjell fra servicemedarbeideren har pleieassistenten også oppgaver knyttet til pleie og stell av beboere eller brukere. Pleieassistenten har typisk ansvar for mer «pleielette» oppgaver, herunder brukere med stabile eller lite komplekse sykdomstilstander. Pleieassistenter har større ansvar for helsefaglige oppgaver enn en servicemedarbeider, men ikke like komplekse oppgaver som en helsefagarbeider.

I dette kapitlet drøfter vi først hvilken kompetanse det er behov for i de to ulike stillingene, hvordan kompetanse kan opparbeides, og om det bør være et formelt kvalifikasjonskrav til stillingene. Diskusjonen om kompetansekrav tar utgangspunkt i hvilken type kompetanse som samlet sett er nødvendig for å løse arbeidsoppgavene i pleie- og omsorgstjenestene på en faglig forsvarlig måte.

Deretter ser vi nærmere på målgrupper for de to stillingene: Hvilke grupper i og utenfor tjenesten er stillingene relevante for? Vi ser både på ulike typer ikke-faglærte, som allerede er ansatt i tjenestene, og ikke-faglærte arbeidssøkende. Vi retter med andre ord oppmerksomheten på om nye stillingsbetegnelser kan bidra til økt arbeidsinkludering.

8.1 Kvalifikasjonskrav og målgrupper for servicemedarbeiderstilling

Våre informanter er omforente om at ansatte i en stillingskategori, som primært dreier seg om praktiske oppgaver, kan ha nytte av kompetanseutvikling og et opplæringsløp, men at det ikke er behov for et omfattende utdannings- eller kvalifiseringsløp for en slik stilling. Oppgavene omtales som relativt enkle, og i de kommunene vi har intervjuet får de ansatte kompetanse kun gjennom veiledet opplæring på arbeidsplassen.

Samtidig peker informantene på at også ansatte i en servicemedarbeiderstilling må ha en grunnkompetanse i det som er kjerneoppdraget i tjenestene, nemlig å ivareta pleie- og omsorgsbehovene til sårbare personer. Som vi så i forrige kapittel, innebærer dette å ha grunnleggende kunnskap om etikk, hygiene og kommunikasjon samt å ha gode holdninger til pasientene og til profesjonelt arbeid. En slik grunnkompetanse kan gis gjennom et kortere kurs, og gjerne allerede eksisterende kurs, som «Dette må jeg kunne»-

²¹ Stillingskategoriene kan også være relevante i andre deler av helse- og omsorgssektoren.

kursene fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse eller Helselappen (omtalt i kapittel 4).

Oppsummert peker datamaterialet mot at en kombinasjon av et kort teoretisk kurs og veiledet opplæring på arbeidsplassen er hensiktsmessig ved ansettelsen av nye servicemedarbeidere. Veiledet opplæring ved nyansettelser er rutine ved de fleste arbeidsplasser i pleie- og omsorgssektoren i dag, men å tilby og kreve deltakelse på kurs synes å være mindre utbredt.

Sertifisering: En felles nasjonal kursstandard?

Hvorvidt grunnleggende opplæring skal lede til en sertifisering eller lignende er et annet spørsmål. Hvis et sertifiseringskurs skal være meningsfullt, må det etableres en felles nasjonal standard for kompetansetilbudet. Her kan man se til erfaringene fra England, der de har etablert nettopp et nasjonalt sertifiseringskurs kalt «Omsorgssertifikatet». Evalueringene av kurset peker imidlertid på at mangelen på felles standarder når det gjelder undervisningsform, samt manglende sertifisering av kursets tilbydere, bidrar til å skape forskjeller fra virksomhet til virksomhet. Dermed blir både kurset og sluttkompetansen mindre enhetlig (Thomson et al., 2018). Dersom man skal etablere en enhetlig sertifiseringsordning må man sikre at sluttkompetansen faktisk blir lik.

En fordel med sertifisering er at den gir den enkelte en gjenkjennelig kvalifikasjon som kan overføres mellom arbeidsplasser. Dersom sertifiseringskurset bygger på et allerede etablert tilbud, som «Dette må jeg kunne», vil det heller ikke være særlig ressurskrevende å innføre en nasjonal standard. På den andre siden kan en sertifiseringsordning innføre mer rigide krav til slike stillinger enn det som faktisk er nødvendig. Flere av våre informanter mener at særskilt kompetanse ikke er påkrevd for stillinger med kun inneholder praktiske oppgaver. I lys av dette kan det være lite hensiktsmessig å bruke ressurser på å etablere et nasjonalt sertifiseringskurs.

Helselappen som modell: Tverrsektorielt samarbeid om opplæring

Som omtalt i kapittel 4, har Kongsvinger-regionen etablert et kurstilbud for arbeidssøkende i samarbeid med Nav, fylkeskommunens kompetansesenter og helse- og omsorgstjenestene i en rekke kommuner (Helselappen). Disse tre instansene deler på ansvaret for et kurstilbud som gis til arbeidssøkende som er i kontakt med Nav. Det virker hensiktsmessig å etablere en slik opplæringsmodell i forlengelsen av opprettelsen av servicemedarbeiderstillinger. Modellen fordeler opplæringsansvaret mellom ulike enheter og vil dermed avlaste de ofte pressede kommunale helse- og omsorgstjenestene. Deltakerne i kurset er registrert som arbeidssøkende hos Nav, og et tverrsektorielt tilbud vil kunne nå flere personer utenfor arbeidslivet. Informantene har også påpekt at det er avlastende for tjenestene at personer som kommer inn i større grad vet hva de går til og på forhånd har vurdert at de er interessert og egnet for en stilling i sektoren.

Målgrupper for en servicemedarbeiderstilling (uten kompetansekrav)

En sentral målgruppe for servicemedarbeiderstillingen er ikke-faglærte ansatte og vikarer i pleie- og omsorgstjenestene med kort ansiennitet. Som pekt på i kapittel 3 er mange av de ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene unge og i et utdanningsløp.

Dette er typisk studenter som har en deltids- eller helgejobb i tjenestene ved siden av studiene. Av de sysselsatte i pleie- og omsorgsgruppen, i alderen 15–27 år, er 65 prosent i utdanning. Omtrent 32 prosent av de unge, er i en helserelatert utdanning og vil trolig kunne kvalifisere til en pleieassistentstilling. Den andre gruppen, studenter som ikke utdanner seg innen helse- og sosialfag, og som ikke har realkompetanse, er mer aktuelle for en servicemedarbeiderstilling.

Utover studenter vil også andre ikke-faglærte med kort ansiennitet være aktuelle for en servicemedarbeiderstilling, og i hvert fall i starten av arbeidskarrieren i sektoren. En servicemedarbeiderstilling kan fungere som en rekrutteringsstilling, slik som det gjør ved sykehuset og -hjemmet omtalt i kapittel 7, og passe godt for nyansatte uten særlig realkompetanse eller erfaring innen pleie- og omsorgsarbeid. På sykehuset var mange av de ansatte i postvertstillingene studenter eller elever ved videregående som ikke hadde erfaring eller formalkompetanse til å arbeide i sektoren, men som ønsket å få erfaring. Dersom de har et ønske om å forbli i sektoren i lengre tid, eller hele sin yrkeskarriere, vil det være hensiktsmessig å legge til rette for at de kan starte på et utdanningsløp og kvalifisere seg videre – om de har motivasjon og ønske om dette. Dette vil vi komme tilbake til i neste delkapittel.

En tredje målgruppe er ikke-faglærte i sektoren som *ønsker* å ha en stilling som kun har praktiske oppgaver. Som vi har sett fra casestudiene er det flere av de ansatte i servicemedarbeiderstillingene som hadde lang ansiennitet og var fornøyd med å ha fått en slik stillingsbeskrivelse. Oppgavedeling muliggjør at sektoren både nyttiggjør seg disse ressursene, samtidig som øvrige ansatte får brukt sin helsefaglige kompetanse mer effektivt.

En fjerde målgruppe for en servicemedarbeiderstilling er personer som i dag ikke jobber i pleie- og omsorgstjenestene, men som ønsker å få seg en jobb der. Dette er en svært mangfoldig gruppe personer, med ulik bakgrunn og ulikt kompetansenivå – fra nyankomne flyktninger til personer som har falt ut av arbeidslivet, til personer med nedsatt arbeidsevne mv. Det finnes flere lokale initiativ og forsøksordninger der man forsøker å få personer som i dag mottar ytelser fra Nav inn i arbeid i helse- og omsorgstjenesten, blant annet gjennom arbeidstrening eller forberedende kursing før man inngår i typiske servicemedarbeiderstillinger. Et samarbeid mellom Nav, kommunale pleie- og omsorgstjenester og fylkeskommunale opplæringsaktører om et grunnleggende kurs – som Helselappen i Innlandet – kombinert med etablering av servicemedarbeiderstillinger, kan bidra til økt inkludering av personer utenfor arbeidslivet som ønsker seg jobb i sektoren. For denne gruppen kan et introduksjonskurs og en servicemedarbeiderstilling også være et første steg mot videre utdanning og stillinger med kvalifikasjonskrav.

Som tidligere nevnt er manglende norskkunnskaper en barriere for en andel personer som i dag står utenfor arbeidslivet (SØA, 2023; Meld St. 33 2023–2024). Empiri fra tidligere prosjektarbeid har vist at enkelte kommuner er svært restriktive med å ta inn personer, eksempelvis fra Nav, på arbeidstrening, hvis de ikke har et minimumsnivå av norskkunnskaper. Samtidig kan det være enklere å lære norsk når man er i en arbeidssituasjon. Da får man også raskere inn de norske begrepene på det konkrete arbeidet som skal utføres. Denne gruppen kan potensielt være i målgruppen for en

servicemedarbeiderstilling, samtidig som man så ansettelse i sammenheng med et opplæringsløp, som skissert her eller som Prepp i Helse.

8.2 Kvalifikasjonskrav og målgrupper til stilling som pleieassistent

En pleieassistent skal ivareta oppgaver i pleie og stell av brukere i tillegg til mer serviceorienterte oppgaver. Våre informanter har ulike oppfatninger om hvorvidt det er behov for et eget kvalifiseringsløp og kompetansekrav til en slik type stilling. På den ene siden har vi sett at pleieassistenter uten formelle kvalifikasjoner gjennomfører pleie, stell og delvis mer kompleks sykepleie i mange kommuner i dag. Videre har vi sett at noen kommuner som har gjennomført kartlegginger av oppgavedeling og kompetansebehov, slik som for eksempel Bodø kommune (Bråthen & Moland, 2023), og har gitt oppgaver innen pleie og stell til pleieassistenten uten å stille krav til spesifikk kompetanse. På den andre siden har vi informanter som mener at dagens pleieassistenter ikke egentlig har nok formalkompetanse til å ivareta de mer helsefaglige oppgavene de allerede har i dag.

Vår vurdering er derfor at denne typen stilling krever mer helse- og omsorgsfaglig kompetanse enn det en servicemedarbeiderstilling gjør, som følge av at pleieassistentens oppgaver i større grad overlapper med helsefagarbeiderens oppgavefelt enn hva servicemedarbeideren gjør.

Et kvalifikasjonsløp integrert i dagens fag- og yrkesopplæring

I lys av at helsefagarbeiderutdanningen for voksne er modulstrukturert, kan en praktisk tilnærming være at pleieassistentene gjennomfører en eller to av disse modulene.

Den første modulen i den modulstrukturerte læreplanen heter «Profesjonalitet i helsearbeiderfaget», og inneholder kompetansemål knyttet til profesjonalitet, yrkesetikk og kommunikasjon, i tillegg til hygiene, førstehjelp og smittevern. Den andre modulen heter «Livskvalitet og helsekompetanse», og inneholder kompetansemål om evne til å kartlegge omsorgsbehov og funksjonsnivå, utføre grunnleggende sykepleie samt kunnskap om kroppen og ernæring. Dette er med andre ord kvalifikasjoner som er viktigere jo mer ansvar den ansatte har for oppfølging av brukeres pleie- og omsorgsbehov.

En av intensjonene med modulstrukturert opplæring har (nettopp) vært å gjøre det mulig å kunne ta enkeltmoduler som er særlig relevant for den jobben eller stillingen man innehar eller ønsker å få:

Ved at opplæringen organiseres i moduler kan den enkelte velge å ta de modulene som er spesielt nyttige i den jobben de har, for å kunne skaffe seg en jobb eller få sin kompetanse dokumentert etter gjennomført og bestått modul (Meld. St. 16 (2015-2016), s. 45).

Læreplanene i modulstrukturert opplæring i helsearbeiderfaget tredde i kraft høsten 2024. Det er derfor få erfaringer å høste. Blant våre casekommuner var det kun en avdeling som hadde ansatte som var i gang med et modulstrukturert løp. Basert på hva informantene mente om hvilke kompetanser en ansatt burde ha i stillingen som helseassistent, samt hvilke oppgaver pleieassistenter vanligvis ivaretar, synes likevel de to

første modulene i helsearbeiderfaget å være spesielt relevante for en assistentstilling som også skal utføre enklere pleieoppgaver.

Fra pleieassistent til helsefagarbeider

I forbindelse med utviklingen av de modulstrukturerte læreplanene ga flere i de faglige rådene og Samarbeidsrådet for yrkesopplæring (SRY) uttrykk for en bekymring om at en oppfordring til fullføring av enkeltmoduler vil bidra til en «fragmentering av yrkesopplæringsløpet» (Dahle et al., 2024, s. 109). Dette er en bekymring noen av våre informanter også har uttrykt i forbindelse med en diskusjon om et nytt, kortere (formelt) kvalifiseringsløp, da de mener det kan bidra til at færre fullfører fagbrevet. Dette har vi ikke empiri på ennå, fordi modulstrukturert opplæring er såpass nytt. Erfaringene fra forsøket med modulstrukturert opplæring, som varte mellom 2017–2024, viste at det var svært få som kun fullførte en eller et par moduler fordi de var særlig arbeidsrelevante for deres stilling. Kun fire av 22 forsøksledere oppga at de hadde hatt deltakere som kun hadde tatt enkeltmoduler fordi de trenger det i arbeidet sitt (Dahle et al., 2024).²² Dette indikerer at modulstrukturert opplæring ikke ble brukt til dette formålet, men hva som er årsakene til det vet vi lite om.

Hvorvidt det å etablere en ny type pleieassistentstilling med krav om ett eller to moduler innen helsefagarbeiderfaget vil bidra til at færre eller flere fullfører fagbrevet og blir helsefagarbeidere, vet vi heller ikke. Dette avhenger trolig av en rekke forhold.

Vi vurderer at det vil være viktig å integrere eventuelle kvalifikasjonskrav til en ny stilling i dagens system for fag- og yrkesopplæring, heller enn å etablere et helt nytt kvalifiseringsløp. På denne måten legges det til rette for at den enkelte kan fortsette opplæringsløpet, og på sikt oppnå autorisasjon som helsefagarbeider. Gjennom caseundersøkelsen og litteraturgjennomgangen har vi sett at det er rom for å ansette i en stillingstype som pleieassistenten, men behovet for helsefagarbeidere er fortsatt stort. Derfor er det sentralt at arbeidsgiver fortsetter å tilrettelegge for deltakelse i det modulstrukturerte opplæringsløpet etter at de to første modulene er fullført. Med tilrettelegging sikter vi til de typer tiltak som ble presentert i kapittel 7, som for eksempel studiepermisjon med lønn.

Målgrupper for en pleieassistentstilling

Hvem, eller hvilke grupper, som er aktuelle for en pleieassistentstilling avhenger både av hvor strengt man definerer eller tolker det foreslåtte kvalifikasjonskravet, og hvor vel fungerende systemet for realkompetansevurdering er. En «streng» tolkning eller håndheving av kvalifikasjonskravet innebærer at søkeren må ha fått godkjent underveisvurderingen for modul 1 og eventuelt 2 i helsearbeiderfaget.

Ikke-faglærte i sektoren, som ikke er i utdanning, er en av gruppene som er aktuelle for en stilling som pleieassistent. Som diskutert i forrige delkapittel vil trolig ikke ansatte med kort ansiennitet og dermed lav realkompetanse være kvalifisert for denne stillingen

²² Det kommer ikke fram hvilke fagfelt de (få) deltakerne som kun ønsket å fullføre en enkeltmodul tilhørte, så vi vet ikke om det var ansatte i helse- og omsorgssektoren blant disse. Evalueringen (Dahle et al., 2024) kartla forsøksperioden, som varte fra 2017–2023, i fem fylker. Helsearbeiderfaget ble inkludert i 2019.

i første omgang. For ansatte som ønsker å fortsette å arbeide i sektoren vil det likevel være aktuelt å sette i gang med det modulstrukturerte opplæringsløpet, og dermed over tid kvalifisere seg til stillingen. Som pekt på over, vil det for mange av disse være aktuelt med kvalifisering som leder helt fram til helsefagarbeider. Dette understreker betydningen av å integrere et eventuelt kvalifiseringsløp og -krav i det etablerte utdannings-systemet.

Blant de ikke-faglærte med lang ansiennitet er det grunn til å tro at mange har en real-kompetanse som tilsvarer modul 1 og 2. Dersom man etablerer stillingen med et slikt kvalifiseringskrav er det avgjørende å få på plass et godt system for realkompetanse-vurdering så de skal kunne få en slik stilling. En del av dem er godt voksne, og er kan-skje ikke motivert for å bruke siste del av yrkeskarrieren på et opplæringsløp. Det er mulig at flere av disse også kan vurderes til ha oppnådd flere kompetansemål enn de som inngår i modul 1 og 2.

Som tidligere nevnt, er realkompetansevurdering et sentralt virkemiddel i det modul-strukturerte opplæringsløpet. Tidligere studier og evalueringer har funnet betydelige svakheter ved systemet for realkompetansevurdering og hvordan det har vært praktiisert (se blant annet Olsen et.al., 2018; Døving & Tobiassen, 2020). Evalueringen av for-søket med modulstrukturert opplæring viser at realkompetansevurdering ble brukt i be-tydelig høyere grad enn i de etablerte fag- og yrkesopplæringsordningene for voksne, men at det varierte stort mellom lærestedene (Dahle et al., 2024). I tråd med Dahle et al. (2024) sine anbefalinger vil vi også trekke fram at systemet for realkompetansevurde-ring må forsterkes for at målgruppen for denne stillingen også inkluderer ansatte med lang realkompetanse.

En annen gruppe som vil påvirkes av hvordan et eventuelt kvalifikasjonskrav defineres er studenter innen helse- og sosialfag som arbeider deltid i tjenesten. For denne grup-pen vil det ikke gi mening å delta i et modulstrukturerte kvalifiseringsløp i tillegg til deres ordinære utdanning for å kvalifiseres til en pleieassistentstilling. Disse vil likevel ha eller være på vei til å opparbeide seg en tilsvarende kompetanse. En løsning for å beholde denne arbeidskraftreserven i en slik type stilling er å ta i bruk ordninger for realkompe-tansevurdering, eller å åpne opp for at en kompetanse som tilsvarer modul 1 + 2, men som er opparbeidet gjennom et annet utdanningsløp også kvalifiserer til denne typen stilling, oppgaver og lønn. Dette gjøres allerede i sektoren, ved at for eksempel syke-pleierstudenter lønnes som helsefagarbeidere når de har fullført to år av utdanningen.²³

Til sist vurderer vi at en stilling med kvalifiseringskrav kan ha et inkluderingspotensial. Det kan være ulike årsaker til at personer står utenfor arbeidsmarkedet – manglende kvalifikasjoner eller kompetanse er ikke den eneste grunnen. Dersom manglende kom-petanse er årsaken til utenforskapet, er en servicemedarbeiderstilling mer aktuell. Sam-tidig kan etableringen av en pleieassistentstilling, og kvalifiseringen av flere ansatte til denne stillingen, skape rom for å ansette flere i servicestillinger. Hvis flere av dagens ikke-faglærte får hevet sin kompetanse og kan ta større del i pleie- og

²³ Dette omtales blant annet på Norsk Sykepleierforbunds informasjonsnettsider rettet mot studenter: <https://www.nsf.no/nsf-student/ofte-stilte-sporsmal-studenter>

omsorgsoppgavene, er det behov for ansatte som kan ivareta de praktiske og serviceorienterte oppgavene.

8.3 Oppsummering og diskusjon

Servicemedarbeider er en stilling som vi vurderer at *ikke* krever omfattende kvalifisering. Til en slik stilling kan man rekruttere ansatte uten real- eller formell helsefaglig kompetanse. Flere målgrupper kan være relevante for en slik stilling. Stillingen kan være en rekrutteringsstilling for ikke-faglærte som ønsker seg en karriere i sektoren, herunder de som står utenfor arbeidsmarkedet i dag. Den er relevant for studenter og deltidsarbeidende, men også for ansatte som har et ønske om kun å ha praktiske oppgaver. Selv om stillingen ikke stiller krav til formell kompetanse, kan et kort grunnkurs og veiledet opplæring ved arbeidsplassen gi et godt grunnlag for mestring og videre kompetanseutvikling. Dersom opplæringen tilbys i samarbeid mellom Nav, pleie- og omsorgstjenestene og kompetansesentre, kan stillingen og tilhørende grunnkurs også nå personer utenfor arbeidslivet og bidra til økt arbeidsinkludering.²⁴

For den redefinerte pleieassistentstillingen vurderer vi at det er hensiktsmessig med mer helsefaglig kompetanse enn servicemedarbeiderstillingen. Dette er fordi ansatte i en slik stilling også skal kunne ta del i pleie og stell av brukere. Dersom man skal etablere et kvalifikasjonskrav for en slik type stilling bør det ta utgangspunkt i dagens fag- og yrkesopplæring. En kompetanse som tilsvarer modul 1 eller både 1 og 2 i den modulstrukturerte læreplanen i helsearbeiderfaget kan være relevant for en pleieassistentstilling.

Både pleieassistenten og servicemedarbeiderstillingen har arbeidsinkluderingspotensial. Hvilken stilling som er relevant for den som står utenfor avhenger av den enkeltes kompetanse. Samtidig vil kvalifiseringen av ansatte til denne stillingen, og eventuelt videre til helsefagarbeider, gi mulighet til å ansette nye i servicemedarbeiderstillinger. Målgruppen for den redefinerte pleieassistentstillingen er primært ikke-faglærte som ønsker å bli værende i sektoren og gjøre helsefaglige oppgaver, men som ennå ikke har påbegynt et opplæringsløp. Noen av disse vil trolig kvalifisere seg gjennom realkompetansevurdering. Det er viktig å understreke at mange i denne gruppen ikke bør «stoppe opp» på dette nivået, men heller fortsette mot fagbrev som helsefagarbeider. Dersom en ansatt har mulighet til å ta fagbrevet, er det avgjørende at kommunen og arbeidsgiveren deler denne ambisjonen og legger til rette for hele utdanningsløpet.

²⁴ En pågående studie om tiltak for å redusere vikarbehovet i sektoren, finner at mange av kommunene som lykkes best, legger stor vekt på rekruttering av unge og andre som ikke har erfaring fra sektoren. For mange er inngangsporten servicearbeideroppgaver og ivaretagelse i et miljø som viser at de er velkomne. Deretter kommer innsats fra ledere og kollegaer som motiverer til å ta en relevant utdanning. Her har desentraliserte utdanningstilbud avgjørende betydning for mindre kommuner. Noen år senere har tjenestestedet fått en ny, kvalifisert medarbeider i en fast, stor stilling. Disse kommunene er langt på vei selvrekutterende. I noen kommuner inngår også samarbeid med Nav.

Erfaringer fra pågående forsøk i Tørn illustrerer hvordan et systematisk arbeid med oppgavedeling og tett samarbeid med Nav har gitt lovende resultater. Noen kommuner har innført en ordning der personer som står utenfor arbeidslivet, herunder personer med behov for språktrening, utfører enkelte assistentoppgaver som frigjør tid for faglært personell til å konsentrere seg om sine kjerneoppgaver. Ordningen finansieres gjennom lønnstilskudd. Andre kommuner lyser ut servicevertstillinger som varig tilrettelagt arbeid (VTA) i samarbeid med Nav.

Også ansatte som er i utdanning, og da spesielt innen helse- og sosialfag, bør ha muligheter for å ha en pleieassistentstilling – særlig fordi de representerer en vesentlig del av arbeidskraften i sektoren. For dem er det viktig med realkompetansevurdering eller klare rutiner for sammenligning av kompetanse på tvers av utdanningsløpene, snarere enn å kreve at de deltar i kompetanseutviklingsløp parallelt med den utdannelsen de allerede er i gang med.

Dersom man går inn for en slik todeling av dagens assistentstillinger, og stiller krav til kompetanse for stillingen som pleieassistent, er det naturlig å anse pleieassistentstillingen som et trinn over servicemedarbeiderstillingen – og et trinn nærmere helsefagarbeideren. Av dette følger det også at pleieassistentstillingen burde innplasseres på et noe høyere lønnsnivå enn servicemedarbeiderstillingen.

9 Oppsummering og konklusjon

I denne rapporten har vi undersøkt om ny oppgavedeling og nye stillingstyper i kommunale helse- og omsorgstjenester på nivået under fagarbeideren kan bidra til bedre oppgaveløsning, mer personell og mindre utenforskap. Videre har vi kartlagt hva slags kvalifiseringsløp som vil være hensiktsmessig for disse stillingene og hvem som er i målgruppen. Problemstillingene vi har sett på er:

1. Vil ny oppgavedeling og nye stillingskategorier kunne bidra til:
 1. bedre oppgaveløsning?
 2. mer personell i helse- og omsorgstjenestene?
 3. mindre utenforskap?
2. Bør en (eller flere) slike stillingskategorier ha krav om en særskilt kompetanse? Og i så fall:
 1. Hvilken kompetanse bør det stilles krav til (kompetansemål)?
 2. Hvordan bør et slikt kvalifikasjons- og opplæringsløp organiseres?
3. Hvem er målgruppen for stillingskategorier med og uten kvalifisering?

I dette konklusjonskapitlet vil vi oppsummere hovedfunnene, og gi noen anbefalinger for videre praksis og forskning.

9.1 Ny oppgavedeling: To mulige nye stillingstyper

- Det finnes en rekke praktiske service- og miljøarbeid relaterte oppgaver som kan utføres av personell uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse.
- Ny oppgavedeling og tydeligere definerte stillingsinstrukser for ikke-faglærte kan bidra til bedre oppgaveløsning, mer hensiktsmessig bruk av kompetanse og en styrket plass i arbeidsfellesskapet.
- I sektoren finner vi to ulike stillingstyper på nivå under helsefagarbeideren:
 - servicemedarbeideren
 - pleieassistenten

I dag er en betydelig andel, nærmere 30 prosent, av de ansatte i pleie- og omsorgstjenestene ikke-faglærte. Ved mange tjenestesteder bidrar disse både i pleie og stell av pasienter, og til mer praktisk rettede oppgaver som matlagning, renhold og praktisk bistand.

Basert på en litteraturgjennomgang og casestudier kan vi konkludere med at det finnes en rekke oppgaver som med fordel kan løses av ikke-faglærte, og som kan organiseres i egne stillinger. Når oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse ivaretas av ulike typer assistenter, får helsefagarbeidere og sykepleiere bedre tid til å utføre oppgaver som krever deres helsefaglige kompetanse.

Vi har identifisert to typer assistentstillinger på nivå under fagarbeideren. Den første har vi valgt å kalle servicemedarbeideren. Dette er en assistentstilling som inneholder

nesten utelukkende praktiske eller serviceorienterte oppgaver og miljøarbeid. Ansatte i denne stillingen lager og serverer mat, har ansvar for rydding og renhold, for å aktivisere beboere eller bistå beboere eller hjemmeboende med praktiske oppgaver.

Den andre typen assistentstilling kombinerer praktiske eller serviceorienterte oppgaver med enklere helsefaglige oppgaver, slik som pleie og stell av personer med stabile og lite komplekse sykdomstilstander. Denne assistentstillingen har vi valgt å kalle pleieassistent, og er en stilling som både finnes på avdelinger som har kartlagt og omfordelt oppgaver mellom yrkesgrupper og på avdelinger som har en mer tradisjonell oppgavefordeling.

Vår hovedkonklusjon er at oppgavedeling, gjerne formalisert gjennom nye stillingstitler og instruksjoner på nivået under fagarbeideren, bidrar til bedre oppgaveløsning og en styrket plass i arbeidsfellesskapet for denne gruppen.

9.2 Ulikt behov for kompetanse i stillingene

- Opplæring er viktig i begge stillingene, men pleieassistentstillingen stiller høyere krav til helse- og omsorgsfaglig kompetanse.
- For servicemedarbeiderstillingen er det ikke behov for formell helsefaglig kompetanse, men en kortere grunnopplæring er relevant.
- Dersom det etableres et opplæringsløp og kvalifiseringskrav for pleieassistenten, bør det organiseres innenfor dagens modulstrukturerte fagopplæring, og fungere som et steg på veien mot fagbrev i helsearbeiderfaget.
- Kommunen som arbeidsgiver må fortsette å tilrettelegge for pleieassistenter som kan og vil oppnå fagbrev, slik at en pleieassistentstilling ikke blir et slutt punkt for ansatte som ønsker og kan kvalifisere seg videre.

Som beskrevet i forrige avsnitt har vi identifisert to stillinger med ulikt krav til kompetanse:

- Servicemedarbeideren, med primært praktiske oppgaver og miljøarbeid.
- Pleieassistenten, med praktiske oppgaver og lettere pleie og stell.

For servicemedarbeiderstillingen, som nesten utelukkende inneholder praktiske oppgaver og miljøarbeid, er det etter vår vurdering ikke behov for en ny utdanning eller kvalifiseringsløp. Studien har vist at det er behov for grunnleggende kunnskap om hygiene, etikk og kommunikasjon samt god rolleforståelse, også i denne type stilling. Vår vurdering er at denne kunnskapen kan utvikles gjennom en mer systematisk opplæring ved ansettelse, gjerne i kombinasjon med et introduksjonskurs som «Dette må jeg kunne»-kurset fra aldring og helse med veiledet praksis ved arbeidsplassen. Dersom en slik stilling etableres i sektoren, bør det skje i kombinasjon med et grundigere og mer systematisk opplæringsløp ved nyansettelser enn det som er rådende praksis i mange kommuner i dag.

Når det gjelder pleieassistentstillingen, ser vi at det er behov for og ønske om noe mer helsefaglig formalkompetanse for å ivareta de pleierettede oppgavene. Det er variasjon i

omfanget av komplekse pleieoppgaver for pleieassistentene i dag, og våre informanter er heller ikke omforent om hvilke krav til kompetanse en slik stilling bør inneha. For denne stillingen vil det trolig være fordelaktig med et lengre opplæringsløp enn kun et grunnkurs ved ansettelse.

I noen av våre naboland finnes det allerede et stillingsnivå mellom helsefagarbeider og ikke-faglærte, kalt Sosial- og sunnhetshjælper (Danmark) og vårdbiträde (Sverige). Sosial og sunnhetshjælperen skal gjennom opplæring gis kompetanse til å gi praktisk bistand og til å pleie relativt pleielette pasienter eller brukere med et lite komplekst sykdomsbilde. I Sverige tilbys denne opplæringen kun i voksenopplæringen, men i Danmark er utdanningen et eget løp i fag- og yrkesopplæringen for ungdom og voksne. Her kvalifiserer utdanningen til en egen stillingstittel, men både i Danmark og Sverige er opplæringsløpene organisert slik at det er enkelt å fortsette utdanningen til det som svarer den norske helsefagarbeideren.

Det er en lignende modell vi vurderer kan være aktuell i Norge, og som det allerede er godt tilrettelagt for, som følge av at helsearbeiderfaget – for voksne – har blitt modulstrukturert. Modulstrukturen innebærer at man får kompetansebevis for hvert fullførte modul. En pleieassistentstilling som inneholder pleie og stell av beboere eller hjemmeboende i tillegg til praktiske oppgaver og miljøarbeid, kan eksempelvis ha modul 1 eller 1 og 2 som kvalifiseringskrav. Da vil denne stillingskategorien også kunne fungere som en mellomstasjon på veien til helsearbeider.

Dersom man redefinerer pleieassistentstillingen og legger til et krav om kompetanse tilsvarende modul 1 og 2, vil vi framheve at arbeidsgiver har et stort ansvar for å støtte oppunder og fortsette å tilrettelegge for at ansatte fullfører så mye av fag- og yrkesopplæringen som mulig. En slik stilling må ikke bli endestasjonen for ansatte som har ønske om og kapasitet til å bli helsefagarbeider. Selv om nye stillinger under helsefagarbeideren kan bidra positivt til oppgaveløsningen, vil det fortsatt være et stort behov for helsefagarbeidere framover. Sett i lys av nye oppgaver som gis til helsefagarbeiderne, vil behovet for denne yrkesgruppen øke ytterligere de kommende årene. Med et nytt fag- og yrkesopplæringssystem som er mer tilrettelagt for voksne kandidater i kombinasjon med god oppfølging og tilrettelegging fra arbeidsgiver vil fagbrevet være i sikte til mange av de ikke-faglærte i tjenestene.

9.3 Stillingene har ulike målgrupper og ulikt arbeidsinkluderingspotensiale

- Målgruppene for en servicemedarbeiderstilling inkluderer nyansatte med kort ansiennitet, deltidsarbeidende studenter, sysselsatte i sektoren som *ønsker* å kun utføre praktiske oppgaver samt arbeidssøkende uten formelle kvalifikasjoner eller realkompetanse.
- Delt ansvar for grunnkurs for servicemedarbeiderstillingen mellom Nav, pleie- og omsorgstjenestene og fylkeskommunen kan bidra til økt arbeidsinkludering.
- Målgruppene for en pleieassistentstilling inkluderer ansatte med lang ansiennitet og realkompetanse, studenter innen helse- og omsorgsfag og på sikt ansatte som *ønsker* en yrkeskarriere i sektoren.
- Målgruppene for en pleieassistentstilling vil variere med krav til kompetanse og hvor godt systemet for realkompetansevurdering fungerer.

I lys av konklusjonen om at en stilling som servicemedarbeider ikke krever formell helsefaglig utdanning, vurderer vi at denne er aktuell som en første stilling for personer uten helsefaglig kompetanse som kommer inn i sektoren. Stillingen er også aktuell for de deltidsarbeidende i sektoren, hvorav mange er studenter, som ikke har til hensikt å ha en yrkeskarriere i sektoren. En tredje målgruppe er sysselsatte i sektoren som *ønsker* å kun ha praktiske oppgaver. Fordi stillingen ikke stiller krav til kompetanse, kan den også være aktuell for personer som i dag mangler kvalifikasjoner og står utenfor arbeidslivet. I så måte kan den bidra til arbeidsinkludering.

Vårt datamateriale inkluderer noen eksempler på initiativ og forsøk for å få personer som i dag mottar ytelser fra Nav inn i arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Noen initiativ er modeller for å kvalifisere til helsefagarbeider, som Menn i Helse og Prepp i Helse. Andre initiativ dreier seg om avtaler mellom Nav og tjenestestedet som muliggjør at Nav-brukere kan få arbeidstrening i «servicemedarbeiderstillinger». Slike prosjekter kan med fordel ses i sammenheng med en ny servicemedarbeiderstilling.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er samtidig tjent med at også andre instanser bidrar til å gi et godt kompetansegrunnlag for personer som står utenfor arbeidslivet. Her kan vi peke på Helselappen i Innlandet som en interessant modell, fordi den innebærer at innen personen kommer til tjenestestedet, har de allerede opparbeidet seg en grunnleggende forståelse for sektoren. En slik modell innebærer at ikke alt av opplæringsansvaret ligger hos tjenestestedet, men deles med instanser som Nav, som er i kontakt med personer som står utenfor arbeidslivet.

Målgruppen for pleieassistentstillingen inkluderer både ansatte med lang ansiennitet og høy realkompetanse, og deltidsarbeidende studenter i helse- og sosialfag. Ansatte som *ønsker* en karriere i sektoren, men som ikke ennå har opparbeidet seg kompetanse, kan også være aktuelle for stillingen på lengre sikt – enten som et trinn på veien til helsearbeider eller som det endelige nivået.

En pleieassistentstilling kan potensielt fungere som en gulrot som fører til at flere gjennomfører mer helsefaglig utdanning enn de ellers ville gjort. For at det skal fungere som en gulrot på veien til fagbrevet, må arbeidsgivers mål også være å få flest mulig kvalifisert til fagbrev gjennom god tilrettelegging i hele løpet. Dersom det er ønskelig med mer formell utdanning, så kan modulstrukturert opplæring gi rom for å utforske disse mekanismene og om et nytt stillingsnivå bidrar til at flere starter på og fullfører fagbrev.

Referanser

- Akademiet (uten dato). *Yrkesrettet kurs – pleieassistent helse*. Hentet 18.02.2025 fra: <https://videreutdanning.akademiet.no/kurs/yrkesrettet-kurs-pleieassistent-helse/>
- Aspøy, T., Nicolaisen, H. & Nyen, T. (2013). Vilkår for læring i kommunene: En kartlegging av fire arbeidsfelt. Fafo-rapport 2013:35. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/vilkar-for-laering-i-kommunene>
- Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedshjælper (2020). Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedshjælper (BEK nr. 535 af 27/04/2020). Retsinformation. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2020/535>
- Bratt, C. & Gautun, H. (2015). Bemanningsnormer i sykehjem. Tidsskrift for omsorgsforskning (2), 98–106.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2024a). Ny tørn for helse- og omsorgstjenester: Underveisevaluering av Tørn-programmet. Fafo-rapport 2024:05. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/ny-torn-for-effektive-helse-og-omsorgstjenester>
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2024b). Oppgavedeling og heltidskultur. I Ingstad, K. (red): Heltidskultur – strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Gyldendal.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2023). Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren En undersøkelse blant helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører. Fafo-rapport 2023:07.
- Busemeyer, M.R. (2014). *Skills and Inequality: Partisan Politics and the Political Economy of Education Reforms in Western Welfare States* (1. utgave). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107477650>
- Bystedt, M., Eriksson, M. & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care: Delegation within municipal health care. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 534–541. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01202.x>
- Børne- og Undervisningsministeriet (uten dato). *Social- og sundhedshjælper*. Utdannelsesguiden. <https://www.ug.dk/uddannelser/erhvervsuddannelser/omsorgsundhedogpaedagogik/social-og-sundhedshjaelper>
- Cavendish, C. (2013). *The Cavendish Review: An Independent Review into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and social care settings*. <https://www.gov.uk/government/publications/review-of-healthcare-assistants-and-support-workers-in-nhs-and-social-care>
- Craftman, Å.G., Grape, C., Ringnell, K. & Westerbotn, M. (2016). Registered nurses' experience of delegating the administration of medicine to unlicensed personnel in residential care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (21–22), 3189–3198. <https://doi.org/10.1111/jocn.13335>
- Craftman, Å.G., Grundberg, Å. & Westerbotn, M. (2018). Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition. *International Journal of Older People Nursing*, 13(4), e12207. <https://doi.org/10.1111/opn.12207>
- Dahle, M., Nordhagen, I.C. Jones, H. & Monsen, M. (2024). Sluttrapport fra evaluering av forsøk med modulstrukturert fag- og yrkesopplæring og kombinasjonsforsøket. Ideas2evidence-rapport 1:2024. Ideas2evidence & Høgskolen i Innlandet. <https://ideas2evidence.com/nb/publications/sluttrapport-fra-evaluering-av-forsok-med-modulstrukturert-fag-og-yrkesopplaering-og>
- Devik, S. A. & Olsen, R.M. (2022). Oppgaveglidning i omsorgstjenestene – En hurtigoversikt over forskningslitteratur (No. nr. 29). Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2995762>
- Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (Uten dato). Det europeiske rammeverket for kvalifikasjoner. *Europass*. <https://europass.europa.eu/no/europass-verktoy/det-europeiske-rammeverket-kvalifikasjoner>

- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (Uten dato a). Fagbrev på jobb. Utdanning.no, Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Hentet 06.03.25 fra <https://utdanning.no/fagbrev/nasjonale-veier?vei=fagbrev>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (Uten dato b). Videregående opplæring – Helse- og oppvekstfag. Utdanning.no, Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. <https://utdanning.no/utdanning/vgs/#HSHSF1----,HSHEA2---->
- Døving, E., & Tobiassen, A.E. (2020). Realkompetansevurdering i norske kommuner. *Nordic Journal of Vocational Education and Training*, 10(3), 1–16. <https://doi.org/10.3384/njvet.2242-458X.201031>
- Flodgren, G., Bidonde, J. & Berg, R.C. (2017). Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: En systematisk oversikt. Folkehelseinstituttet (FHI). <https://www.fhi.no/publ/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-he/>
- Flodgren, G. & Meneses, J. (2017). Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: En kartleggingsoversikt. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2017/ufaglart-personell-profesjonsblanding-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-helse-/>
- Forskrift om NKR og EQF (2017). *Forskrift om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring og om henvisningen til Det europeiske kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring* (FOR-2017-11-08-1846). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-11-08-1846/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Fafo-rapport 2012:05.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5101>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. NOVA, OsloMet. Rapport 14/2020.
- Göteborgsregionen (2025). Karriärvägar inom äldreomsorgen i Göteborgsregionen. <https://www.karriarvagar.se/>
- Haugland, M. (2023). «Å ha fagbrev er nøkkelen til arbeidslivet»: En kvalitativ studie av erfarte muligheter og innganger til omsorgsarbeid blant menn med innvandrerbakgrunn. [Masteroppgave]. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#%C2%A73-5
- Helsedirektoratet (uten dato). Tilleggskrav for søkere utdannet utenfor EU/EØS. Hentet ut 31.3.2025. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/autorisasjon-og-lisens/Tilleggskrav-for-s%C3%B8kere-utdannet-utenfor-EUE%C3%98S#spraakkkrav>
- Hjemås, G., Zhiyang, J. Kornstad, T. & Stølen, N.M. (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. SSB-rapport 2019/11. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368
- Holmøy, E., Hjemås, G. & Haugstveit, F. (2023). Arbeidsinnsats i offentlig helse- og omsorg: Fremskrivninger og historikk. SSB-rapport 2023/3. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/syssetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk/_attachment/inline/1be624e3-60a4-40d1-8cf3-431b4ef7d43c:a291f747c8998f3e3506688b4b3038b47c0057bc/RAPP2023-03.pdf
- Høst, H. (2016). Praksisbrev i arbeidslivet – Et vellykket tiltak mot frafall. I K. Reegård & J. Rogstad (Red.), *De frafalne: Om frafall i videregående opplæring* (s. 173–192). Gyldendal Akademisk.

- Høst, H., Skåholdt, A., Reiling, R. B., Gjerustad, C. (2014) *Hvorfor blir lærlingordningen annerledes i kommunene enn i privat sektor? Sentrale utfordringer for kommunesektoren i arbeidet med fagopplæring*. Nifu Rapport 2022/2014. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/280140/NIFUrapport2014-22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2024). Ufaglært social- og sundhedspersonale på det kommunale ældreområde. <https://www.benchmark.dk/analyser/aeldre-og-sundhed/ufaglaert-social-og-sundhedspersonale-paa-det-kommunale-aeldreomraade>
- Jordell, H. & Yssen, S.F. (2025). Den avanserte kliniske allmennsykepleieren: En ny yrkesrolle i kommunale helse- og omsorgstjenester. Fafo-rapport 2025:03. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/den-avanserte-kliniske-allmennsykepleieren>
- KS (2023). Bedre arbeidsrutiner med oppgavekort i Gran kommune. Tørn kommune. <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-arbeidsrutiner-med-oppgavekort-i-gran-kommune/>
- Lien, L., Svalund J. & Moland L.E (2018). Sysselsetting av unge med nedsatt funksjonsevne. En kartlegging av et utvalg Nav-prosjekter. Fafo-rapport 2018:46.
- Lai, L. (2021). Strategisk kompetanseledelse (4. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* Rapport 2: 2014. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Uni Research. <https://norceresearch.brage.unit.no/norcere-search-xmlui/bitstream/handle/11250/2627894/Rapport%202-2014%20Ludvigsen%20og%20Danielsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Markussen, E., Grøgaard, J.B. & Hjetland, H.N. (2018). «Jeg vet ikke hva alternativet skulle vært»: Evaluering av lærekandidatordningen og av ordningen med tilskudd til opplæring av lærlinger, praksisbrevkandidater og lærekandidater med særskilte behov. NIFU-rapport 2018:8. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/2500663/NIFUrapport2018-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Meld. St. 33 (2023–2024). *En forsterket arbeidslinje: Flere i jobb og færre på trygd*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-33-20232024/id3052167/>
- Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring. Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- Meld. St. 18 (2017–2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 16 (2015–2016). *Fra utenforskap til ny sjanse – Samordnet innsats for voksnes læring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20152016/id2476199/>
- Meng, C., & Sijbers, E. (2017). *Arbeidsmarktrelevantie mbo niveau 2*. ROA. ROA Reports No. 001 <https://doi.org/10.26481/umarep.2017001>
- Menn i helse (uten dato). Menn i helse: Veien til fagbrev. Hentet 18.02.25 fra: <https://mennihelse.no/utdanningslopet/#overlay-nav-menu>
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (uten dato). KiesMBO. Hentet november 2024 fra: [KiesMBO](https://www.kiesmbo.nl/)
- Moland, L.E. (1997). Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene. Fafo-rapport 221.
- Moland, L. & Bråthen, K. (2019). En ny vei mot heltidskultur: Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse. Fafo-rapport 2019:15. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/en-ny-vei-mot-heltidskultur>
- Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga (NOKUT). (Uten dato). Kvalifikasjonsrammeverk i Norge og Europa. https://www.nokut.no/siteassets/nkr/kvalifikasjonsrammeverk_i_norge_og_europa.pdf

- Nasjonalt senter for aldring & helse (2021). Informasjon om ABC-opplæringen i kommunene 2021–2025: En tverrfaglig kompetansesatsing i kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2021/11/abc-opplaringen-2021.pdf>
- Nasjonalt senter for aldring & helse (uten dato). Dette må jeg kunne: Er du ny, eller trenger du en oppdatering? Hentet 18.02.2025 fra: <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/dette-ma-jeg-kunne/>
- Nav (2024). 1 av 5 står utenfor arbeidslivet. Pressemelding, Arbeids- og velferdsdirektoratet. <https://www.nav.no/no/samarbeidspartner/presse/nyheter-og-pressemeldinger/1-av-5-star-uten-for-arbeidslivet>
- National Health Service (Uten dato a). NHS apprenticeships. National Health Service. <https://www.healthcareers.nhs.uk/career-planning/study-and-training/nhs-apprenticeships>
- National Health Service (Uten dato b). Nursing Associate. National Health Service. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/nursing-associate>
- Nielsen, R. & Moland, L. (2024). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene: Revidert utkast av Fafo-rapport 2023:30 med 2023-tall. Fafo-rapport 2024:31. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/mobilitet-i-helse-og-omsorgstjenestene-2>
- Nordhaug, O. & Gooderham, P. (1996). *Kompetanseutvikling i næringslivet*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.
- Norsk Helseinformatikk (uten dato). E-læring fra NHI: Pleieassistent. Hentet 18.02.2025 fra: <https://kurs.nhi.no/medhjelper>
- NOU 2023:4 (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- NOU 2019:12 (2019) Lærekraftig utvikling. Livslang læring for omstilling og konkurranseevne. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-12/id2653116/>
- NOU 2018:2 (2018). Framtidige kompetansebehov I: Kunnskapsgrunnlaget. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/>
- Nyen, T. & Tønder, A.H. (2023). 4. Fagopplæring og fordeling. In T. Fløtten, H.C. Kavli, & S. Trygstad (Red.), *Ulikhetens drivere og dilemmaer* (s. 74–88). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215065403-23-04>
- Olsen, D.S., Bubikova-Moan, J. & Elken, M. (2018). Realkompetansevurdering i praksis: Erfaringer fra casestudier. NIFU-rapport 2018:11.
- Oslo Economics (2022). Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. OE-rapport 2022-68. <https://osloeconomics.no/publication/oppgavedeling-i-helse-og-omsorgssektoren/>
- Proba Samfunnsanalyse. (2015). Evaluering av forsøksordninger med videregående opplæring for arbeidssøkende og på arbeidsplass. Rapport 2015:08, Proba Samfunnsanalyse.
- Prop. 1 S (2024–2025). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2025. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20242025/id3056674/?q=menn%20i%20helse&ch=2#match_3
- Rignes, H.K. & Thørrisen, M.M. (2024). Scoping Review: *En systematisk og fleksibel metode for kunnskapsoppsummering*. Cappelen Damm Akademiske.
- Schmid, E. & Breilid, N. (2022). For dem som ønsker å gå en annen vei: Implementering og praktisering av praksisbrevordningen i fylkeskommunene. *Søkelys på arbeidslivet*, 39(2), 1–15. <https://doi.org/10.18261/spa.39.2.2>
- Seip, Å. Bemanningskrisen og velferdsstaten. Interesser og løsninger i helse- og omsorgssektoren. Fafo-rapport 2024:45. <https://www.fafo.no/images/pub/20912.pdf>
- Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of health services research & policy*, 9(1), 28–38.
- Skagen Kompetanse (uten dato). Pleiemedarbeider, klasseromsundervisning. Hentet 18.02.2025 fra: <https://skagenkompetanse.no/produkt/helsekortet/>

- Skolverket (2025). Sammanhållna yrkesutbildningar i komvux. <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/forandringar-inom-skolomradet/sammanhallna-yrkesutbildningar-i-komvux>
- Skolverket (2024). Yrkespaket inom komvux på gymnasial nivå. <https://www.skolverket.se/un-dervisning/vuxenutbildningen/komvux-gymnasial/yrkespaket-inom-komvux-pa-gymnasial-niva>
- Skolverket (2022). Sammanhållen yrkesutbildning: Vårdbiträde, 800 poäng. <https://www.skolverket.se/download/18.2578003d1920c8690271ca/1726821641434/Yrkespaket%20V%C3%A5rdbitr%C3%A4de,%20800%20po%C3%A4ng.pdf>
- Socialstyrelsen (2024). Information om skyddad yrkestitel för undersköterskor. <https://legitimation.socialstyrelsen.se/skyddad-yrkestitel-for-underskoterska/information-om-skyddad-yrkestitel/>
- SOU2019:20 (2019). Stärkt kompetens i vård och omsorg. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/04/sou-201920/>
- Stam, T. & Keskiner, E. (2023). The (un)making of Dutch 'care girls': An ethnographic study on aspirations, internship experiences and labour market perspectives. *Journal of Vocational Education & Training*, 75(2), 238–254. <https://doi.org/10.1080/13636820.2020.1834437>
- Statistisk sentralbyrå (uten dato). 06969: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og tenestegruppe (F) 2007 – 2024. Hentet fra: 06969: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og tenestegruppe (F) 2007 – 2024. Statistikkbanken
- SØA (2024). BIO-pilot – vurdering av to direkte bedriftsstøtteordninger i Agder. SØA Rapport 21–2024. Samfunnsøkonomisk analyse. <https://samfunnsokonomisk-analyse.no/publikasjoner/bio-pilot-vurdering-av-to-direkte-bedriftsstotteordninger-i-agder>
- SØA (2023). Fylkeskommunens utfordringer og muligheter i å utvikle et kompetansetilbud for voksne. SØA Rapport 3-2023. Samfunnsøkonomisk analyse. <https://samfunnsokonomisk-analyse.no/publikasjoner/fylkeskommunens-utfordringer-og-muligheter-i-a-utvikle-et-kompetansetilbud-for-voksne>
- Taasen, S.E. (2023). 11. Nyskapende arbeidsplassjurisdiksjon – en løsning på sykepleiermangel? I Giske-ødegård, M.F., Strand, Ø., Lunde, A. Solberg, M. & Bakke, S. (red.): Nyskaping: Fjordantologien 2023. s. 191–212. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215069371-23-11>
- Thomson, L., Argyle, E., Khan, Z. Schneider, J., Arthur, A., Maben, J. Wharrad, H., Guo, B. & Eve, J. (2018). *Evaluating the Care Certificate (ECCert): a Cross-Sector Solution to Assuring Fundamental Skills in Caring*. Department of Health Policy Research Programme Project (PR-R14-0915-12004). <https://openresearch.surrey.ac.uk/esploro/outputs/report/Evaluating-the-care-certificate-ECCert-a/99516705502346>
- Tårnesvik, Å. & Schmid, E. (2022). Å velge bort læring i skolen til fordel for læring i praksis: En casestudie om veien frem til fagbrev via praksisbrev. *Nordic Journal of Comparative and International Education (NJCIE)*, 6 (3–4), Artikkel 3–4. <https://doi.org/10.7577/njcie.4849>
- UiT (2024). Vellykket prepping til helsefag. UiT – Norges arktiske universitet ved Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for vernepleie, Institutt for barnevern og sosialt arbeid. https://uit.no/nyheter/artikkel/kortnytt?p_document_id=809501
- Utdanningsdirektoratet (2025). Modulstrukturerte læreplaner for voksne. Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/modulstrukturert/#a213183>
- Utdanningsdirektoratet (2021a). Læreplan i vg3 helsearbeiderfaget. Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/lk20/hea03-03>
- Utdanningsdirektoratet (2021b). Læreplan i vg3 ernæringskokkfaget. Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/lk20/ekf03-01>
- Utdanningsdirektoratet (2021c). Lærekandidat. Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/utdanningslopet/videregaende-opplaring/andre-varianter/larekandidat/>
- Utdanningsdirektoratet (2017). *Praksisbrev*. Udir-2-2017. Rundskriv. <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/finn-regelverk/etter-tema/Fag--og-yrkesopplaring/praksisbrev-udir-2-2017/>
- Utdanningsdirektoratet (Uten dato). *Fag- og svennebrev – utdanningsprogram*. Utdanningsdirektoratet. Hentet 08.01.25 fra <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-fag-og-yrkesopplaring/fagbrev/fagbrev-utdanningsprogram/>

- Utdanning.no (Uten dato). Fagbrev på jobb. <https://utdanning.no/fagbrev/nasjonale-veier?vei=fagbrev>
- Vinge, S. & Topholm, E. (2021). *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. <https://www.vive.dk/en/publications/social-og-sundhedshjaelpere-og-social-og-sundhedsassistenter-i-kommunerne-yzenrpzk/>
- VO-College (Uten dato). *Vård- och omsorgscollege: Om oss*. <https://www.vo-college.se/vilka-ar-vi/om-oss>
- Yssen, S.F. (2024a). *Tiltak for å etablere store og hele stillinger i norsk arbeidsliv: En kunnskapsoppsummering*. Fafo-rapport 2024:33. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/tiltak-for-a-etablere-store-og-hele-stillinger-i-norsk-arbeidsliv>
- Yssen, S.F. (2024b). Case 5: Sandsli bo- og aktivitetssenter. I Ingstad, K. (red): *Heltidskultur – strategisk bemanningsplanlegging for fremtidens helse- og omsorgstjeneste*. Gyldendal.
- Yssen, S.F., Bråthen, K. & Moland, L. (2023). Høyde for fravær: Etablering av bemannings- og turnusplaner med redusert vikarbehov. Fafo-rapport 2023:28. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/hoyde-for-fravaer>
- Ødegård, A.M. & Andersen, R. (2020). *Norskkompetanse blant arbeidstakere født i utlandet*. 2. utgave. Fafo-rapport 2020:27. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/norskkompetanse-blant-arbeidstakere-fodt-i-utlandet-2>

Fafo

Institute for Labour and Social Research

Borggata 2B, Oslo

P.O. Box 2947 Tøyen, NO-0608 Oslo

Telephone: +47 22 08 86 00

E-mail: fafo@fafo.no

fafo.no

