



FAGFORBUNDET

Faglig forsvarlig

veileder for oppgavedeling og kompetanseplanlegging i helsetjenesten

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1 Introduksjon	5
1.1 Definisjoner	5
1.2 Hvordan bruke denne veilederen	5
1.3 Fokus på enkeltgrupper	5
1.4 Oppgavedeling og kompetanseplanlegging - to sider av samme sak	6
1.5 Bruk av kompetanse	6
1.6 Hva skal vi oppnå?	7
2 Hva er oppgavedeling?	7
3 Lovreguleringer av oppgavedeling	8
3.1 Faglig forsvarlighet og «sørge for» ansvaret	8
3.2 Helsepersonelloven og oppgavedeling	10
3.3 Plikter og rettigheter til opplæring, etter- og videreutdanning	11
3.4 Rettigheter og samtykke	11
3.5 Barrierer for oppgavedeling	12
4 Partsarbeid, tillitsvalgte og ledelsen	13
4.1 Avtaleverket	13
4.2 Partssamarbeidet	13
4.3 Ledelsen	14
5 Hva er kompetanse?	16
5.1 Sykepleieres kompetanse	17
5.2 Vernepleieres kompetanse	17
5.3 Helsefagarbeideres kompetanse	18
5.4 Portørers kompetanse	18
5.5 Helsesekretærers kompetanse	19
6 Hvordan drive kompetanseheving	20
6.1 Strategisk kompetanseplanlegging	20
6.2 Prosedyreopplæring	20
6.3 Utforming av kompetanseplaner	22
6.4 Tørn-prosjektet	23
6.5 Kompetanseløft 2025	25
7 Hvordan lykkes med oppgavedeling	26
7.1 Ledelsesforankring og tillitsvalgte	26
7.2 Satsing på lærlinger	26
7.3 Oppgavekartlegging og kompetansekartlegging	27

7.4	Hele, faste stillinger	27
7.5	Informasjon og holdningsarbeid	28
7.6	Opplæring.....	28
7.7	Økonomi	29
7.8	Medarbeiderdrevet innovasjon.....	29
	Referanser	30
	Vedlegg	35
A	Eksempel på kompetanseopplegg for administrering av i.v. væske på PVK.....	35
B	Eksempler på kompetanseplaner	36
C	Felles uttalelse om Tørn-prosjektet fra Fagforbundet og NSF	38

Forord

Fagforbundet ga først ut «veileder for oppgavedeling i og kompetanseplanlegging i primærhelsetjenesten» i 2021. Mye har skjedd siden den gang, både innen politiske føringer, fokus på personellmangel og kunnskapsgrunnlaget vårt om oppgavedeling.

Helsepersonellkommisjonen dokumenterte og problematiserte mangelen på kvalifisert personell i sin rapport «*Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*»¹. En bedre oppgavedeling var en av de viktigste forslagene fra kommisjonen.

Kunnskapsgrunnlaget om oppgavedeling har vokst betydelig², godt hjulpet av politiske føringer. Oppgavedeling er ikke lenger noe Fagforbundet står alene om, men noe både regjering, fagmyndigheter, kommuner og helseforetak jobber aktivt med.

Samtidig med dette er det en fornyet satsing på etter- og videreutdanning for fagarbeidere, blant annet gjennom den nye utdanningen i intensivpleie³, en fornyet satsing på barsel- og barnepleiere⁴ og en ny standard for systematisk faglig oppdatering av helsefagarbeidere⁵.

Den opprinnelige veilederen ble skrevet fordi vi opplevde at oppgavedeling var et begrep mange ikke kjente til og at det ble jobbet lite med det i tjenestene. Sånn er det ikke lenger, men vi har likevel inntrykk av at det er behov for en oppdatert veileder som kan bidra til det praktiske arbeidet ute på den enkelte arbeidsplass. Derfor kommer vi nå med denne nye, oppdaterte veilederen.

Vi baserer oss på tilgjengelig kunnskap fra rapporter og forskning, samt på innspill vi har fått fra tillitsvalgte og medlemmer i Fagforbundet som har jobbet med oppgavedeling og kompetanseplanlegging. Anne Kjersti Befring (professor ved det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo) har gitt innspill på de juridiske spørsmålene i veilederen, mens den øvrige teksten primært er skrevet av Ingvar Skjerve og Eskild Hustvedt.

Veilederen er ment å være et levende dokument og vil kontinuerlig oppdateres og revideres i tråd med nye erfaringer og ny kunnskap på feltet. Du kan alltid finne den nyeste versjonen av veilederen på fagforbundet.no/oppgavedeling (du leser nå versjon 2.0, publisert 3. desember 2024).

¹Helsepersonellkommisjonen (2023-02)

²F.eks. Bråthen & Moland (2024), Helsepersonellkommisjonen (2023-02) og Oslo Economics (2022, 2023)

³Hustvedt (2023b)

⁴Hustvedt (2023a)

⁵NS 6511:2023 - Systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering av helsefagarbeidere (2023)

Sammendrag

Oppgavedeling og kompetanseplanlegging er to måter å jobbe med forbedring av helsetjenestene på, som er forutsetninger for hverandre. Oppgavedeling handler, som WHO sier, om «den rasjonelle omfordelingen av oppgaver blant helsepersonell». Kompetanseplanlegging handler om å utvikle både den enkelte arbeidstaker og virksomhetens kompetanse, slik at den alltid er i tråd med utviklingen i samfunnet og med virksomhetens verdier og målsettinger.

Helsepersonelloven vektlegger faglig forsvarlighet, som det viktigste kravet til både helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten. Helsepersonelloven sier i liten grad noe spesifikt om hvem som skal gjøre hvilke oppgaver, men vektlegger at alle skal ha riktig kompetanse til å gjøre jobben sin på en måte som er til det beste for pasienten.

Slik Fagforbundet ser det er samarbeid mellom ansatte, tillitsvalgte og ledelse, samt god, tydelig og faglig ledelse, nøkkelen til å lykkes med oppgavedeling og kompetanseplanlegging. Partsarbeidet er en sentral del av norsk arbeidsliv og er forankret i lov- og avtaleverk. Det er den rammen utvikling av helsetjenesten skal foregå innafor.

Kompetanse er et sammensatt begrep. Det avgjørende er at kompetanseplanlegging tar sikte på å sørge for at alle arbeidstakere har de kunnskapene, ferdighetene, verdiene og holdningene de trenger for å utføre jobben sin på en faglig forsvarlig måte.

1 Introduksjon

1.1 Definisjoner

Når vi snakker om oppgavedeling i denne veilederen lener vi oss på WHO sin definisjon av oppgavedeling, som sitert i Helsepersonellkommisjonen sin rapport: «den rasjonelle omfordelingen av oppgaver blant helsepersonell» der «målet er bedre dekning av helsepersonell og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige menneskelige ressursene»⁶.

For en utdypende gjennomgang av begrepet se s. 7.

1.2 Hvordan bruke denne veilederen

Der vi lener oss på publikasjoner har vi inkludert referanser, som er vanlig akademisk praksis. Disse står hovedsaklig fotnoter (med noen få unntak). Helt til slutt er det en full referanseliste, og her vil du også finne lenker til dokumenter vi viser til som er offentlig tilgjengelig.

Det er et mål at veilederen skal være lettfattelig, derfor foreslår vi at du hopper over fotnotene med mindre du ønsker å undersøke en av referansene nærmere. All nødvendig informasjon skal stå i teksten.

De forskjellige delene av veilederen kan leses hver for seg. Der informasjon fra et tidligere eller senere kapittel er nødvendig vil det komme fram i teksten.

Veilederen kan kopieres og deles fritt. Du kan også endre den eller gjenbruke deler av teksten, under visse vilkår (se s. 2).

1.3 Fokus på enkeltgrupper

Oppgavedeling er ikke noe som avgrenser seg til enkeltgrupper. Det er mulig å bruke metodene og prinsippene på hvilken som helst yrkesgruppe. Likevel er det nyttig med konkrete eksempler. Derfor er noen yrkesgrupper framhevet spesielt. Det er viktig å understreke at det ikke ligger noen vurdering av behovet for, eller verdien av, andre gruppers kompetanse i denne prioriteringen.

⁶Helsepersonellkommisjonen (2023-02) og Melby mfl. (2022)

1.4 Oppgavedeling og kompetanseplanlegging - to sider av samme sak

Devik & Olsen (2022) skriver at oppgaveglidning fra sykepleiere til andre pleiere skjer i stort omfang, men ofte tilfeldig og lite formalisert. De skriver at det ofte er uenighet omkring hvilke oppgaver som bør ivaretas av hvem, og om kvaliteten på helsehjelpen blir god nok når oppgaver delegeres. Sykepleiere ser at arbeidsmengden gjør deling av oppgaver nødvendig, men at det samtidig medfører manglende kontroll og usikkerhet omkring ansvar og forsvarlighet⁷.

Nettopp for å unngå usikkerhet omkring ansvar og faglig forsvarlighet mener Fagforbundet at oppgavedeling er uløselig knyttet sammen med kompetanseutvikling og kompetanseplanlegging. Arbeid med bedre oppgavedeling bør gå hånd i hånd med arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging (se 6.1 s. 20).

1.5 Bruk av kompetanse

Fagforbundet ser at en rekke kommuner og virksomheter ikke utnytter tilgjengelig kompetanse godt nok. Vi får ofte henvendelser fra frustrerte medlemmer og tillitsvalgte som opplever at deres kompetanse undervurderes. Dette gjelder spesielt for helsefagarbeidere og hjelpepleiere, men også for andre yrkesgrupper som for eksempel helsesekretærer, portører og barsel- og barnepleiere.

Når de i tillegg ofte tilbys små stillinger og vikariater, gjør det yrket mindre attraktivt, og mange som søker seg til det, blir skuffet⁸. Samtidig vet vi at sykepleiere ofte opplever stort arbeidspress, og at de må bruke veldig mye tid på oppgaver som ikke er innenfor det de opplever som sin kjernekompetanse, oppgaver som like gjerne kunne vært løst av andre yrkesgrupper⁹.

Vi vet også at helsefagarbeidere og hjelpepleiere ikke synes de får brukt kompetansen sin, og at de sterkt ønsker å kunne videreutvikle den. Fagforbundets yrkesundersøkelse viser også at et stort flertall av både sykepleiere og helsefagarbeidere mener at bemanninga er for dårlig på deres arbeidsplass¹⁰. Samtidig vet vi også at vi har en av de best bemanna helsetjenestene i hele OECD-området. Vi har særlig god dekning av sykepleiere, målt opp mot andre land¹¹. Dette gir i sum grunn til å tro at det er noe galt med måten vi utnytter den kompetansen vi

⁷Devik & Olsen (2022, s. 27)

⁸Fagforbundet (2024)

⁹Bergsagel (2024) og Bersagel (2019)

¹⁰Tallaksen (2019)

¹¹OECD & EU (2020)

har til rådighet på.

1.6 Hva skal vi oppnå?

Fagforbundets målsetting for arbeidet med kompetanseplanlegging og oppgavedeling er å rydde unna unødvendige motsetninger og forebygge konflikter mellom yrkesgrupper, gi alle arbeidstakere mulighet til utvikling og få til en rasjonell oppgavedeling til det beste for brukere og pasienter.

Fagforbundet vil også bidra til et mentalitetsskifte – i retning av et mer fleksibelt og moderne syn på kompetanse. Fagene utvikler seg i en voldsom fart og ingen kan egentlig noen gang erklæres «utlært». Det er alltid noe nytt som man må forholde seg til. Erfaringsmessig har det noen steder vært liten kultur for å inkludere helsefagarbeideren i det kontinuerlige arbeidet med fagutvikling, men det er som vi vil demonstrere ikke bare mulig, men helt nødvendig. Det tjener alle på, uavhengig av yrkestittel. Hele laget må være med og samarbeide for å sikre gode helse- og omsorgstjenester i fremtiden.

2 Hva er oppgavedeling?

Devik & Olsen (2022) skriver at norske publikasjoner om emnet peker på at oppgaveglidning fra sykepleiere til annet pleiepersonell ofte skjer fordi man har ubesatte sykepleierstillinger eller langtids- og korttidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleie. Dette er den type dyd-av-nødvendighet-utvikling som Fagforbundet vil bort fra.

Som nevnt innledningsvis (s. 5) baserer vi oss på WHO sin definisjon av oppgavedeling. I litteraturen blir uttrykkene «oppgavedeling», «oppgavefordeling», «oppgaveforskyvning» og «oppgaveglidning» ofte brukt nærmest synonymt¹². Vi mener at det er viktig å skille mellom «oppgavedeling» og «oppgaveglidning».

Med *oppgavedeling* menes her en planmessig og styrt prosess, hvor en ut fra kartlegging over både oppgaver og tilgjengelig kompetanse, tildeler oppgaver til yrkesgrupper eller enkeltansatte, som sikrer både en faglig forsvarlig og effektiv oppgaveløsning. Med *oppgaveglidning* mener vi når oppgaver flyttes fra en gruppe til en annen, som dyd av nødvendighet, uten at man har gjort nødvendige kompetansehevingstiltak og gjerne på en uformell måte. Oppgaveglidning kan føre både til større konflikter mellom yrkesgrupper (på grunn av at det skaper uklare ansvarsforhold), og til at oppgaver blir utført av personell med feil kompetanse.

Det viktigste premisset for oppgavedeling er kravet i helselovverket om faglig forsvarlighet.

¹²Helsepersonellkommissjonen (2023-02)

Skal du gjøre en oppgave som helsepersonell så må du ha den nødvendige kompetansen, både teoretisk og praktisk, til å kunne gjøre oppgaven. At dette er et ufravikelig krav bidrar til å sikre at oppgavedeling ikke går negativt ut over pasientsikkerhet. Se 3.1 for utdypende informasjon om begrepet.

Debatten om hva hjelpepleiere og helsefagarbeidere kan og bør gjøre, er like gammel som yrket selv. Den viktigste lærdommen fra alle disse debattene er at vi for det første trenger mange typer kompetanse i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og for det andre at yrkesgruppene må lære oss å se hverandres styrker og samhandle bedre.

3 Lovreguleringer av oppgavedeling

3.1 Faglig forsvarlighet og «sørge for» ansvaret

Det er et grunnleggende krav at befolkningen skal få forsvarlig og nødvendig helsehjelp¹³. Kommunene og de regionale helseforetakene skal som eiere «sørge for» at tilbudet er tilpasset befolkningens behov, at det er tilstrekkelig og kompetent bemanning og utstyr¹⁴.

Helsevirksomhetens ledelse skal på sin side innrette virksomheten forsvarlig og slik at helsepersonell er i stand til å overholde sine plikter i helsepersonelloven § 16. For kommunene er dette regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og for spesialisthelsetjenesten i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Oppgavedeling skjer som en naturlig prosess ved utvikling av kompetanse og muligheter for å påta seg oppgaver. Det kan også være en planlagt prosess med målrettet opplæring av personell for å kunne dekke befolkningens behov for omsorgs- og helsetjenester.

Når det treffes vedtak i de regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene, skal det vurderes om de bidrar til at forpliktelsene for eier, helsevirksomhetene og helsepersonell kan overholdes. Ved rekrutteringsutfordringer kan det utledes plikter til å iverksette systematiske opplæringstiltak.

Plikten til faglig forsvarlighet har betydning for hvordan virksomhetslederen og helsepersonell som arbeidstakere innretter seg og for hvordan oppgaver fordeles og utføres i helsevirksomheten.

Oppgavedeling forutsetter konkrete og forsvarlige vurderinger av ledelsen før det treffes beslutninger, og at ledelsen har kunnskap om hvilken bemanning som er nødvendig for å

¹³Pasient- og brukerrettighetsloven, kap. 2.

¹⁴Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-1, spesialisthelsetjenesteloven, § 2-1 og Befring (2017, kap. 3 og 4)

oppnå nødvendig kvalitet.

Kravet til forsvarlighet innebærer at ledelsen i virksomheten skal organisere og etablere rutiner og prosedyrer som innebærer at tjenestene er forsvarlige og at befolkningens behov for tjenester dekkes. I juli 2023 slo helsetilsynet fast at sykehuset i Tromsø (UNN) ikke hadde innrettet det forsvarlig da det ikke var planlagt tilstrekkelig for antallet fødsler i forbindelse med ferieavviklingen. En kvinne ble skrevet ut i svangerskapsuke 41 med en pågående svangerskapsforgiftning på grunn av kapasitetssvikt. Etter kort tid opplevde kvinnen at fosteret var dødt.

I kommunene er det eksempler de siste årene på at eldre ikke får nødvendige helse- og omsorgstjenester som følge av kapasitetssvikt, noe helsetilsynet har kritisert. Statens helsetilsyn er tilbakeholdne med å ilegge tvangsmulkt overfor helsevirksomhetene. Datatilsynet har derimot ilagt overtredelsesgebyrer. Dette kan innebære at helsevirksomhetene har høyere fokus på databeskyttelse enn pasientsikkerhet.

I 2024 slo Riksrevisjonen fast at det ikke foretas nødvendige vurderinger av risiko¹⁵. Riksrevisjonen tar opp at kvalitetsmålene ikke er nådd. Risiko for lovbrudd gjelder både hensynet til bemanningen, behovet for kapasitet og opplæring, samt pasienttilbudet.

Det er også en økning av utbetalinger for svikt fra Norsk pasientskadeordning, noe som kan skyldes for høy risiko¹⁶. Disse forhold bør tillitsvalgte og helsepersonell være oppmerksom på. Helsepersonell har en selvstendig plikt til å varsle helsetilsynet ved uforsvarlighet i organiseringen etter helsepersonelloven § 17.

Helsetilsynet, det vil si statsforvalteren og Statens helsetilsyn fører tilsyn med at helsevirksomheter og med helsepersonell overholder de plikter som er pålagt i lovgivningen, med utgangspunkt i helsetilsynsloven; Det vil omfatte om helsevirksomheten er forsvarlig organisert og om helsepersonell innretter seg forsvarlig, andre plikter.

Det er mange avgjørelser fra Helsetilsynet som viser hvordan brudd på plikter for helsevirksomheter og helsepersonell gir grunnlag for reaksjoner, og fra Statens helsepersonellnemnd som er klageinstans dersom Helsetilsynet ilegger en reaksjon mot helsepersonell¹⁷.

Et nytt fenomen fra 2023 er at Statens helsetilsyn også har ført tilsyn med de regionale helseforetakene. Dette har skjedd i saken om Helseplattformen i Helse Midt RHF og i Helse Nord RHF når det gjelder oppfølging av hjertesyke mellom Bodø og Tromsø. Det har vært flere saker der det er stilt spørsmål om bemanningen har nødvendig kompetanse til å gi

¹⁵Riksrevisjonen (2023)

¹⁶Norsk Pasientskadeerstatning (2023) viser en økning i utbetalinger til 1,3 milliarder kroner.

¹⁷Befring (2017) og Befring (2022, kap. 1)

forsvarlig helsehjelp.

3.2 Helsepersonelloven og oppgavedeling

Helsepersonellbegrepet er definert vidt i helsepersonelloven § 3. Definisjonen omfatter personell med og uten autorisasjon. Grupper med autorisasjon er regnet opp i helsepersonelloven § 48.

Dette innebærer at personell, studenter og elever, som arbeider innenfor helse- og omsorgstjenesten med å gi helsehjelp regnes som helsepersonell og er omfattet av loven, se helsepersonelloven § 3 nr. 2 og 3. Dette kan være miljøarbeidere.

Mange av rettighetene for brukere og pasienter skal oppfylles av sykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og annet helsepersonell. Rettighetene følger av pasient- og brukerrettighetsloven og korresponderer med plikter i helsepersonelloven.

Helsepersonelloven § 4 stiller krav til hvordan helsepersonell skal utføre arbeidet sitt. Den slår fast at helsepersonells arbeid skal være faglig «forsvarlig», og at helsepersonell skal opptre slik at hjelpen er «omsorgsfull». Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse skal ses i sammenheng med andre lovkrav til forsvarlig virksomhet.

Kravet om faglig forsvarlig yrkesutøvelse og omsorgsfull hjelp er omfattende. I denne plikten ligger at helsepersonell må kjenne sine egne kvalifikasjoner, og be om hjelp fra andre når de ikke strekker til, og å samarbeide om pasienten.

Helsepersonell skal

- gi helsehjelp på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og i samråd med pasienten.
- benytte anerkjente og utprøvde metoder for helsehjelp som antas å kunne stille en diagnose eller å ha nødvendig kurativ og lindrende effekt. Ved utprøving av metoder skal pasienten informeres og reglene for forskning skal følges.
- innhente nødvendig bistand når egne kvalifikasjoner ikke strekker til, samarbeide om helsehjelpen, eller henvise pasienten videre.

For helsepersonell innebærer det en plikt til å a) opptre i henhold til det pasienten har krav på og samtidig respektfullt og omsorgsfullt og b) kjenne sin egen kompetanse og kvalifikasjoner godt. Dette betyr at helsepersonell primært skal ha sin lojalitet hos pasienter og brukere for å oppfylle deres rettigheter. Reaksjoner mot helsepersonell er ofte begrunnet i brudd på forsvarlighetsplikten, informasjonsplikten, taushetsplikten eller dokumentasjonsplikten.

Dette kan skyldes at pasienten ikke fikk tilstrekkelig hjelp eller fordi det ikke kommuniseres tilstrekkelig med pasienten eller med andre som skal følge opp pasienten.

Statens helsetilsyn kan begrense den enkeltes autorisasjon eller kalle den tilbake. Tilbakekall er aktuelt ved grov uforsvarlighet, eller at helsepersonell ikke makter å skille på sin egen rolle som privatperson og den profesjonelle rollen, eller sykdom, kan det oppstå spørsmål om egnethet og tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 57 eller straff etter helsepersonelloven § 67.

Helsepersonelloven gjelder både for «helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket», jf. helsepersonelloven § 2.

Helsevirksomheter er regulert for å tilrettelegge slik at helsepersonell kan oppfylle sine plikter, jf. helsepersonelloven § 16. En del av tilretteleggingen er planer for bruk av kompetansen, opplæring og kompetanseutvikling.

3.3 Plikter og rettigheter til opplæring, etter- og videreutdanning

Virksomhetsledere er pålagt å sørge for nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell. Arbeidsmiljøloven slår fast at den enkelte arbeidstaker skal gis mulighet til både faglig og personlig utvikling i sitt arbeid. Arbeidsgivere er etter denne loven pålagt å sørge for at hver arbeidstaker får informasjon og opplæring nok til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører arbeidstakers arbeidssituasjon. I arbeidsmiljøloven § 4-2 er det stilt krav om at arbeidstakere og tillitsvalgte skal «holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utformingen av dem.». Opplæring og kompetanseheving er ytterligere regulert i tariffavtalene, se kap. 4.1 s. 13.

Helsetilsynet har gitt kritikk til helsevirksomheter for mangler i planlegging og opplæring.

3.4 Rettigheter og samtykke

Pasienter og brukere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 og 2-2.

Utgangspunktet for helsehjelpen er at pasienten – og brukeren mottar informasjon og medvirker. Retten til informasjon korresponderer med plikter til å gi informasjon¹⁸. Pasienten

¹⁸Pasient- og brukerrettighetsloven, §§3-2 flg.

skal velge nærmeste pårørende¹⁹. Dersom pasienten ikke kan velge skal helsepersonell utpeke nærmeste pårørende etter kriteriene i loven.

Barn og andre som ikke er i stand til å samtykke har også retten til nødvendig hjelp i behold. Det er regler for å gi helsehjelp uten samtykke og uten tvang, og regler for tvang når personen ikke er i stand til å ivareta seg selv eller er til fare for seg selv eller andre.

I loven er det flere aldersgrenser for både informasjon og samtykke i Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-4, 4-3. Hovedregelen er at pasienter over 16 år samtykker og mottar informasjon selv, men det er unntak nedover i alder til 12 år og under dette, etter nærmere bestemte kriterier, og oppover til 18 år, når foreldre må ha informasjon for å ivareta sitt omsorgsansvar²⁰.

Pasienten eller brukeren kan be helsetilsynet om å vurdere det helsetilbudet vedkommende har fått, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 og kan klage dersom rettigheter ikke oppfylles, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

3.5 Barrierer for oppgavedeling

Det er få bestemmelser som forutsetter at oppgaver utføres av nærmere angitt helsepersonell. Som regel gjennomføres oppgavedeling ved at ledelsen påser at den som utfører oppgaver kan gjøre dette på en forsvarlig måte. Forsvarlighetsplikten regulerer hvilke oppgaver den enkelte kan påta seg. I lovgivningen er det i liten grad gitt nærmere reguleringer av hva som ligger innenfor de enkelte helsefag utover forsvarlighetsplikten. Forsvarlighetsplikten bygger på den faglige standarden som gjelder innenfor hvert helsefag til enhver tid og som er i utvikling med ny kunnskap og teknologi.

I lovene er det stilt krav til kommunene og de regionale helseforetak om å ha bestemte tjenester for å dekke befolkningens behov og at oppgaver er forbeholdt nærmere angitt personell.

Rekvireringsretten er forbeholdt tannleger og leger, samt jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere. Det er også regler for utdeling av legemidler.

Ved undersøkelser av straffbare forhold etter helsepersonelloven § 12, er det «lege, sykepleier, helsesekretær eller bioingeniør mv» som er tillagt oppgaver.

¹⁹Pasient- og brukerrettighetsloven, § 1-3 b.

²⁰Befring (2022, kap. 5)

4 Partsarbeid, tillitsvalgte og ledelsen

Alle ansatte har en rolle i arbeidet med bedre oppgavedeling. Samarbeid og gjensidig respekt er grunnleggende for alt arbeid med oppgavedeling.

Ledelsen (både administrativ og faglig) og tillitsvalgte står særlig sentralt i arbeid med oppgavedeling, disse er derfor omtalt særskilt.

4.1 Avtaleverket

Hovedavtalene våre legger opp til et utstrakt *partssamarbeid* på arbeidsplassen. Det innebærer at tillitsvalgte og arbeidsgiver samarbeider til det beste for arbeidsplassen. Arbeid med oppgavedeling er et eksempel på dette. Det er helt avgjørende med godt samarbeid hvis man skal lykkes med oppgavedelingen.

Av plasshensyn vil vi her bare omtale de to største avtaleområdene for helsetjenesten, nemlig KS (kommunene) og Spekter Helse (sykehusene). Andre tariffområder vil ha tilsvarende bestemmelser i sine hovedavtaler.

Både hovedtariffavtalen i KS²¹ (kap 3.3) og hovedavtalen i Spekter²² (§ 44) har bestemmelser om kompetanse og kompetanseutvikling. Ordlyden i avtalene er forskjellig, men begge understreker behovet for kontinuerlig arbeid med kompetanse, og at det skal gjøres kompetansekartlegging og -planlegging.

Hovedtariffavtalen i KS er eksplisitt om behovet for oppgavedeling i kap 3.3 hvor det står at «i analysen [av kompetanse] bør også oppgavedeling mellom yrkesgruppene inngå, slik at de ulike yrkesgruppene i størst mulig grad får brukt sin kompetanse».

I A-delen i Spekter²³ er det også avtalt «at virksomhet og tillitsvalgte hvert år drøfter om det er et kompetansegap i henhold til virksomhetens behov for kompetanse og hvordan det i så fall eventuelt kan legges til rette for at arbeidstakere får anledning til fag-, etter- og videreutdanning». Tilsvarende står det at «gjennomføring av kompetansehevende tiltak» skal skje «etter drøftinger med de tillitsvalgte» i KS-avtalen.

4.2 Partssamarbeidet

Begge avtalene vi har omtalt over er altså tydelige på tillitsvalgte og partssamarbeidets rolle i arbeid med kompetanseutvikling. De anerkjenner at for å kunne lykkes så er man nødt til

²¹KS, LO mfl. (2024)

²²Spekter og LO (2024a)

²³Spekter og LO (2024b)

å samarbeide, og gjør det derfor klart at det ikke er valgfritt om man involverer tillitsvalgte i dette arbeidet eller ikke. Her er det også viktig å påpeke at der det er flere organisasjoner som organiserer ansatte på samme sted er det viktig at man så langt det lar seg gjøre involverer alle de tillitsvalgte som har medlemmer som på en eller annen måte kan bli berørt av arbeidet.

Tillitsvalgte og ledelse skal altså sammen drive prosessen med oppgavedeling og kompetanseplanlegging. Det er en fin anledning for begge parter til å få større innsyn i henholdsvis de ansatte og medlemmenes behov for kompetanseutvikling og få en klarere og mer felles forståelse av virksomhetens målsetninger og utfordringer. Det gir begge parter en sjanse til å forankre kompetanseplanene breiere og sikre større legitimitet og oppslutning, og dermed større entusiasme for kursing, læring på arbeidsplassen og videreutdanning. Det vil være en styrke å ha tillitsvalgte som representerer forskjellige yrkesgrupper med i dette arbeidet, fordi det gir mulighet til å se hvem som faktisk prioriteres, hva som burde prioriteres og avstemme behovene til forskjellig gruppers behov mot hverandre.

Rolleforståelse, gjensidig respekt mellom partene for de ulike rollene man har, er svært viktig i partsarbeidet. Man må kunne hevde uenighet uten at det river grunnlaget vekk fra det man i partssamarbeidet er enige om.

I noen spesielle tilfeller, særlig i kommunal sektor, snakker vi også om *trepartssamarbeid* – hvor de folkevalgte, administrasjonen og de tillitsvalgte i kommunen samarbeider om å gjøre kommunen til en bedre plass å bo og arbeide i. Trepartssamarbeid er metoden å bruke dersom en skal lage overordna, strategiske kompetanseplaner for en hel kommune. Fagforbundet har utarbeidet en egen veileder for trepartssamarbeid²⁴.

4.3 Ledelsen

I kapittel 3 (s. 8) viste vi til det lovfestede lederansvaret i oppgavedeling og ansvaret for kompetanseutvikling for å kunne dekke befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Her ønsker vi å utdype ledelsens rolle.

En viktig oppgave for ledelsen er å legge opp til godt partssamarbeid. At de tillitsvalgte blir tatt med på råd så tidlig som mulig i en prosess, og blir involvert hele veien.

Devik & Olsen (2022, s. 24) skriver i sin kunnskapsoppsummering om oppgavedeling at «både rolleavklaring og veiledning må sikres for å unngå frustrasjoner hos helsefagarbeiderne fordi de ikke opplever anerkjennelse og mulighet til å bruke sin ferdigheter, og hos sykepleierne fordi de kjenner på tap av kontroll».

²⁴Øyum mfl. (2021)

For Fagforbundet er det viktig at oppgavedeling er noe man finner ut av i fellesskap. Ledelsen må være faglig og tydelig, men det er dialogen mellom yrkesgrupper og yrkesutøvere som er mest avgjørende for å unngå både at noen opplever at deres kompetanse ikke anerkjennes, og at noen opplever tap av kontroll og usikkerhet omkring tjenestekvalitet og pasientsikkerhet.

Ledere i førstelinje ofte vil ha god oversikt og mye kunnskap over hvilke oppgaver som må gjøres, men de mangler tid og rom til å strukturere den. Det første som bør skje før en setter i gang prosesser som skal lede fram til bedre oppgavedeling er at de gis tid og rom til dette. Man må ha et analytisk blikk på hvem som gjør hva i virksomheten, og gjennomføre en grundig kartlegging av oppgaver.

Uavhengig av metodikk, er dette de seks viktigste stegene på veien til bedre oppgavedeling og kompetanseutnyttelse (se kap. 7 s. 26 for flere detaljer).

1. Involver de tillitsvalgte i hele prosessen og så tidlig som mulig.
2. Få oversikt over tilgjengelig og potensiell kompetanse. Dersom slikt ikke er gjort, så sørg for at kompetansemodulet i HR-systemet er oppdatert med så mye av alle ansattes kompetanse som mulig. Få gjort en kompetanseanalyse og få et bilde av hvilken kompetanse som trengs.
3. Få gjort en grundig oppgavekartlegging. Systematiser hva som må gjøres i løpet av en arbeidsdag og få oversikt over hvem i virksomheten som gjør hva.
4. Gjør en gjennomgang for å finne ut om noen faggrupper eller enkelte ansatte har mange oppgaver som kan løses av andre. Få rett person på rett plass!
5. Begynn arbeidet med å få utarbeidet en strategisk kompetanseplan. Ta utgangspunkt i en analyse av hvilken kompetanse som finnes, og lag en plan med siktemål om å få den kompetansen som trengs. Sats på kompetansehevende tiltak for de som allerede er ansatt i virksomheten, fremfor å jage etter ny formalkompetanse. Bruk handlingsrommet som lovverket gir, og sats på faglig forsvarlighet.
6. Følg opp gjennom å sette inn planlagte kompetansehevende tiltak for yrkesgrupper og for enkeltansatte, og strukturer den praktiske og faktiske oppgavedelinga i arbeidshverdagen i tråd med oppgave- og kompetanseanalyser. Vis at arbeidet med analyse og kartlegging får praktiske konsekvenser. Tydeliggjør i eventuelle styringsdokumenter at overføring av oppgaver også innebærer overføring av ansvaret for oppgavene.

5 Hva er kompetanse?

I denne veilederen benyttes begrepet om ferdigheter og kunnskap. Det vil si at man ser på kompetanse som å kunne tilegne seg og anvende kunnskaper og ferdigheter til å mestre utfordringer og løse oppgaver i kjente og ukjente sammenhenger og situasjoner. Kompetanse innebærer forståelse og evne til refleksjon og kritisk tenkning²⁵. I helsetjenestene er det pasienten og brukeren sine behov som styrer hvilken kompetanse helsepersonellet må ha. Endringer som for eksempel nye behandlingsmetoder, alderssammensetning mm., vil også endre hvilken kompetanse det er behov for.

Hverken begrepet «formalkompetanse» eller «realkompetanse» rommer helt bredden i hva kompetanse er. Kompetanse handler om at folk faktisk skal ha *de ferdighetene, den kunnskapen, de verdiene og de holdningene* de trenger for å utføre jobben sin trygt og sikkert til det beste for pasienter, brukere og beboere. De skal kunne integrere teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter og jobbe i tråd med både yrkesgruppens, virksomhetens og helsetjenestens verdier.

Vi kan ta utgangspunkt i en helsefagarbeider, og en av de mange temaene de må kunne noe om, blodtrykk. Helsefagarbeideren må da vite hva blodtrykk faktisk måler. Hen må kunne nok om anatomi og fysiologi til å vite hvorfor man måler blodtrykk, og hva blodtrykket er uttrykk for. Hen må ha håndlag, det vil si nok trening i å bruke et blodtrykksapparat til at hen ikke fomler og må gjøre målingen på nytt, og pasienten blir utrygg eller utålmodig. Hen må kunne formidle til pasienten hva det er hen gjør og hvorfor, på et språk som er forståelig for pasienten. Hen må sørge for at pasienten føler seg ivaretatt og sett, selv om det gjelder noe så dagligdags (for helsefagarbeideren) som en blodtrykksmåling. Hen må kunne føre dataene inn i på rett sted i elektronisk pasientjournal, og kunne formidle dem presist, både muntlig og skriftlig, til annet helsepersonell. Hen må vite hvordan hen behandler pasientinformasjon, hvem som kan få den og på hvilken måte.

En helsefagarbeider som kan og får til alt dette, er en helsefagarbeider som har den nødvendige kompetansen til å kunne måle et blodtrykk. Hvorvidt man er en slik helsefagarbeider er ikke noe man kan se bare ved å gløtte på et vitnemål, eller for den del et sertifikat fra en klinisk fagstige. Slike ting sier noe om forutsetningene er på plass, men ikke om en faktisk kan bruke disse forutsetningene til å gjøre den jobben man skal.

Kompetanse er dessuten ikke noe du har en gang for alle. Det kan komme nye prosedyrer og nye bestemmelser omkring behandling av helsedata. Den teknologiske utviklinga kan gjøre den måten vi har målt blodtrykk på overflødig. Da må helsefagarbeideren i eksemplet

²⁵Utdanningsdirektoratet (2019)

vårt utvikle nye ferdigheter og tilegne seg nye kunnskaper. Disse må igjen integreres i et etisk rammeverk og en faglig forsvarlig praksis. Gjennom kompetanseplaner sikrer man at alle driver slik faglig utvikling - hver for seg og sammen. Kompetanseplanlegging gjelder alle yrkesgrupper, bytt ut «helsefagarbeideren» med «sykepleieren» over og du vil få samme nytteverdi.

5.1 Sykepleieres kompetanse

Sykepleierne er en av de høyskoleutdannede faggruppene i helsesektoren som har bredest kompetanse. Sykepleierens naturlige rolle er dermed blikket på helheten, å ivareta alle pasienten, brukeren eller beboerens behov og se sammenhengen mellom dem.

Sykepleieutdanningen går grundig gjennom²⁶ anatomi, fysiologi, biologi, sykdomslære (inkludert mikrobiologi og psykiatri), psykologi og farmakologi. I tillegg lærer sykepleieren gjennom sin utdanning teori om og praktisk gjennomføring av sterile prosedyrer, legemiddel-håndtering og stell. Det er ikke fokus på en enkelt pasientgruppe, men man lærer om både geriatri, pediatri og alt mellom, og går gjennom et bredt spekter med andre tema som f.eks. åndelig/eksistensiell omsorg, krisehåndtering og kommunikasjon. En nyutdannet sykepleier er derfor å anse som en generalist. Opplæringen til en sykepleier, som for alle yrkesgrupper, slutter ikke ved endt utdanningsløp. Den formelle utdanningen er bare starten.

Om man skal prøve å formulere hva sykepleieren sin kjernekompetanse er, kan man si at målet med arbeidet til en som jobber i pleien er å ta vare på *hele* det syke mennesket. Dette leder til at en sykepleier utfører et bredt spekter med oppgaver med hensikt å oppnå dette målet. For noen innebærer god pleie å ha noen å snakke med, for andre kan det være et fristende måltid eller ivaretagelse av personlig hygiene, eller det kan bety å få utført den medisinske behandlingen og praktiske prosedyrer. Ofte innebærer det alt sammen.

5.2 Vernepleieres kompetanse

Vernepleierne har miljøterapien som sin grunnmur. De er en høyskoleutdannet faggruppe som kombinerer kompetanse om sykdom, biologi, utviklingshemninger/funksjonsnedsettelse og miljøarbeid med sosialfaglig kompetanse om rettigheter og det norske sosiale sikkerhetsnett. De legger til rette for at personer med funksjonsnedsettelse får oppleve mestring og en mulighet til å styre hverdagen sin selv²⁷.

Vernepleiere har også kompetanse om generell farmakologi, og har ofte legemiddelhåndte-

²⁶Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning.

²⁷Utdanning.no (2021)

ring som en av sine oppgaver. De jobber over alt i helse- og sosialtjenestene, både i kommunale tjenester til personer med utviklingshemninger/funksjonsnedsettelse og/eller psykiske lidelser, og i spesialisthelsetjenesten, f.eks. i psykiatrien. Den brede kompetansen gjør også at du finner de i somatiske tjenester som sykehjem.

5.3 Helsefagarbeideres kompetanse

Helsefagarbeiderens kompetanse er definert gjennom utdanningenes kompetansemål²⁸ men som for sykepleiere er også dette bare å regne som et utgangspunkt som man bygger videre på gjennom praksis.

Helsefagarbeideren skal ivareta den enkelte pasient eller brukers behov for helhetlig omsorg, ernæring, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid. De skal kunne utføre grunnleggende førstehjelp og ivareta pasientsikkerhet, og kunne observere, planlegge, dokumentere og evaluere eget arbeid. De skal også ha kunnskaper om relevante digitale systemer og velferdsteknologi.

Det viktigste prinsippet når (også) helsefagarbeidere skal få nye oppgaver, er alltid å sørge for god opplæring. Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for opplæringen, mens det er den enkelte yrkesutøver sitt ansvar å ikke gå utenfor sitt kompetanseområde. Faglig forsvarlighet er det viktigste kravet i lovverket.

Helsefagarbeiderne har alltid hatt et vidt spekter av oppgaver. Å ivareta den enkelte pasient eller brukers behov for helhetlig omsorg, slik læreplanen sier, krever det. Når helsefagarbeiderne får et stadig videre virkefelt og stadig mer kompetanse gjennom for eksempel fagskoleutdanning, vil det trolig bli enda flere oppgaver helsefagarbeidere skal løse eller kan løse.

5.4 Portørers kompetanse

Portører har eksistert lenge, men det var først i 2015 at portører fikk sitt eget fagbrev, noe Fagforbundet bidro til å oppnå. Dette innebærer nå blant annet at vi kan si noe om den teoretiske kompetansen til portører. Ute i tjenestene er det fremdeles en kombinasjon av portører med og uten fagbrev, men vi vil ta utgangspunkt i portører med fagbrev.

Portører er praktikere. En del av styrken deres er evne og vilje til å tilpasse seg til ulike arbeidsoppgaver. Portører har tradisjonelt jobbet mest med transport og logistikk, i tillegg til at de har tatt på seg oppgaver ut fra det lokale behovet. Når vi snakker om oppgavedeling

²⁸Utdanningsdirektoratet (2020)

har portørene et enormt potensiale.

Den portør-spesifikke opplæringa ligger på Vg3 nivå²⁹. Før det skal man gjennom Vg1 helse- og oppvekstfag, og så på Vg2 enten helseservicefag, helsearbeiderfag eller ambulanséfag. Den helsefaglige grunnkompetansen til portørene er altså veldig solid, og de kan trolig mer enn mange tror.

Fleksibiliteten av portørene, sammen med deres solide teoretiske grunnkompetanse, danner grunnlag for at de kan løse mange flere oppgaver enn i dag. Et spennende eksempel kan hentes fra Danmark, på Ålborg sykehus er 30% av oppdragene til portørtjenesten å bistå ved forflytning i seng³⁰. Dette bidrar til å redusere belastningen på pleietjenesten, samtidig som man da alltid har noen med spisskompetanse i forflytning med - noe alle parter tjener på.

5.5 Helsesekretærers kompetanse

Helsesekretærer har en ganske unik sammensetning av merkantil og helsefaglig kompetanse. De skal ha kompetanse innenfor «logistikk og ressurskoordinering, pasientadministrative system, pasientforløp og pasientsikkerhet»³¹ og er autorisert helsepersonell³².

Kombinasjonen av merkantil og helsefaglig kompetanse gjør helsesekretærene til svært allsidige yrkesutøvere. Helsesekretærene jobber blant annet på legekontor og i spesialisthelsetjenesten. Fagforbundet erfarer at mange helsesekretærer, særlig i spesialisthelsetjenesten, opplever at det er underforbruk av deres helsefaglige kompetanse.

Helsesekretærer har blant annet kompetanse i å ta blodprøver. Dette er en oppgave som vi vet enkelte sykehus har behov for å flytte til annet personell enn de som tradisjonelt har utført oppgaven³³. Deres solide helsefaglige kompetanse er en til dels uutnyttet ressurs.

Samtidig vet vi at flere yrkesgrupper, kanskje spesielt leger, har et betydelig innslag av dokumentasjonsoppgaver. Dette tar mye tid, som legene ellers kunne ha brukt på pasientnære oppgaver. En løsning på dette vil være å i mye større grad ta i bruk helsesekretærer til disse oppgavene.

²⁹vilbli.no (2024)

³⁰Hustvedt (2022)

³¹Utdanningsdirektoratet (2023)

³²Helsepersonelloven, § 48.

³³Oslo Economics (2023)

6 Hvordan drive kompetanseheving

6.1 Strategisk kompetanseplanlegging

Fagforbundet mener at nøkkelen til å sørge for at flest mulig blir rett person på rett plass, er strategisk kompetanseplanlegging og strategisk kompetanseledelse. Helsetjenesten er i kontinuerlig endring og ledere må arbeide strategisk med omstillinger og oppgavedeling³⁴. Strategisk kompetanseplanlegging er en metodikk som blant annet er utviklet av KS, basert på nyere norsk forskning om kompetanse³⁵.

Kort fortalt går metoden ut på at man gjennom partssamarbeid blir enige om hvordan man skal utvikle både den enkelte arbeidstaker og virksomhetens kompetanse, slik at den alltid er i tråd med utviklingen i samfunnet og med virksomhetens verdier og målsettinger. Hensikten er å sørge for at man har rutiner og strukturer på plass som sørger for at man hele tiden utvikler seg og følger med i tiden, og når de mål man sammen setter for virksomheten.

Strategisk kompetanseplanlegging er *partsarbeid*, altså innebærer det at det er tillitsvalgte involvert i selve kompetanseplanarbeidet sammen med arbeidsgiver, på vegne av sine medlemmer (se også 4.2 s. 13).

Strategisk kompetanseplanarbeid kan gi flere nivåer av kompetanseplaner. Virksomheten trenger en strategisk kompetanseplan. Ut ifra den utarbeides så kompetanseplaner for avdelinger om det er behov for det – og så aller viktigst; individuelle kompetanseplaner som angir et kompetanseløp for hver enkelt arbeidstaker. De kan være standardiserte, slik at avdelinger for eksempel har en plan som alle helsefagarbeidere følger i et det tempo som de avtaler med nærmeste leder (det er slike individuelle kompetanseplaner som behandles senere i dette dokumentet). Utfordringen, og på mange måter nøkkelen til å lykkes, er å sørge for at det er sammenheng – slik at de individuelle planene bidrar til å oppfylle målsettingene i virksomhetens plan.

6.2 Prosedyreopplæring

Det finnes ingen fasit på hvordan man kan lære noen opp i å utføre nye helsefaglige prosedyrer. Et opplegg som fungerer bra et sted fungerer kanskje ikke like bra en annen plass. Likevel ønsker vi her å demonstrere en måte det kan gjøres på, til inspirasjon for andre. Vi baserer oss på erfaringer fra kompetansehevingsprogrammer som har blitt gjennomført i norske helsevirksomheter.

³⁴Befring (2015)

³⁵KS (2023b)

En helsefaglig prosedyre består av flere komponenter. Man må kunne (1) teorien bak, blant annet anatomi og fysiologi, (2) hva intensjonen med prosedyren er og (3) potensielle komplikasjoner. Man må også vite (4) hvordan man gjennomfører prosedyren i praksis og (5) kunne håndtere eventuelle problemer som skulle oppstå. Til slutt må man vite (6) hvordan man dokumenterer, samt (7) eventuelle vedlikeholdsoppgaver som følger med.

Et opplæringsprogram må altså både bestå av nødvendig teori, både av generell art, som anatomi og fysiologi, og mer spesifikk art, som potensielle komplikasjoner spesifikt til prosedyren. I tillegg må man lære den praktiske framgangsmåten for prosedyren. Til slutt bør man også ha en måte å dokumentere gjennomført opplæring, gjerne gjennom dokumentasjon i et system for kompetanseplaner.

Programmet må sikre at den som skal utføre prosedyren er trygg nok til å gjøre den. Helsepersonelloven § 4 gir helsepersonell plikt til å ikke gjøre oppgaver som de ikke har kompetanse til.

Først foreslår vi derfor at man gjennomfører et teoretisk kurs. Kurset må inneholde nødvendig anatomi og fysiologi, samt den teoretiske delen av selve prosedyren. Det kan også inneholde en praktisk gjennomgang av selve prosedyren, men ofte kan det være like greit å ta dette ute i klinikken med at man observerer gjennomføring av prosedyren.

Neste skritt er å lære å utføre den praktiske oppgaven. Vi foreslår her en opplæring med fire steg:

1. Helsefagarbeideren observerer en person som allerede har den nødvendige kompetansen gjennomføre prosedyren
2. Helsefagarbeideren gjennomfører prosedyren med veiledning
3. Helsefagarbeideren gjennomfører prosedyren under oppsyn men uten veiledning
4. Helsefagarbeideren gjennomfører prosedyren alene med kontroll av korrekt gjennomføring i etterkant

Gitt gjennomføring av den teoretiske opplæringen og disse fire stegene kan helsefagarbeideren oppfattes som kvalifisert til å utføre den spesifikke oppgaven. Dette dokumenteres så i kompetanseplanen til helsefagarbeideren. Det må være rom for individuelle tilpasninger. Kanskje er en person usikker og trenger å gjenta gjennomføring med veiledning flere ganger for å bli komfortabel. Nøkkelen her som i alt pleiefaglig arbeid er *faglig forsvarlighet*. Det er også verdt å understreke at en helsefagarbeider som har gjennomført en kvalifisering har opparbeidet seg kompetanse til å *selvstendig* utføre oppgaven man er sertifisert til. Det er ikke noe en sykepleier kan velge å delegere, men en kompetanse man har, og helsefagar-

beideren er derfor også selvstendig ansvarlig for å gjennomføre prosedyren på en pleiefaglig forsvarlig måte.

Som vedlegg A (s. 35) finner du et eksempel på en plan for gjennomføring av opplæring av en sånn prosedyre: administrering av væske på perifert venekateter.

6.3 Utforming av kompetanseplaner

Utforming av kompetanseplaner er et sammensatt tema og det er umulig for denne veilederen å gi en uttømmende forklaring. Vi forsøker likevel å tegne et bilde av hvordan kompetanseplaner kan utformes og brukes, til inspirasjon for videre arbeid.

Målet med en kompetanseplan er å systematisere vedlikehold og videreutvikling av eksisterende kunnskap, samt dokumentere ny kunnskap. Planen må utformes med bakgrunn i virksomhetens behov for oppgaver og yrkesutøverens behov for å vedlikeholde og videreutvikle kunnskap. En kompetanseplan kan med fordel være helt spesifikk, f.eks. beskrive nøyaktig hvilke prosedyrer det gjelder. Litt av poenget med denne typen planer er også at det ikke bare skal være en dokumentasjon av det som er obligatorisk, altså det man forventer ligger i grunnutdanningen, men også kompetanse som man etter fullført opplæring kan tilegne seg. Ved aktiv bruk av kompetanseplaner viser man til den ansatte at man setter pris på deres fagkunnskap og anerkjenner den enkeltes behov for videreutvikling, noe vi vet er viktig for å sikre at personell blir værende i jobben³⁶.

Det finnes forskjellige typer programvare som kan hjelpe med å utforme, ta i bruk og dokumentere kompetanseplaner. Et eksempel er *Dossier* som er i bruk i mange helseforetak og i Oslo kommune. Følgende beskrivelser baserer seg på erfaringer fra bruken av *Dossier*, men er trolig lett overførbart til andre måter å benytte seg av kompetanseplaner på.

En person er ikke begrenset til en enkelt kompetanseplan. Det kan være både nyttig og nødvendig å tildele flere kompetanseplaner til hver person. Da kan man lettere skille mellom forskjellige kompetansekrav. Ta for eksempel brannvern. Det er noe all på en pleieavdeling absolutt må vite om. Det er naturlig å bruke en kompetanseplan for å dokumentere dette. Man kan opprette en «Alle ansatte» kompetanseplan og tildele den til alle ved avdelingen. Der kan et av punktene være «brannvern». Som krav til å få denne godkjent kan man da oppfylle krav som «kjenne til brannbok», «vite hvor brannslukkingsapparat er» og «gjennomgått brannrunde», for å ta noen eksempler. På denne måten kan man dokumentere at den ansatte har fått nødvendig opplæring, og sikre at det ikke glipper i en travel hverdag. Man kan også sette en tidsfrist og gyldighet, for å sikre jevnlig gjennomgang av rutinene.

³⁶Sjögren & Parding (2024)

Videre kan man opprette kompetanseplaner for spesifikke yrkesgrupper. F.eks. kunne man ha opprettet en kompetanseplan med navnet «systematisk kompetanseprogram for helsefagarbeidere». I denne planen kan man ha forskjellige prosedyrer og kunnskap som man ønsker at alle helsefagarbeidere ved avdelingen tilegner seg.

En sånn kompetanseplan kan da inneholde f.eks. «administrering av intravenøs væske på perifert venekateter», «steril intermitterende kateterisering av kvinner» o.l. Hvert punkt vil i utgangspunktet være uavhengig av hverandre og det er derfor mulig å prioritere det man har størst behov for, hvis det er ønskelig. Som et eksempel, for å fullføre «administrering av intravenøs væske på perifert venekateter» vil man måtte gjennomføre krav som «vite hva tromboflebitt er», «vite forskjellen på perifert og sentralt venekateter» og «ha gjennomgått 4-punkts praktisk opplæring» mv. Når man har fullført alle kravene vil man da være sertifisert for å utføre denne oppgaven og dette vil være godt dokumentert.

I programvare som *Dossier* kan man også spesifisere at en sertifisering bare er gyldig i en viss tidsperiode. Når denne tidsperioden er ute vil leder og ansatt få en e-post som varsler at det er tid for resertifisering. Man får da formalisert og dokumentert alle ledd i kompetansehevingen. Kompetanseplanen vil da i seg selv kunne fungere som et verktøy som sikrer kvalitet i tjenestene.

6.4 Tørn-prosjektet

Tørn er i utgangspunktet et av prosjektene under kompetanseløft 2025 (se 6.5 s. 25) og mottar finansiering over statsbudsjettet. Det var opprinnelig rettet mot kommunehelsetjenesten og har ligget under KS, med en nasjonal, partssammensatt styringsgruppe der blant annet Fagforbundet, NSF og Delta er representert. Nå er det utvidet til også å omfatte spesialisthelsetjenesten, og ansvaret for Tørn i sjukehus ligger hos de regionale helseforetakene. Tørn samhandling er også under utvikling, og vil bli et knutepunkt for utvikling av bedre samarbeidsformer mellom tjenestenivåer og grener.

Pr. oktober 2024 er 173 kommuner tilknyttet Tørn³⁷. Gjennom Tørn Kommune får de faglig bistand i eget utviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Tørn kommune har hatt pilotforsøk og læringsnettverk rettet mot arbeids- og oppgavedeling, arbeidstid og kompetanseplanlegging- og kompetanseheving. Det er også utviklet metodikk for oppgavedeling i prosjektet, basert på lean-metodikken. Det finnes en erfaringsbank der kommuner kan hente inspirasjon fra de prosjektene som har hatt gode resultater³⁸, en verktøykasse³⁹

³⁷KS (2023a)

³⁸KS (2024a)

³⁹KS (2024b)

og en egen side for tillitsvalgte⁴⁰. I tillegg har Tørn en «Bestill en Tørn-ekspert»-ordning, der for eksempel fagforeninger som vil lære mer om prosjektet og/eller metodikken, kan få eksperter fra Tørn-prosjektet til å innlede for seg⁴¹.

Det som skiller Tørn Kommune fra en rekke andre omstillingsprosjekter er for det første omfanget, og for det andre at man i helt fra starten har vektlagt medvirkning og partsarbeid. Dette er også oppsummert som en av de viktigste suksessfaktorene i Fafo sin evaluering av prosjektet⁴².

Utvidelsen av Tørn-prosjektet til å omfatte spesialisthelsetjenesten er en spennende utvikling. NSF og Fagforbundet har helt fra oppstarten av Tørn vært enige om hva prosjektet skulle handle om. En fellesuttalelse fra Yrkesseksjon helse og sosial i Fagforbundet og NSF vektlegger følgende punkter:

- At man skal vektlegge styrket klinisk kompetanse - særlig med tanke på å møte behovet for å behandle flere med sammensatte lidelser.
- At partssamarbeidet skal ligge til grunn. Tillitsvalgte skal være involvert i arbeidet som premissleverandører og samarbeidspartnere.
- Arbeidet med arbeidstid må være i samsvar med det man ellers gjør. Prosjekter med arbeidstid skal forankres i annet arbeid med arbeidstid slik at prosjekter ikke kommer i konflikt med hverandre.
- At det er nødvendig å være spesielt oppmerksom på oppgavedeling, særlig mellom sykepleiere og helsefagarbeidere
- At det skal satses på å formell helsefaglig kompetanse til de som ikke har det.

Dette må ligge til grunn også når prosjektet utvides til å omfatte spesialisthelsetjenesten. Særlig viktig blir partsarbeidet i spesialisthelsetjenesten, der yrkesgruppene er flere og organisasjonsstrukturen ofte mer kompleks. I spesialisthelsetjenesten vil det også bli viktig å ha med flere yrkesgrupper, for eksempel portører, helsesekretærer og matverter/postverter. I oktober 2024 vedtok arbeidsutvalget i Fagforbundet en ny felles uttalelse fra Fagforbundet og NSF om den videre utviklinga av Tørn prosjektet. Den finner du som vedlegg C s. 38.

⁴⁰KS (2024c)

⁴¹KS (2022)

⁴²Bråthen & Moland (2024)

6.5 Kompetanseløft 2025

Kompetanseløft 2025 er regjeringas satsing på kompetanse, rekruttering og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten⁴³. Kompetanseløftet er delt i fire strategiske områder⁴⁴:

- Rekruttere, beholde og utvikle personell
- Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid
- Kommunal sektor som forskningsaktør, fagutviklings- og opplæringsarena
- Ledelse, samhandling og planlegging

Her er noen av tiltakene og prosjektene under kompetanseløft 2025:

- Tørn (se 6.4 s. 23)
- Jobbvinner, som er et prosjekt for å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunale helse og omsorgstjenester. Jobbvinner driver tiltak som rekrutteringspatroljer og mentorprogram⁴⁵.
- Menn i helse, et nasjonalt prosjekt der menn som står utenfor arbeidslivet får tilbud om et komprimert utdanningsløp frem til fagbrev som helsefagarbeider. Deltakerne kalles «helserekutter» og veksler mellom å motta ytelser fra NAV og lønn fra kommunen⁴⁶.
- Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC⁴⁷. Dette er to av flere undervisningspakker som er utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, for å gi ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene oppdatert kunnskap om disse feltene og muligheter for faglig refleksjon.
- Tilskudd til Verdighetscenteret. Verdighetscenteret er en av Fagforbundets nære samarbeidspartnere. Det er et uavhengig, nasjonalt, faglig kompetansesenter som forener kunnskap om palliasjon, demens, akuttmedisin, frivillighet og kultur i eldreomsorgen. De tilbyr utdanninger til alle, uavhengig av utdanningsbakgrunn, i blant annet palliasjon og tilrettelegging av frivilliges arbeid⁴⁸.

Dette bare er et lite utvalg av tiltakene. Kompetanseløft 2025 omfatter en lang rekke tilskuddsordninger og tiltak under de fire strategiske satsingsområdene. I arbeidet med

⁴³Helsedirektoratet (u.d.)

⁴⁴Helsedirektoratet (2021)

⁴⁵KS (2021)

⁴⁶Menn i helse (u.d.)

⁴⁷Nasjonalt senter for aldring og helse (u.d.)

⁴⁸Verdighetscenteret (u.d.)

kompetanseplanlegging og oppgavedeling kan det være nyttig for tillitsvalgte å kjenne til disse, blant annet for å vite hva slags utdanninger man kan få tilskudd og hjelp til å gjennomføre.

7 Hvordan lykkes med oppgavedeling

Oslo Economics (2022, 2023) har gjennomført to undersøkelser av oppgavedeling i sykehus. Vi har brukt de seks suksessfaktorene som er identifisert av Oslo Economics (2022, s. 49) som et utgangspunkt. Vi har lagt til noen faktorer, og utdyper også Oslo Economics (2022) sine basert på andre kilder, samt erfaringer og innspill vi har fått fra Fagforbundets medlemmer og tillitsvalgte.

7.1 Ledelsesforankring og tillitsvalgte

Skal man lykkes med oppgavedeling er det viktig at både tillitsvalgte og ledere er involvert⁴⁹. Arbeidet må prioriteres, og man må tildele det ressurser nok til å kunne fullføre arbeidet. Skal man lykkes med større oppgavedeling-prosjekt som involverer flere enheter, eller et helt foretak, er det også viktig at toppledelsen er med⁵⁰. Erfaringer fra Fagforbundets tillitsvalgte tilsier at forankring og styringssignal fra øverste administrative eller politiske ledelse gjør at oppgavedeling-prosjekt blir prioritert.

God involvering av tillitsvalgte fra alle relevante organisasjoner kan bidra til å motvirke uro, usikkerhet og konflikter⁵¹, samtidig som man sikrer at oppgavedelingen blir gjort på en hensiktsmessig måte⁵².

7.2 Satsing på lærlinger

Å ha egne lærlinger innen relevante fag er viktig for å rekruttere nye medarbeidere⁵³. Det bidrar også til at man får fagarbeidere som allerede har god kompetanse på hvordan ting foregår på den enkelte arbeidsplass, og det vil kunne redusere behovet for opplæring for nyansatte. Likevel er det viktig at man har rutiner for opplæring som kan tilpasses den enkelte ansatte.

I den grad det er mulig bør lærlinger tilbys fast, hel stilling etter endt læretid. Noen kommuner

⁴⁹Oslo Economics (2022, 2023)

⁵⁰Oslo Economics (2022, s. 49)

⁵¹Oslo Economics (2023, s. 22)

⁵²Oslo Economics (2023, s. 21)

⁵³Oslo Economics (2022, s. 50)

har innført såkalt jobbgaranti for lærlinger⁵⁴, det er en god strategi for både å rekruttere og beholde høyt kvalifisert arbeidskraft.

7.3 Oppgavekartlegging og kompetansekartlegging

For å kunne identifisere oppgaver hvor det kan være behov for bedre oppgavedeling må man først vite *hvilke* oppgaver man gjør og *hvem* som gjør oppgavene i dag. Uten en god kartlegging jobber man til dels i blinde, og kan ende opp med å basere tiltak på antagelser som ikke nødvendigvis er korrekte⁵⁵.

Når man så har identifisert hvilke oppgaver man bruker mest tid på, kan man undersøke *hvilken kompetanse* som faktisk må til for å utføre oppgavene. Det er viktig å være klar over at hvilken kompetanse som må til for å gjøre en oppgave ikke er det samme som hvilken utdanning den som skal gjøre oppgaven har.

For å kunne lykkes må man også kartlegge hvilken kompetanse de enkelte har. Hvis man har gode kompetanseplaner og HR-system er dette gjerne gjort allerede, men hvis ikke må man først få denne oversikten. Det arbeidet må starte med en anerkjennelse av at det ikke bare er grunnutdanningen som betyr noe. De aller fleste som har jobbet noen år har gjennomført kurs eller andre kompetansehevede tiltak. For at arbeidsplassen skal dra nytte av denne kompetansen må man først vite om den.

7.4 Hele, faste stillinger

Mange av Fagforbundets medlemmer jobber deltid, og flertallet av nye stillinger for helsefagarbeidere blir utlyst som deltidsstillinger⁵⁶. Det står i mange tilfeller i veien for arbeid med kompetanseutvikling og oppgavedeling. Med større stillinger får man bedre tid til å jobbe med kompetanseutvikling, man kan i større grad satse på kompetansetiltak for den enkelte ansatte og man vil få mer engasjerte medarbeidere⁵⁷.

Hele, faste stillinger kan gi rom for mer strategisk kompetanseplanlegging. Å ha en stabil arbeidsstyrke gjør det lettere å tenke langsiktig. Det gjør det lettere for ledere og tillitsvalgte å samarbeide om planer, prosjekter og ordninger som gjør at de ansattes kompetanse kan utvikle seg i tråd med de krav som stilles til virksomheten. Det gjør i sin tur at man kan fokusere på å utvikle kompetansen til de som allerede er i virksomheten, som igjen kan dempe presset på tjenestene fordi man slipper å jage etter ny kompetanse.

⁵⁴Alver (2024)

⁵⁵Oslo Economics (2022, s. 36, 50)

⁵⁶Fagforbundet (2024)

⁵⁷Moland & Bråthen (2012, s. 22)

7.5 Informasjon og holdningsarbeid

Informasjon og holdningsarbeid må alltid begynne med involvering av de tillitsvalgte. Grundige diskusjoner på forhånd hvor alle slipper til er en forutsetning for å lykkes. Først når dette er gjort kan man arbeide videre med informasjon og holdninger hos personalet ellers.

Det er en utfordring at kompetansen om andre yrkesgrupper enn sin egen ofte er manglende⁵⁸. Negative holdninger hos enkeltpersoner gjør også arbeidet utfordrende. God informasjon til alle involverte er derfor viktig. Her er det nyttig å både gi generell informasjon om de ulike yrkesgruppene sin utdanning og grunnkompetanse, men også eventuelle kompetansehevingstiltak som blir gjennomført som en del av oppgavedelingen.

Fagforbundet har fått tilbakemelding fra flere medlemmer som opplever å bli behandlet ugreit basert på hvilken utdanning de har. Dette er åpenbart uakseptabelt. Skulle denne typen konflikter oppstå under arbeid med oppgavedeling er det viktig at dette blir tatt tak i av ledelsen.

Likevel er det sånn at erfaringer tilsier at med godt informasjonsarbeid og god involvering blir de fleste fornøyd med ny oppgavedeling. Oslo Economics (2022, s. 8) går så langt som å skrive at «erfaringene med oppgavedeling i sykehus så langt, tyder på at de fleste opplever at ny oppgavedeling utelukkende gir gevinster».

7.6 Opplæring

Mange, men ikke alle, oppgaver som man vil fordele på en bedre måte vil kreve at man setter i verk opplæringstiltak. Gode kompetanseplaner og lokale kurspakker er viktig for å lykkes lokalt⁵⁹. Det kan også være aktuelt med mer formell etter- og videreutdanning. For å bruke helsefagarbeidere som eksempel, så kan det fint være mulig å gi opplæring i prosedyrer lokalt, men det finnes også eksterne etter- og videreutdanningstilbydere. For eksempel tilbyr verdighetsenteret en etterutdanning i akuttmedisinsk eldreomsorg⁶⁰ som kan være aktuell for en del.

Det vesentlige er ikke hvilken form man velger, men hvilken kompetanse den enkelte står igjen med til slutt, og at denne kompetansen er godt dokumentert.

⁵⁸Oslo Economics (2022, s. 51)

⁵⁹Oslo Economics (2022, s. 51)

⁶⁰Verdighetsenteret (2024)

7.7 Økonomi

En utfordring som kan oppstå i arbeid med oppgavedeling er de økonomiske forutsetningene⁶¹. Innsparing gjennom å bruke de ansatte mer effektivt kan være en av motivasjonene til å drive med oppgavedeling. Men et godt arbeid med å få til en bedre oppgavedeling vil også kreve ressurser. Det kreves tid til oppgavekartlegging, informasjonstiltak og økonomi til eventuelle opplæringstiltak.

Samtidig må man også vurdere «alternativkostnaden», altså hvilken kostnad har det (økonomisk, for trivsel, i oppgaver som ikke blir gjort, kvalitet osv.) å *ikke* få til en bedre oppgavedeling⁶².

En bedre oppgavedeling vil på lengre sikt lønne seg, men man må være villig til å bruke ressursene som skal til før man kommer dit.

7.8 Medarbeiderdrevet innovasjon

«At en bedrift driver innovasjon, er avgjørende for lønnsomheten, produktiviteten, arbeidsmiljøet – og på sikt bedriftens overlevelse. Medarbeiderdrevet innovasjon (MDI) er arbeid der medarbeidere på alle nivåer i bedriften deltar aktivt og systematisk i å utvikle nye løsninger, produkter og arbeidsprosesser.»

NHO & LO (2021)

Medarbeiderdrevet innovasjon (MDI) er anerkjent som et viktig redskap av både arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene i Norge. Det handler kort og godt om arbeid der medarbeidere på alle nivåer bidrar aktivt til å utvikle nye løsninger, produkter og arbeidsplasser.

Oppgavedeling, riktig forstått, er MDI. Det handler om å mobilisere kreativiteten og kompetansen til de ansatte for å skape mer bærekraftige virksomheter. For helsetjenestenes del handler dette kanskje ikke så mye om å skape nye produkter og slik bidra til fremtidig lønnsomhet, men å bidra til å skape gode, trygge tjenester som sikrer oppslutning om og tilliten til vårt felles helsevesen.

⁶¹Oslo Economics (2022, s. 52)

⁶²Oslo Economics (2023, s. 39)

Referanser

- Alver, V. (2024). *Her får helsefaglærlingene jobb-garanti av kommunen*. Tilgjengelig fra: <<https://fagbladet.no/nyheter/her-far-helsefaglarlingene-jobbgaranti-av-kommunen-6.91.1019927.e55fa1d565>> [Hentet: 2024-11-22].
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2004-05-07-7>>.
- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse*. Oslo: CappelenDamm.
- Befring, A. K. (2017). *Helse- og omsorgsrett*. Oslo: CappelenDamm.
- Befring, A. K. (2022). *Helseretten*. Oslo: CappelenDamm.
- Bergsagel, I. (2024). «Stadig flere sykepleiere mener de gjør andres arbeidsoppgaver». I: *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/2024/06/stadig-flere-sykepleiere-mener-de-gjor-andres-arbeidsoppgaver>> [Hentet: 2024-07-05].
- Bersagel, I. (2019). «6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre». I: *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>> [Hentet: 2024-07-05].
- Bråthen, K. & Moland, L. E. (2024). *Ny tårn for effektive helse- og omsorgstjenester*. 2024:05. Fafo. Tilgjengelig fra: <<https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/ny-torn-for-effektive-helse-og-omsorgstjenester>>.
- Devik, S. A. & Olsen, R. M. (2022). *Oppgaveglidning i omsorgstjenesten: en hurtigoversikt over forskningslitteratur*. Oslo: Senter for omsorgsforskning, midt. Tilgjengelig fra: <<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2995762>>.
- Fagforbundet (2024). *Deltidslista*. Tilgjengelig fra: <<https://www.fagforbundet.no/rettigheter-i-arbeidslivet/heltid/deltidslista/>> [Hentet: 2024-07-05].
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999a). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999b). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>>.

- Helse- og omsorgsdepartementet (1999c). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. LOV-1999-07-02-61. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)*. LOV-2017-12-15-107. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107>>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. FOR-2019-03-15-412. Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>>.
- Helsedirektoratet (2021). *Kompetanseløft 2025 - Strategiområder*. Tilgjengelig fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/strategiomrader>> [Hentet: 2024-10-09].
- Helsedirektoratet (u.d.). *Kompetanseløft 2025*. Tilgjengelig fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025>> [Hentet: 2024-10-09].
- Helsepersonellkommisjonen (2023-02). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. NOU 2023: 4. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>>.
- Hustvedt, E. (2022). *Her er portørane sjef under forflytning i seng*. Tilgjengelig fra: <<https://www.fagforbundet.no/a/364730/yrke/portor/aktuelt/her-er-portorane-sjef-under-forflytning-i-seng/>> [Hentet: 2024-07-05].
- Hustvedt, E. (2023a). *Etterlengta satsing på barsel- og barnepleiaren*. Tilgjengelig fra: <<https://www.fagforbundet.no/a/375443/yrke/barsel--og-barnepleie/aktuelt/etterlengta-satsing-pa-barsel--og-barnepleiaren/>> [Hentet: 2024-07-05].
- Hustvedt, E. (2023b). *Ny vidareutdanning i intensivpleie for helsefagarbeidarar*. Tilgjengelig fra: <<https://www.fagforbundet.no/a/373315/yrke/helsefagarbeider/aktuelt/ny-vidareutdanning-i-intensivpleie-for-helsefagarbeidarar/>> [Hentet: 2024-07-05].
- KS (2021). *Om Jobbvinner*. Tilgjengelig fra: <<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/jobbvinner/artikler-fra-jobbvinner/om-jobbvinner/>> [Hentet: 2024-10-09].

- KS (2022). *Book en Tørn-ekspert*. Tilgjengelig fra: <<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/book-en-torn-ekspert/>> [Hentet: 2024-10-09].
- KS (2023a). *Disse kommunene er med i Tørn*. Tilgjengelig fra: <<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/disse-kommunene-er-med-i-torn/>> [Hentet: 2024-10-09].
- KS (2023b). *Verktøy for strategisk kompetanseplanlegging*. Tilgjengelig fra: <<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>>.
- KS (2024a). *Erfaringsbanken*. Tilgjengelig fra: <<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/erfaringsbanken/>> [Hentet: 2024-10-09].
- KS (2024b). *Tørn - Veiledere*. Tilgjengelig fra: <<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn---veiledere/>> [Hentet: 2024-10-09].
- KS (2024c). *Tørn for tillitsvalgte*. Tilgjengelig fra: <<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/torn-for-tillitsvalgte/>> [Hentet: 2024-10-09].
- KS, LO mfl. (2024). *Hovedtariffavtalen 2024-2026*. Tilgjengelig fra: <<https://avtale.fagforbundet.no/files/agreements/670f706674474390532099.pdf>>.
- Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H. & Obstfelder, A. U. (2022). *Frigjøring av sykepleiekapasitet gjennom ny ansvars- og oppgavedeling og bruk av teknologi*. Tekn. rapp. Finansiert av Norges forskningsråd. SINTEF. Tilgjengelig fra: <<https://www.sintef.no/prosjekter/2021/frigjoring-av-sykepleiekapasitet-gjennom-ny-ansvars-oppgavedeling-og-bruk-av-teknologi/>>.
- Menn i helse (u.d.). *Om prosjektet*. Tilgjengelig fra: <<https://mennihelse.no/om-prosjektet/>> [Hentet: 2024-10-09].
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2012). *Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?* 2012:14. Fafo. Tilgjengelig fra: <<https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/hvordan-kan-kommunene-tilby-flere-heltidsstillinger>>.
- Nasjonalt senter for aldring og helse (u.d.). *ABC-opplæringen*. Tilgjengelig fra: <<https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/abc-opplaeringen/>> [Hentet: 2024-10-09].

- NHO & LO (2021). *Hvorfor medarbeiderdrevet innovasjon?* Tilgjengelig fra: <<https://www.fellestiltak.no/hvorfor-medarbeiderdrevet-innovasjon/>> [Hentet: 2024-11-08].
- Norsk Pasientskadeerstatning (2023). *Årsrapport 2023*. Tilgjengelig fra: <<https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/pdf-publikasjoner-fra-npe/arsrapporter/2023/arsrapport-2023-npe.pdf>>.
- NS 6511:2023 - *Systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering av helsefagarbeidere* (2023). Tilgjengelig fra: <<https://online.standard.no/nb/ns-6511-2023>> [Hentet: 2024-07-05].
- OECD & EU (2020). Availability of nurses. I: *Health at a Glance: Europe 2020: State of health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/1/3/2/5/8/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en&_csp_=e7f5d56a7f4dd03271a59acda6e2be1b&itemIGO=oecd&itemContentType=book#figure-d1e27215> [Hentet: 2024-07-05].
- Oslo Economics (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus*. Tilgjengelig fra: <https://www.fagforbundet.no/globalassets/_yrkesseksjonene/shs/oppgavedeling-i-sykehus.pdf>.
- Oslo Economics (2023). *Erfaringer med oppgavedeling - portører, apotekteknikere og helsesekretærer*. Tilgjengelig fra: <<https://www.fagforbundet.no/contentassets/7e87732b32864e22aec15d2eb5e293bc/erfaringer-med-oppgavedeling---portorer-apotekteknikere-og-helsesekretarer68.pdf>>.
- Riksrevisjonen (2023). *Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene*. Dokument 3:13. Riksrevisjonen. Tilgjengelig fra: <<https://www.riksrevisjonen.no/rappor-ter-mappe/no-2023-2024/risikostyring-i-de-regionale-helseforetakene-og-helseforetakene/>>.
- Sjögren, F. & Parding, K. (2024). «Retention of Staff in Nordic Healthcare – A Literature Review». I: *Nordic Journal of Working Life Studies*. DOI: 10.18291/njwls.146465. Tilgjengelig fra: <<https://tidsskrift.dk/njwls/article/view/146465>>.
- Spekter og LO (2024a). *Hovedavtale mellom Spekter og LO v/LO Stat 2022-2025*. Tilgjengelig fra: <<https://avtale.fagforbundet.no/files/agreements/630c9beb9f33c364982194.pdf>>.
- Spekter og LO (2024b). *Sentral avtaledel (A) mellom LO Stat og Spekter*. Tilgjengelig fra: <<https://www.spekter.no/lonn-og-tariff/tariffavtaler/sentral-avtaledel-del-a/lo-stat/>>.

- Tallaksen (2019). *Yrkesundersøkelsen*. Oslo: Fagforbundet.
- Utdanning.no (2021). *Yrkesbeskrivelse: Vernepleier*. Tilgjengelig fra: <<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier>> [Hentet: 2024-11-08].
- Utdanningsdirektoratet (2019). Kompetanse i fagene. I: *Læreplanverket: Overordnet del – verdier og prinsipper for grunnopplæringen*. Oslo. Tilgjengelig fra: <<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/kompetanse-i-fagene/>> [Hentet: 2024-07-05].
- Utdanningsdirektoratet (2020). *Læreplan for helsearbeiderfaget*. Tilgjengelig fra: <<https://sokeresultat.udir.no/finn-lareplan.html?query=helsefagarbeider>> [Hentet: 2024-07-05].
- Utdanningsdirektoratet (2023). Fagets relevans og verdier. I: *Læreplan i vg3 helsesekretær (HSE03-03)*. Kap. Kapittel 3. Tilgjengelig fra: <<https://www.udir.no/lk20/hse03-03/om-faget/fagets-relevans-og-verdier>> [Hentet: 2024-07-05].
- Verdighetsenteret (2024). *Akuttmedisinsk eldreomsorg*. Tilgjengelig fra: <<https://www.verdighetsenteret.no/aktiviteter/akuttmedisinsk-eldreomsorg>> [Hentet: 2025-06-05].
- Verdighetsenteret (u.d.). *Verdighetsenteret*. Tilgjengelig fra: <<https://www.verdighetsenteret.no/>> [Hentet: 2024-10-09].
- vilbli.no (2024). *Portør*. Tilgjengelig fra: <<https://www.vilbli.no/nb/no/yrke/v.hs3009/portor?&utdanningsprogram=v.hs>> [Hentet: 2024-07-05].
- Øyum, L., Nilssen, T., Håpnes, T., Amdal, T., Moe, U. B., Monsen, N. & Pettersen, B. (2021). *Håndbok i kommunalt trepartssamarbeid*. Oslo: Fagforbundet. Tilgjengelig fra: <https://www.fagforbundet.no/contentassets/fbec5201a31648d0943ea3fad00abe30/handbok_i_kommunalt_trepartssamarbeid_januar2022.pdf/>.

Vedlegg

A Eksempel på kompetanseopplegg for administrering av i.v. væske på PVK

Merk: dette er et eksempel. Det er den enkelte enhet alene sitt ansvar å sørge for at en helsefagarbeider har gjennomført opplæring som tilfredsstillende kravene til faglig forsvarlighet. Fagforbundet fraskriver seg alt ansvar for gjennomføring av et tilsvarende opplæringsopplegg.

Mål

- At helsefagarbeideren kan administrere intravenøs væske uten tilsetninger på perifert venekateter ved hjelp av infusjonssett og pumpe
- At helsefagarbeideren vet hvordan man fyller settet, konsekvenser av større mengder luft administrert intravenøst og potensielle komplikasjoner som f.eks. tromboflebitt

Teori

Helsefagarbeideren skal ha gjennomført et teoretisk basiskurs hvor følgende skal være gått gjennom:

- Hva intravenøs væske er og hvordan den skiller seg fra annen væske, f.eks. med tanke på mikroorganismer og osmotisk trykk
- Grunnleggende om hvilke tilstander man oftest bruker væskebehandling (dehydrering, hypotensjon mv.)
- Hva tromboflebitt er og hvilke observasjoner som kan avdekke tromboflebitt
- Grunnleggende om hvilken effekt intravenøs væske har på kroppen, herunder væskeretensjon/overvæsking og effekt på blodtrykk
- Forskjellen på forskjellige infusjonssett
- Hvordan fylle et sett og hvordan bruke en pumpe
- Hvordan skylle en PVK
- Forskjellen på en PVK og et sentralvenøst kateter, og vite at sertifiseringen bare gjelder administrering på og håndtering av PVK
- Vite at det er legen som ordinerer væske, og kunne lese av en ordinasjon korrekt

Praktisk gjennomføring

Helsefagarbeideren skal dokumentere gjennomføring av de fire stegene på eget ark med signatur av sykepleieren som har vært med (steg 1-3) eller kontrollert (steg 4). Hvert av stegene skal inneholde alle oppgavene vaskedokumentasjon består i, fra ordinasjon fra lege, til fylling av sett, tilkobling til pasient og korrekt innstilling av infusjonspumpe, å kople ned settet etter fullført infusjon og proppe PVK, samt dokumentasjon.

1. Helsefagarbeideren skal observere en sykepleier administrere væske
2. Under veiledning administrere væske
3. Under observasjon administrere væske
4. Administrere væske selvstendig, med kontroll av sykepleier i etterkant

Dokumentasjon

Etter fullført teoretisk og praktisk opplæring dokumenteres det i helsefagarbeiderens kompetanseplan, og vedkommende regnes som sertifisert til å administrere væske uten tilsetninger på perifert venekateter. Hvis oppgaven blir utført sjeldent kan det være hensiktsmessig at steg 3 av den praktiske gjennomføringen gjentas med jevne mellomrom (f.eks. Hver 12-24 måned) for å vedlikeholde kunnskapen. Dette må i så fall også dokumenteres.

B Eksempler på kompetanseplaner

Følgende eksempler er ikke uttømmende, det vil naturlig nok være mange flere punkter man vil måtte ha med, både i en obligatorisk kompetanseplan for nyansatte og i et kompetansehevingsprogram, men dette illustrerer konseptet.

Tabell 1: Obligatorisk kompetanseplan for nyansatte

Område	Krav	Gyldig
Brannvern	<ul style="list-style-type: none"> • Vite om brannboken • Vite hvor brannvarsler er • Vite hvor brannslukkingsapparat er • Vite hvor rømningsveiene er 	1 år

Område	Krav	Gyldig
Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Kjenne til reglement for arbeidsantrekk • Gjennomført e-læringskurs om hygiene 	(ubestemt tid)
IKT	<ul style="list-style-type: none"> • Kjenne til reglement for bruk av IKT-system • Vite hvordan man slår opp og dokumenterer i pasientjournalen • Vite hvordan man sender avviksmeldinger 	(ubestemt tid)
Akuttbehandling	<ul style="list-style-type: none"> • Vite hvor hjertestarteren er • Kunne bruke hjertestarteren • Praktisk øvelse i DHLR • Vite hvordan man går fram for å tilkalle lege i en akuttsituasjon 	1 år

Tabell 2: Kompetansehevingsprogram for helsefagarbeidere

Område	Krav
Steril intermitterende kateterisering av kvinner	<ul style="list-style-type: none"> • Kunne grunnleggende anatomi om kvinnelige kjønnsorgan og urinveier • Kunne steril teknikk • Ha gjennomført 4-trinns praktisk trening i SIK av kvinner
Steril intermitterende kateterisering av menn	<ul style="list-style-type: none"> • Kunne grunnleggende anatomi om mannlige kjønnsorgan og urinveier • Kunne steril teknikk • Ha gjennomført 4-trinns praktisk trening i SIK av menn

Område	Krav
Håndtering av PVK	<ul style="list-style-type: none"> • Kunne grunnleggende anatomi om blod og blodårer • Kjenne til tegn på infeksjon/tromboflebitt • Kunne observere tegn på at en PVK må byttes ut eller fjernes • Vite hvordan man fjerner en PVK, og ha gjort det en gang under veiledning • Kunne skylle en PVK
Administrering av væske uten tilsetninger på PVK	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført kompetanseheving i håndtering av PVK • Kunne grunnleggende teori om væskebehandling • Vite om risiko for og konsekvensen av luftemboli • Kunne stille inn, starte og stoppe infusjoner ved bruk av infusjonspumpe • Kjenne til forskjellen på PVK og SVK • Ha gjennomført 4-trinns praktisk trening i administrering av væske uten tilsetninger på PVK

C Felles uttalelse om Tørn-prosjektet fra Fagforbundet og NSF

Fagforbundet og NSF ser veldig positivt på at man gjennom prosjektet TØRN viser vilje til å ta tak i mange viktige utfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Til sammen organiserer Fagforbundet og NSF størsteparten av de som faktisk sørger for at vi har en kommunal helsetjeneste, de som er nærmest brukere og pasienter og kjenner utfordringene på kroppen. Særlig målsetningene om å utvikle modeller for bedre ansvar og oppgavefordeling mellom faggrupper og deltjenester, prøve ut nye måter å organisere tjenestene på som bidrar til flere heltidsstillinger og å øke andelen ansatte med formell helsefaglig utdanning er viktige for oss. Å utvikle den kliniske kompetansen i tjenestene, gjennom god faglig ledelse og strukturert kompetanseplanlegging, flere med master i Avansert klinisk allmennsykepleie, bedre samhandling med fastlegetjenesten og systematisk

kompetanseheving for alle yrkesgrupper vil også være viktig.

SSBs framskrivninger viser at bemanningsbehovet vil dobles frem mot 2060, dersom vi arbeider på samme måte som i dag. Helsevesenets sysselsettingsandel vil da øke fra dagens 13 prosent, til 20 prosent i 2060. Dette er ikke en bærekraftig utvikling. Den største utfordringen for sektoren er mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere og en utbredt bruk av deltidsstillinger. Til tross for et langvarig politisk fokus har kompetansesammensetningen i tjenestene endret seg lite etter samhandlingsreformen. Antall sykepleierårsverk har økt, men andelen uten formell kompetanse er uendret. Årsverk for helsefagarbeidere og helsesekretærer er omtrent uendret fra 2008-2018.

Internasjonalt er det mye fokus på «skill-mix» og «Task shift» som en løsning på disse problemene, sammen med økt bruk av teknologi. Riktig bruk av personell skal slik bidra til å bedre ressursbruk både når det gjelder penger og personell, men også bidra til vekst og utvikling for de ansatte slik at de trives og velger å bli værende i sektoren. Endret ansvars- og oppgavedeling, og mer strategisk personell- og kompetansesammensetning, blir dermed viktige tiltak for å sikre bærekraft i tjenestene.

Slik Fagforbundet og NSF ser det, er det noen forutsetninger for å lykkes med prosjektet, noen områder som krever særlig oppmerksomhet og tiltak som er særlig viktige å få med. Vi ønsker å gjøre det tydelig hva vi mener disse er og består i.

1. Skape attraktive arbeidsplasser

Med stor og økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere må det være et felles mål for både arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner å skape attraktive arbeidsplasser. For Fagforbundet og NSF er det viktig at ny organisering av arbeidet gjennom Tørn-programmet medvirker til utvikling av attraktive arbeidsplasser for å sikre nødvendig helsefaglig kompetanse for pasienter/brukere i årene framover. Det forutsetter god, nærværende ledelse som har tid og ressurser til å legge til rette for utvikling av sterke fagmiljøer og forsvarlige arbeidsmiljøer. Dette vil medvirke til at helsepersonell kan stå i hel stilling til de når ordinær avgangsalder. Pleie- og omsorgssektoren har meget høyt arbeidspress, høye psykososiale-, emosjonelle og fysiske belastninger kombinert med lav jobbkontroll.

Det er viktig å få på plass kvalitetsindikatorer knyttet til pasientsikkerhet, tjenestekvalitet og arbeidsmiljø for de ansatte. Sammenheng mellom ledelse og øvrige faktorer har stor betydning for om arbeidsplassene vil oppleves attraktive i framtiden.

2. Partssamarbeid og involverende prosesser

Partsamarbeid der berørte parter, og berørte ansatte får en reell mulighet til å delta i arbeidet er en hovednøkkel for å lykkes på kort og lang sikt med endringene. Tørn sentralt

er tydelig på viktigheten av å involvere partene og de ansatte som berøres av arbeidet. Fafos evalueringsrapport, 2024 vektlegger partssamarbeidet som nøkkel til suksess. Fagforbundet og NSF forventer at de lokale arbeidsgiverne som ønsker å delta/deltar i Tørn legger til rette for reelt partssamarbeid med begge forbundene i endringsarbeidet, både i planlegging- og implementeringsfasen, og ved spredning til andre enheter. Videre, at de tilrettelegger for gode involverende prosesser med berørte ansatte.

3. Styrket klinisk kompetanse

En av de grunnleggende problemene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er at man har en betydelig økning av pasienter med kompliserte forløp og sykdomsbilder. Dette skyldes både den medisinske utviklingen og at flere lever lenger med kompliserte sykdommer, i tillegg til at samhandlingsreformen medførte en oppgave- og ansvarsforskyvning fra sykehus til kommuner. Styrket klinisk kompetanse, økte muligheter til å håndtere komplekse forløp og sykdomsbilder, er dermed en forutsetning for å lykkes med mange av de andre målsetningene i programmet. Fagforbundet og NSF ønsker at det satses på klinisk kompetanseheving for alle yrkesgrupper i TØRN-programmet. Forbundene mener at satsingen på Master i avansert klinisk allmennsykepleie, målrettet etter- og videreutdanning for sykepleiere, Verdighetssenterets utdanninger i Akuttmedisinsk eldreomsorg og Palliativ eldreomsorg, samt de mange gode fagskoleutdanningene bør få en plass i videreføring av Tørn.

4. Heltid

Det må gjøres tydelig hva målsetningen om å “prøve ut nye måter å organisere tjenestene på som bidrar til flere heltidsstillinger” skal innebære i denne sammenhengen. Det er et felles mål om 100%-stillinger og det må speiles i målformuleringer. Det er viktig at arbeidet med heltid i TØRN-prosjektet ses i sammenheng med, og er i overensstemmelse med, arbeidet i det partssammensatte utvalget i KS.

5. Ansvar- og oppgavedeling

Det er viktig for NSF og Fagforbundet at det kommer i gang prosjekter som har ansvar- og oppgavedeling mellom de store, mest pasientnære yrkesgruppene, særlig helsefagarbeidere/hjelpepleiere og sykepleiere som tema, men også annet helsepersonell og andre yrkesgrupper bør inkluderes i dette arbeidet. Vi vet at sykepleiere ofte opplever at de gjør mange oppgaver som andre yrkesgrupper kunne gjort, og at helsefagarbeidere/hjelpepleiere opplever at de ikke får brukt og utviklet sin kompetanse.

Endret pasientsammensetning, store forventninger til hva som skal løses i tjenestene i fremtiden, samt politiske visjoner i meldinger til stortinget, handlingsplaner etc. om å jobbe mer teambasert og utnytte kompetansen bedre for å møte befolkningens behov i fremtiden, gjør tiden overmoden for å tenke nytt om både kompetansesammensetning,

klinisk kompetanse, samt en arbeidsdeling som sikrer at alle får brukt sin kompetanse til beste for pasientene.

Rett kompetanse på rett plass til rett tid er et prinsipp som presser seg fram når knappheten på helsepersonell øker. Riktig ansvars- og oppgavedeling vil kunne redusere arbeidsbelastning og stress, og frigjøre kapasitet. Helsepersonellkommisjonen og Nasjonal Helse- og Samhandlingsplan peker på oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid som strategi for å sikre bærekraftige helsetjenester i fremtiden

Ansvar- og oppgavedeling er mer enn oppgaveforskyvning av løsrevne prosedyrer. Forsvarlig ansvars- og oppgavedeling må alltid ha utgangspunkt i pasientenes situasjon og behov, hensikten med oppgavene, kompetansekrav i samsvar med pasientsituasjonene og konteksten oppgavene skal utføres i, slik at tjenestene skal er faglig forsvarlige.

Ansvars- og oppgavedelingen må gjøres systematisk, og evalueres fortløpende, og det krever faglig ledelse. God faglig ledelse er en forutsetning for å lykkes. Det er derfor nødvendig at ledere har tilgang på ressurser og rammevilkår som gjør det mulig å kunne løse oppgavene og ta ansvar.

Gode fagmiljøer og helsefremmende arbeidsmiljøer bidrar til at helsepersonell blir i tjenestene, og at nyutdannede sykepleiere og helsefagarbeidere ser pleie- og omsorgssektoren som en spennende, mestringsorientert og attraktiv arbeidsplass.

6. Satsing på å gi formell helsefaglig kompetanse

Assistenten og pleiemedhjelpere, ansatte uten formell helsefaglig kompetanse, redder i dag tjenestene. Uten dem ville vi ikke klart å drive sykehjem og hjemmetjenester rundt omkring i Norge. Mange av dem har med seg en kompetanse fra tidligere som både er en styrke for den enkelte arbeidstaker og en berikelse for tjenestene. Bildet skissert ovenfor, med blant annet flere pasienter med komplekse sykdomsbilder, og stadig økende og skiftende krav fra både myndigheter og den videre offentligheten, gjør imidlertid helsefaglig kompetanse stadig viktigere for å opprettholde faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet og god tjenestekvalitet. Det må derfor settes inn mer ressurser og legges bedre til rette for at flere kommer inn i løp som sikrer dem formell, helsefaglig kompetanse, på både fagbrev og universitetsnivå.