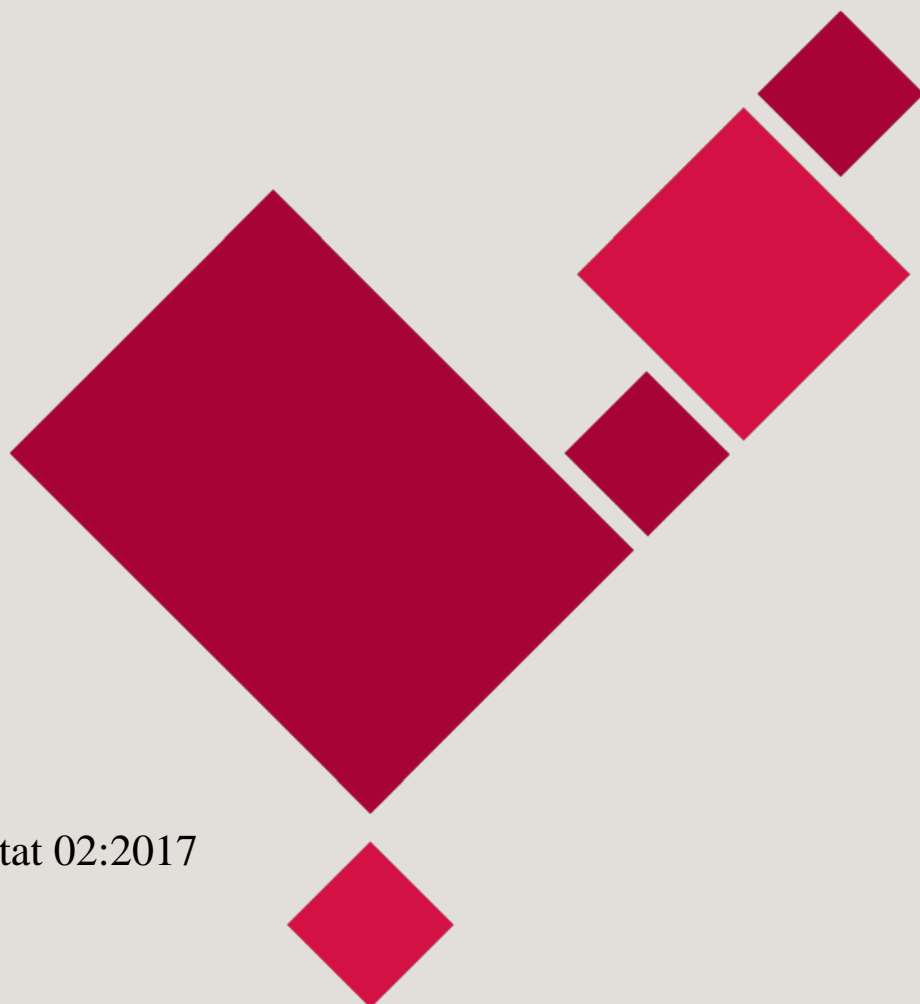


Helsefagarbeidernes muligheter for utvikling og bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben

Rapport for Helsefagarbeidere i Delta

Mari Holm Ingelsrud og Eivind Falkum



ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS FOU-RESULTATER

© Arbeidsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus, 2017

© Work Research Institute (AFI) Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, 2017

© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

All rights reserved. This publication or part thereof may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

Arbeidsforskningsinstituttet
Høgskolen i Oslo og Akershus

Pb. 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00

E-post: postmottak@afi.hioa.no

Webadresse: www.afi.no

Work Research Institute (AFI)
Oslo and Akershus University College of
Applied Sciences
P.O.Box 4 St. Olavs plass
N-0130 OSLO, Norway

Publikasjonen kan lastes ned fra AFIs hjemmeside. Ved større optrykk, ta kontakt med AFI.

Forord

Arbeidsforskningsinstituttet ved Høgskolen i Oslo og Akershus har på vegne av Helsefagarbeidere i Delta gjennomført en undersøkelse om helsefagarbeideres bruk av sin kunnskap og ferdigheter i jobben. Dataene vi har brukt ble samlet inn gjennom en spørreskjemaundersøkelse blant alle medlemmer av Helsefagarbeiderne i Delta og en fokusgruppe med seks arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren.

Vi vil takke alle medlemmer av Helsefagarbeidere i Delta som har besvart undersøkelsen og gitt kommentarer på temaet. Vi vil også takke deltakerne i fokusgruppen for en interessant samtale om deres arbeidshverdag. Takk til Helsefagarbeidere i Delta for rekruttering av deltakere til fokusgruppen, og til referansegruppen i Delta for gode innspill og godt samarbeid underveis i prosjektet.

Alle analyser og konklusjoner i denne rapporten er forfatterens ansvar.

Oslo, 21.04.2017

Mari Holm Ingelsrud og Eivind Falkum

Arbeidsforskningsinstituttet ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Innhold

Innledning.....	6
Metode og utvalg	9
Oppsummering.....	10
Helsefagarbeideres bruk av egne kunnskaper og ferdigheter i jobben	12
Kvalifikasjoner, urealisert potensiale og mangel på kompetanse.....	12
Muligheter for videreutdanning.....	13
Kartlegging av kompetanse	14
Verdsetting av kompetansen	14
Hovedfunn	17
Deltid og kompetanse	18
Deltid og stillingsprosent.....	18
Forholdet mellom avtalt og faktisk stillingsprosent.....	19
Årsaker til deltid	21
Sammenhengen mellom deltid, kompetanse og ambisjoner	23
Hovedfunn	25
Fra utdanning til yrkesliv	26
Lærlinger.....	26
Veiledere	27
Verdsetting av kompetanse blant de yngste.....	28
Hovedfunn	30
Fordeling av arbeidsoppgaver	31
Rolleklarhet	33
Legevisitten	34
Helsefagarbeidere og ufaglærtes holdninger til egen yrkesgruppe.....	35
Hovedfunn	35
Endringer i organisering og arbeidet de siste 5 årene	37
Hovedfunn	40
Ledelse.....	41
Fremtiden i yrket	43
Jobbsikkerhet	43
Fremtiden: Om fem år.....	44
Hovedfunn	46
Referanser	48

Vedlegg 1: Metode og data	49
Spørreundersøkelsen	49
Fokusgruppen	53

Figurliste

Figur 1: Kvalifikasjoner og urealisert potensiale. Hvor ofte opplever du at: (Andel som svarer ofte eller alltid). Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer og i befolkningen.....	12
Figur 2: Opplæring, utvikling og videreutdanning. Andel "Ofte" og "Alltid". Medlemmer av Helsefagarbeidere i Delta og befolkningen.....	13
Figur 3: Kartlegging av kompetanse. Helsefagarbeidere i Delta (n=1321).....	14
Figur 4: Verdssetting av kompetanse og innsats. «Hvor ofte opplever du at:» Andel som svarer ofte eller alltid. Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer og befolkningen	15
Figur 5: Verdssetting av kompetanse og innsats. «Hvor ofte opplever du at:» Andel som svarer ofte eller alltid, etter utdanning.	15
Figur 6: "Helsefagarbeidere utgjør en viktig yrkesgruppe på min arbeidsplass". Fordelt etter stilling	16
Figur 7: Hvordan oppfatter du lønnsnivået ditt i forhold til lønnsnivået til andre du sammenligner deg med? Helsefagarbeidere i Delta (n=1131).....	16
Figur 8: Størrelsen på lønnen min er riktig i forhold til min innsats og mine prestasjoner på jobben. Fordelt etter stilling.....	17
Figur 9: Andel som jobber fulltid og deltid blant de med arbeid som hovedgjøremål. Fordelt på arbeidsplass.	19
Figur 10: Avtalt stillingsprosent i hovedjobb. fordelt etter alder og ansiennitet.....	19
Figur 11: Avtalt og faktisk arbeidstid blant de som arbeider deltid (n=635).	20
Figur 12: Faktisk arbeidstid i en normal måned fordelt etter ansiennitet og alder.	20
Figur 13: Ønske om arbeidstid fordelt etter ansiennitet og alder.	21
Figur 14: Deltid, inntil 3 av de viktigste årsakene, Deltidsarbeidende medlemmer (n=635).....	21
Figur 15: Deltid, den viktigste grunnen. Deltidsarbeidende i befolkningen fra YS arbeidslivsbarometer (n=371)	22
Figur 16: Deltid, den viktigste grunnen. Etter alder.	23
Figur 17: "Kompetansen din blir verdsatt på jobben?" Andel som svarer ofte eller alltid etter heltid/deltid og frivillig/ufrivillig deltid.	23
Figur 18: Ambisjoner og ønske om lengre arbeidstid blant deltidsansatte. Andel "ofte" eller "alltid".	24
Figur 19: "Du får tilstrekkelig opplæring til å gjøre en god jobb?" Andel som svarer ofte eller alltid ønsket arbeidstid blant deltidsansatte.....	24
Figur 20: Veileders utdanningsretning. Blant de som er eller har vært lærlinger de siste 5 år (n=155).....	26

Figur 21: Veileders stillingsprosent. Blant de som er eller har vært lærlinger de siste 5 år (n=155).....	27
Figur 22: Tilfredshet med veiledningen blant de som er eller har vært lærlinger de siste 5 år (n=155).....	27
Figur 23: "Ta stilling til følgende påstander om å veilede lærlinger i helsefagarbeid på din nåværende arbeidsplass:". Blant veiledere (n=525).....	28
Figur 24: Kvalifikasjoner og urealisert potensiale. Hvor ofte opplever du at: Andel som svarer ofte eller alltid fordelt etter alderskategori.....	29
Figur 25: Opplæring, utvikling og videreutdanning. Hvor ofte opplever du at: Andel som svarer ofte eller alltid fordelt etter alderskategori.....	29
Figur 26: Andel som utfører hver type oppgave blant ansatte på arbeidsplasser hvor oppgaven utføres. Fordelt på stilling.....	31
Figur 27: Andel helsefagarbeidere som utfører hver type oppgave blant ansatte på arbeidsplasser hvor oppgaven utføres. Fordelt på type arbeidsplass.....	32
Figur 28: Rolleklarhet. «Hvor ofte...». Alle (n=1321).....	33
Figur 29: "Hvem er tilstede under legevisitter på din avdeling?". "Vet ikke" er utelatt fra totalen. (n=586-824).....	34
Figur 30: "Ufaglærte kan utføre de samme oppgavene som helsefagarbeidere". Alle medlemmer og fordelt etter stilling.....	35
Figur 31: Organisatoriske endringer på arbeidsplassen de siste 5 år. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852).....	37
Figur 32: Utviklingen på arbeidsplassen de siste 5 årene. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852).....	38
Figur 33: I hvilken grad utfører du andre oppgaver på jobben i dag enn for 5 år siden? Ansatte på samme arbeidsplass i fem år eller mer (n=852).....	38
Figur 34: Endringer i bruk av kompetanse de siste 5 årene. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852).....	39
Figur 35: Endringer i etter- og videreutdanning de siste 5 årene. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852).....	39
Figur 36: Vurderinger av ledelse. «I hvilken grad vil du si at din nærmeste leder...». Alle (n=1321)....	41
Figur 37: Sammenhengen mellom «kompetansen verdsatt på jobben», rolleklarhet og ledelse. Bivariate korrelasjoner (Pearsons r). Alle (N>=1166).....	42
Figur 38: Hvor bekymret er du for å miste jobben din? Fordelt etter alder.....	43
Figur 39: Hvor lett eller vanskelig mener du det ville være for deg å finne en jobb som er minst like god som den du har nå? Fordelt etter alder.....	44
Figur 40: «I hvilken grad er det sannsynlig at du om fem år...» Andel svært og ganske sannsynlig blant Helsefagarbeidere i Delta og i befolkningen.....	45
Figur 41: «I hvilken grad er det sannsynlig at du om fem år...» Andel svært og ganske sannsynlig etter alder.....	46
Figur 42: Avdelingsleders utdanningsbakgrunn. Helsefagarbeidere i Delta (n=1320).....	46

Innledning

I Nasjonal kompetansepolitisk strategi 2017-2021¹ har myndighetene og partene i arbeidslivet blitt enige om en felles strategi for å sikre fortsatt utvikling av kompetanse for arbeidslivets behov. Både utdanningssystemet, arbeidslivet og fritiden er læringsarenaer, og Nasjonal kompetansepolitisk strategi 2017-2021 skal sikre sammenheng og gode overganger mellom læringsarenaene. En av hovedstrategiene er å bidra til bedre læringsmuligheter og god bruk av kompetanse i arbeidslivet.

Kompetanse kan defineres som «kunnskaper, ferdigheter og evner som kan anvendes til å utføre arbeid» (Bakkeli, Jensen & Moland 2013, 14). Vi skiller som oftest mellom real- og formalkompetanse. Formalkompetanse er den offentlig anerkjente kompetansen som kan dokumenteres med gjennomførte eksamener, fagbrev og tilsvarende. Realkompetanse er den kompetansen man har, uavhengig av hvordan den er ervervet. En ufaglært person som har jobbet lenge på samme arbeidsplass kan ha en høy realkompetanse, men denne er ikke formelt anerkjent i form av en offentlig godkjent utdanning. Offentlig godkjente helsefagarbeidere har først tatt et fagbrev i helsefagarbeid som deretter er autorisert fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Utdanning til helsefagarbeider består av to år på videregående fulgt av to år som lærling i bedrift. Personer som har mer enn fem års relevant arbeidserfaring kan også søke om å ta fagprøven basert på sin oppnådde realkompetanse. Dersom de består fagprøven får de formalisert sin realkompetanse. Videre kan helsefagarbeidere ta videreutdanning på fagskoler på høyskolenivå. Dette er offentlig godkjente utdanninger som varer fra et halvt til to år.

Den demografiske utviklingen i Norge, med økt levealder og den relative reduksjonen av andelen av befolkningen som er i arbeidsfør alder, samt en stadig utvikling i antallet sykdommer det er mulig å kurere og behandle legger et stort press på helse- og omsorgstjenestene i landet. Det er både økonomiske utfordringer, men også utfordringer med rekruttering av kvalifisert personale. Samhandlingsreformen, som ble innført 1. januar 2012, er en av mange reformer i helsesektoren som skal bidra til å løse disse utfordringene. Målet med samhandlingsreformen er:

«... bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor»².

Med «bærekraftig» menes at behandlingen skal foregå på en kostnadseffektiv måte. Forebygging og tidlig behandling ansees å være kostnadsbesparende. Når det kommer til behandling, er tanken at spesialisert medisinsk behandling utføres av de regionale statlig eide sykehusene, mens pleie-oppgaver kan gjøres i de mindre kostnadskrevenne kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette skal sikres med en bedre arbeidsdeling og samhandling mellom de regionale helseforetakene og kommunale helse- og omsorgstjenester.

¹ https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/voksnes_laering_og_kompetanse/innsiktsartikler/nasjonal-kompetansepolitisk-strategi/id2537165/

² <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

En konsekvens av samhandlingsreformen er at flere pasienter behandles ved sykehusene og at liggetiden på sykehusene går ned. Dette innebærer at flere pasienter overføres fra sykehus til kommunene tidligere enn før. Pasientene som tilbakeføres til kommunene er sykere og har dermed et større behov for medisinsk tilsyn og oppfølging nå, enn før reformen. Det økte ansvaret for pasientene som kommunale helsetjenester har fått har også påvirket kravene til de ansattes kompetanse i kommunene og deres arbeidshverdag. En studie av sykepleieres erfaringer fra arbeidet i fem kommuner viser at de i større grad enn før delegerer oppgaver som sårstell og medisiner til både helsefagarbeidere og ufaglærte, og at de selv får mindre tid til oppgaver som observering og helhetlige vurderinger av pasienters tilstand (Haukelien, Vike & Vardheim 2015).

Forskyvningen av arbeidsoppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere er én mulig konsekvens av Samhandlingsreformen. På den annen side er det også en fare for at kommunene undervurderer helsefagarbeidernes kompetanse når de vurderer kompetansesituasjonen i sektoren i dag sett mot fremtiden, og også hvordan den skiller seg fra ufaglærtes kompetanse. Sett fra kommunenes side, er det et sterkt fokus på underdekningen av sykepleiere og andre ansatte med høyere medisinsk kompetanse. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor fra 2016 (KS 2016) viser at kommunene oppgir størst vansker med å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere, leger og andre yrkesgrupper med utdanning på høgskole og universitetsnivå. De oppgir ikke så store vanskeligheter med å rekruttere helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper med lavere krav til formell utdanning. 59 % av kommunene opplever det som meget eller ganske vanskelig å rekruttere sykepleiere, mens under 20 % sier det samme for helsefagarbeidere (KS 2016:13).

SSBs seneste framskrivninger estimerer et underskudd på mer enn 30 000 utdannede innen helse- og omsorgsfag i 2035, gitt at det utdannes like mange som i dag (Dapi, Gjefsen, Sparrman & Stølen 2016). Samtidig som det er et økende behov for kvalifisert arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren framover, er det reist bekymringer ved at de som tar helsefaglig utdanning på videregående skole i liten grad går over i lærlingeordningen og blir ferdig utdannede helsefagarbeidere. Mange av de som begynner på helsearbeiderfag på videregående går videre til studieforberedende fag i stedet for ut i lære. Dette er skissert som et vanligere utdanningsløp enn å gå ut i lære, og en rapport fra 2011 (Vibe, Brandt & Hovdhaugen 2011) viste at 46 % av elevene i Vg2 gikk videre til påbygging, mens 33 % gikk ut i lære. Resten gikk over i andre studieretninger eller sluttet på skolen. Mange av elevene som begynner på helsearbeiderfag gjør dette fordi det oppleves som en relevant erfaring før sykepleierstudiet.

Skålholt, Høst, Nyen og Tønder (2013) undersøkte årsaken til at de fleste elevene ved helsefagutdanningen gikk videre til allmennfaglig påbygging i stedet for å gå ut i lære. De konkluderer med at det ikke er aspekter ved utdanningen som er hovedutfordringen, men heller forhold i arbeidslivet. Forskerne peker på tre hovedaspekter som påvirker elevenes valg om å gå videre på studiespesialiserende heller enn å gå ut i lære som helsefagarbeidere: Hvilke oppgaver elevene opplever at helsefagarbeiderne har på arbeidsplassene, hvilke arbeidsplasser helsefagarbeidere jobber ved og manglende muligheter til å få store stillinger når de skal søke jobb.

Muligheten for bruk av tilegnet kompetanse er sentralt i alle de tre aspektene. I følge læreplanen kan helsefagarbeideren utføre:

«... omsorg, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Helsearbeiderfaget skal medvirke til å dekke behovet for kompetente helsefagarbeidere som kan møte pasienter, brukere og pårørende på en profesjonell måte, og bidra til at samfunnets behov for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.»³

De oppgavene helsefagarbeidere gjør på jobb må stå i forhold til de oppgavene som de er opplært i å utføre. Det innebærer både at helsefagarbeidere skal kunne få mulighet til å bruke sin kompetanse i det daglige arbeidet, men også at de ikke skal måtte utføre oppgaver som de ikke er kvalifiserte for eller har fått opplæring i. Dette handler både om anerkjennelse av den kompetansen helsefagarbeidere har, og om arbeidsorganisering, og tilgjengelige ressurser i form av tilgjengelig personell og økonomi.

Når det gjelder mulige arbeidsplasser, skal helsefagarbeidere etter læreplanen kunne arbeide både i den kommunale helse- og sosialtjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig er de aller fleste helsefagarbeiderne ansatt i kommunal sektor (Skålholt mfl. 2013). Et opplevd misforhold mellom hvor man ønsker å jobbe, og hvor man får jobb kan også bidra til at helsefagarbeidere føler at de ikke får brukt den kompetansen de har. Under 2000-tallet var tendensen at hjelpepleierne/helsefagarbeiderne skulle ut av helseforetakene. Holdningene rundt dette har nå snudd, og flere tar til orde for at helsefagarbeidere er ønsket arbeidskraft også på sykehusene (se f.eks. uttalelser fra leder i Spekter, Anne-Kari Bratten⁴). Samtidig er det fortsatt slik at de aller fleste stillingene for helsefagarbeidere fins i kommunal sektor.

Deltidsstillinger utbredt i både den kommunale helse- og omsorgssektoren og i sykehusene, og det er en mangel på store stillinger for nyutdannede. Muligheten til å utøve sitt yrke i det som generelt er ansett å være et normalarbeidsforhold, nemlig fast heltidsarbeid, er også et aspekt ved det å føle at man får brukt sin kompetanse. Mangelen på store stillinger nevnes som en av hovedgrunnene til at de færreste av elevene som har fullført opplæringsdelen av helsefagarbeiderutdanningen går ut i lære.

I denne rapporten vil vi se nærmere på sammenhengen mellom hvilke oppgaver helsefagarbeidere gjør, hvordan de føler at de får brukt sin kompetanse, hvor de jobber og hvilke arbeidsforhold de jobber under. Arbeidsforskningsinstituttet ved Høgskolen i Oslo og Akershus har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer for å svare på følgende problemstillinger:

³ <https://www.udir.no/kl06/HEA3-01/Hele/Formaal>

⁴ <http://www.spekter.no/Spekter-mener/Spekter-i-media/Helsefagarbeiderne-har-en-fremtid-i-sykehusene/>

- I hvilken grad får helsefagarbeidere anvende sin utdanning og fagkunnskap i arbeidet sitt?
- Er det forskjeller i bruk av kompetanse og oppgaver fra arbeidsgiver til arbeidsgiver?
- Hvordan er sammenhengen mellom deltid og kompetanse?
- Hvordan opplever de yngste og de nyutdannede helsefagarbeidere sin arbeidshverdag og hvordan vurderer de sin fremtid i yrket?
- Opplever helsefagarbeidere endringer i anvendelsen av faget over tid?

Metode og utvalg

Rapporten bygger hovedsakelig på resultater av en spørreskjemaundersøkelse sendt ut til alle medlemmer av Helsefagarbeidere i Delta. Undersøkelsen mottok svar fra 1323 medlemmer, noe som gir en svarprosent på 20 %. Undersøkelsens tema, som ble oppgitt for respondentene i invitasjonsmailen, var «helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleieres bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben». Programmeringen av spørreskjemaet, utsendelse av personlige lenker til undersøkelsen og datainnsamlingen ble gjennomført av forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) gjennom plattformen Questback. Forskerne ved AFI gjennomførte også ett fokusgruppeintervju med 6 deltakere.

Der det er interessant, er resultater presentert i rapporten brutt ned på følgende undergrupper:

- **Type arbeidsplass:** 1 Sykehjem/helsehus/Kommunal akutt døgnetenhet (KAD), 2 Hjemmetjenesten/omsorgsbolig, 3 Bolig med bistand, 4 Sykehus/poliklinikk (NB! lav N: 82)
- Grupper av arbeidstakere basert på **stilling** 1 Ufaglærte (assistenter og pleiemedarbeidere), 2 Helsefagarbeidere og hjelpepleiere, 3 Helsefagarbeidere med videreutdanning.
- Grupper av ansatte basert på **type helsefaglig utdanning:** 1 Helsefagarbeider, 2 hjelpepleier, 3 omsorgsarbeider.
- De ansattes **alder** og **ansiennitet**

I noen av spørsmålene kan svarene sammenlignes med resultater fra YS Arbeidslivsbarometer fra 2016, som er et representativt utvalg av alle arbeidstakere i Norge. Når vi refererer til «Befolkningen» i rapporten, er det utvalget i YS Arbeidslivsbarometer som er benyttet.

Oppsummering

I innledningen fremstilte vi noen problemstillinger som vi ønsket å besvare i denne rapporten. Her vil vi kort oppsummere funnene fra spørreundersøkelsen som svar på hver av problemstillingene som vi reiste i innledningen:

I hvilken grad får helsefagarbeidere anvende sin utdanning og fagkunnskap i arbeidet sitt?

Det overordnede inntrykket av funnene i undersøkelsen er at helsefagarbeidere sitter med mye kunnskap og ferdigheter som de ikke får brukt, og en tredjedel ønsker seg større utfordringer på jobb. Dette utgjør et urealisert potensiale, og en mulighet for arbeidsgivere som sliter med å få tak i kvalifisert arbeidskraft. Samtidig melder helsefagarbeidere om manglende verdsetting av deres kompetanse på jobb.

På den annen side er det også noen helsefagarbeidere som melder om at de ikke har nok kompetanse til å gjøre jobben sin. Dette kan sees i sammenheng med lite ressurser og lav bemanning, som kan føre til at ansatte settes til oppgaver de ikke føler seg kvalifiserte for uten tilstrekkelig opplæring og veiledning.

Er det forskjeller i bruk av kompetanse og oppgaver fra arbeidsgiver til arbeidsgiver?

Det er forskjeller i bruk av kompetanse og hvilke oppgaver medlemmer av helsefagarbeidere i Delta gjør på jobb mellom arbeidssteder. Ansatte i hjemmetjenesten gjør generelt oftere medisinske oppgaver enn ansatte i sykehjem, og er oftere tilstede under legekonsultasjoner. Dette handler om organiseringen av arbeidet, hvor ansatte i hjemmetjenesten oftere er alene hos brukere enn ansatte på de andre arbeidsplassene.

En kilde til frustrasjon hos helsefagarbeidere, er at det oppleves som tilfeldig hvilke oppgaver de gjør og ikke gjør på jobb. Dette varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass, fra kommune til kommune, mellom skift og er også avhengig av hvem som er ansvarlig på den enkelte vakt. Det oppleves frustrerende at disse forholdene, som ikke henger sammen med den enkeltes kompetanse, i såpass stor grad påvirker hvilke oppgaver helsefagarbeiderne tillates og pålegges å gjøre.

Hvordan er sammenhengen mellom deltid og kompetanse?

Muligheten til å jobbe fullt henger i stor grad sammen med opplevelsen av å få brukt kompetansen sin. Deltidsansatte opplever sjeldnere enn heltidsansatte at deres kompetanse blir verdsatt på jobb. De deltidsansatte opplever også sjeldnere at arbeidsgiver legger til rette for at de skal utvikle seg faglig, enn heltidsansatte.

Når vi ser på ulike kategorier av deltidsansatte etter om de ønsker å jobbe like mye som de gjør, mer enn de gjør og fulltid, er det også forskjeller i hvorvidt de føler at de får brukt sine kunnskaper og ferdigheter i jobben. De deltidsansatte som ønsker å jobbe mer enn i dag, men ikke fullt, opplever i minst grad at deres kompetanse blir verdsatt på jobb. Samtidig er de deltidsansattes faktiske arbeidstid høyere enn det deres avtalte stillingsprosent. Å utvide stillingene til deltidsansatte vil være en åpenbar og effektiv måte å bedre utnytte den kompetansen helsefagarbeidere har.

Hvordan opplever de yngste og nyutdannede helsefagarbeidere sin arbeidshverdag og hvordan vurderer de sin fremtid i yrket?

De yngste deltidsansatte rapporterer oftest om uønsket deltid. De både ønsker seg større stillinger, og er de som jobber mest i forhold til den avtalte arbeidstiden. De yngste opplever også sjeldnere samsvar mellom jobben og egne ambisjoner. De yngste helsefagarbeiderne er mest bekymret over å miste jobben. Færre tror de vil være i samme yrke eller bransje om fem år enn de eldre ansatte.

For å dekke inn underskuddet av helsefagarbeidere som SSB fremskriver mot 2035, er det viktig at også de yngste som kommer inn i yrket finner en arbeidssituasjon som de opplever som utviklende og interessant nok til å bli værende i resten av sitt yrkesliv. Dette er en utfordring som må løses på arbeidsplassene.

Opplever helsefagarbeidere endringer i anvendelsen av faget over tid?

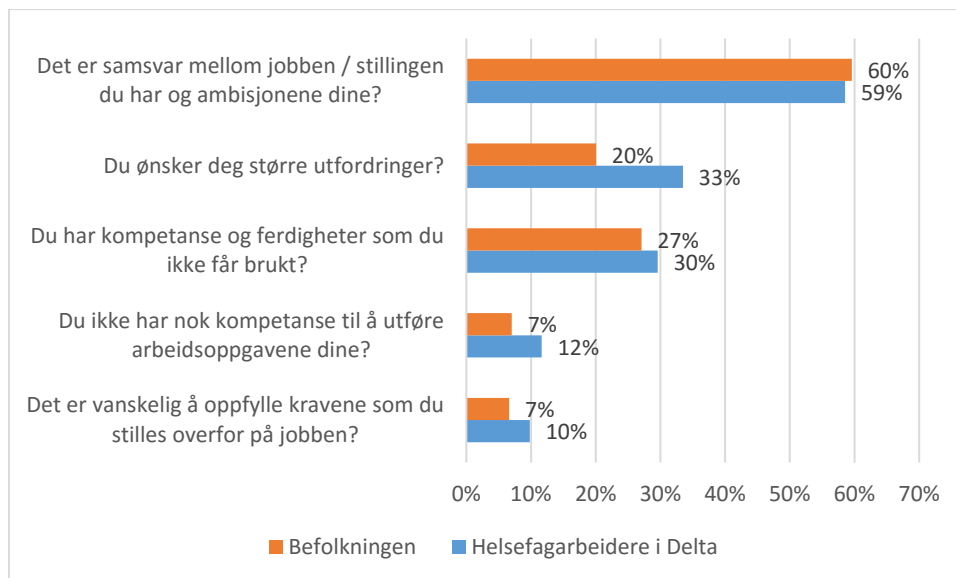
De aller fleste helsefagarbeiderne har opplevd omorganiseringer i løpet av de siste fem årene. Mye av bakgrunnen for utviklingen i disse årene kan tilskrives Samhandlingsreformen som startet 1. januar 2012. Helsefagarbeiderne i Delta rapporterer om at de forventes å produsere mer på kortere tid. De opplever økte krav til å håndtere komplekse oppgaver, samt økte kompetansekrav. Flere synes det er vanskelig å oppfylle kravene de møter på jobb, og dette er både på grunn av tidsknapphet og mangel på opplæring. Samtidig er det flere som rapporterer om at de i større grad har kompetanse som de ikke får brukt på jobben nå enn før. I helsefagarbeidernes uutnyttede kompetanse ligger et potensiale som vil være viktig å få utnyttet bedre i fremtiden.

De ansatte er den viktigste ressursen i helse- og omsorgssektoren. Her er det store muligheter for arbeidsgivere og de andre partene i arbeidslivet for å organisere arbeidet slik at de ansatte kan utnytte sin kompetanse fullt ut.

Helsefagarbeideres bruk av egne kunnskaper og ferdigheter i jobben

Kvalifikasjoner, urealisert potensiale og mangel på kompetanse

Både mangel på utfordringer og det å bli pålagt oppgaver man ikke er kvalifisert for er uheldig for ansattes følelse av mestring i arbeidshverdagen. Generelt opplever Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer at det er et samsvar mellom jobben de har og egne ambisjoner. Disse spørsmålene er også stilt et representativt utvalg for befolkningen i YS Arbeidslivsbarometer. Når vi sammenligner medlemmene i Helsefagarbeidere i Delta med resten av befolkningen, ligger de helt på linje (59 % blant Helsefagarbeidere i Delta mot 60 % i befolkningen). Det er likevel forskjeller mellom ansatte. Ufaglærte føler sjeldnere at det er samsvar mellom jobben og egne ambisjoner enn helsefagarbeidere og helsefagarbeidere med videreutdanning.



Figur 1: Kvalifikasjoner og urealisert potensiale. Hvor ofte opplever du at: (Andel som svarer ofte eller alltid). Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer og i befolkningen

Når det gjelder realisering av eget potensiale på jobb, er det betydelig flere blant Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer enn i befolkningen som ønsker seg større utfordringer. 33 % av medlemmene svarer dette, mot 20 % i befolkningen. Dette kan både bety at det er et ønske blant medlemmene om å ta videreutdanning, men også at man ikke får brukt den kompetansen man har på jobb. Vi har spurt medlemmene om det siste: Når det gjelder kompetanse og ferdigheter man har, men ikke får brukt, er ikke forskjellen mellom Helsefagarbeidere i Delta og befolkningen markant. Det er likevel en overvekt av helsefagarbeidere med videreutdanning som føler at de har et urealisert potensiale på jobb sammenlignet med andre medlemmer. Hele 39 % av helsefagarbeidere med videreutdanning opplever ofte eller alltid at de har kompetanse som de ikke får brukt. På den annen side er det også noen av medlemmene som ofte eller alltid opplever at de ikke har nok kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene sine eller at det er vanskelig å oppfylle kravene som de stilles ovenfor på jobben (hhv. 12 % og 10 %).

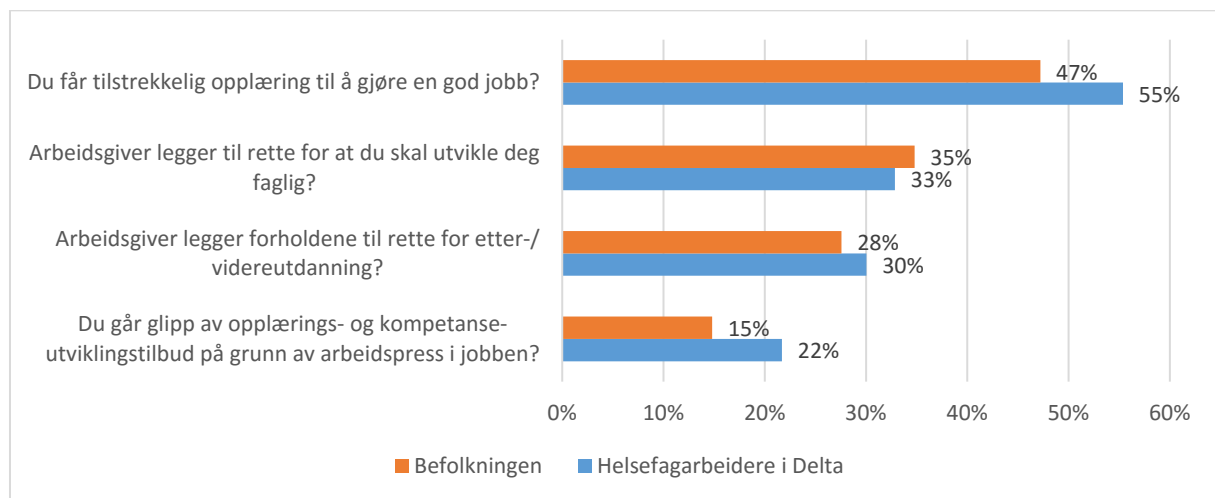
Tallene er riktignok lavere enn andelen som føler at de har et kompetanseoverskudd, men andelen blant helsefagarbeiderne er større enn i befolkningen for øvrig.

Resultatene tyder totalt sett på at mange av helsefagarbeiderne har et urealisert potensiale i form av tilegnede kunnskaper og ferdigheter som de ikke får benyttet i jobben. Dette er spesielt høyt blant helsefagarbeidere med videreutdanning. Samtidig er det noen som føler at de ikke har nok kompetanse til å utføre jobben sin.

Muligheter for videreutdanning

Arbeidsplassen er en viktig læringsarena, og å sikre læremuligheter i arbeidslivet er et av hovedpunktene i Nasjonal kompetansepolitisk strategi 2017-2021. Formell kompetanse blir stadig viktigere i kommunene. Over halvparten av kommunene oppga i 2010 at de jobbet systematisk med kompetanseutvikling av både formell- og realkompetanse. Svært mange kommuner har ordninger hvor ufaglærte kommuneansatte kan ta fagbrev, og spesielt små kommuner. Større kommuner tilbyr i større grad videreutvikling av realkompetanse (Bakkeli mfl. 2013:21).

Figuren under viser andelen av medlemmene av Helsefagarbeidere i Delta som ofte eller alltid opplever at de får tilstrekkelig opplæring, muligheter til faglig utvikling og etterutdanning i jobben.

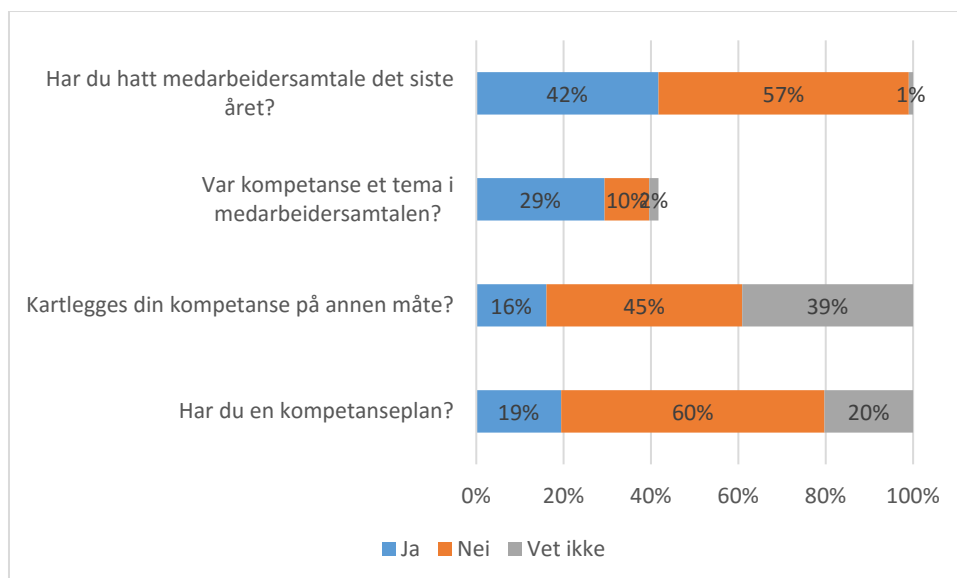


Figur 2: Opplæring, utvikling og videreutdanning. Andel "Ofte" og "Alltid". Medlemmer av Helsefagarbeidere i Delta og befolkningen.

Godt over halvparten (55 %) av medlemmer av helsefagarbeidere i Delta opplever ofte eller alltid at de får tilstrekkelig med opplæring til å gjøre en god jobb. Dette er signifikant høyere enn i befolkningen (47 %). Det er likevel kun henholdsvis 30 % og 33 % som svarer at arbeidsgiver ofte eller alltid legger forholdene til rette for etter- og videreutdanning og at arbeidsgiver legger til rette for at de skal utvikle seg faglig, noe som er på linje med befolkningen (hhv. 28 % og 35 %). Medlemmene opplever oftere enn befolkningen at de går glipp av opplærings- og kompetanseutviklingstilbud på grunn av arbeidspress i jobben (22 % blant Helsefagarbeidere i Delta mot 15 % i befolkningen).

Kartlegging av kompetanse

Kartlegging av ansattes kompetanse på kommunenivå er et viktig virkemiddel i kommunenes strategiske arbeid med å sikre nødvendig kompetanse (Bakkeli mfl. 2013). Samtidig er også individuell kompetansekartlegging viktig for den enkelte arbeidstakers mulighet til å få anerkjent den kompetansen de har og å få brukt og videreutviklet den i jobben.

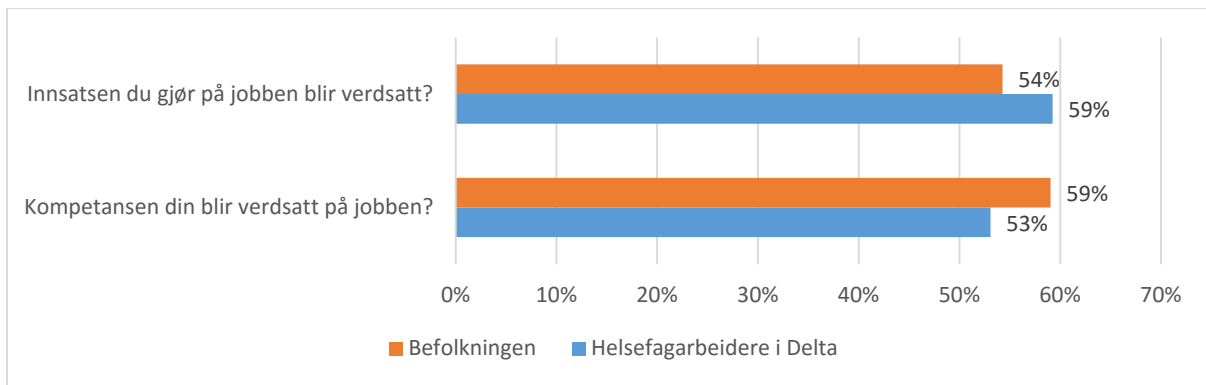


Figur 3: Kartlegging av kompetanse. Helsefagarbeidere i Delta (n=1321)

Figuren over viser at ansatte i liten grad oppfatter at deres kompetanse kartlegges på arbeidsplassen. Kun 42 % av de ansatte hadde hatt medarbeidersamtale det siste året. Blant disse var det 70 % som oppga at kompetanse var et tema i medarbeidersamtalen, men siden andelen med medarbeidersamtale var så lav, resulterer dette i under 30 % som får kartlagt kompetansen gjennom medarbeidersamtaler. Det er 16 % av medlemmene som rapporterer at deres kompetanse kartlegges på en annen måte. 19 % rapporterer å ha en kompetanseplan. Hvis vi kombinerer disse målene, er det godt under halvparten av medlemmene, 42 %, som rapporterer at deres kompetanse er kartlagt på noen måte.

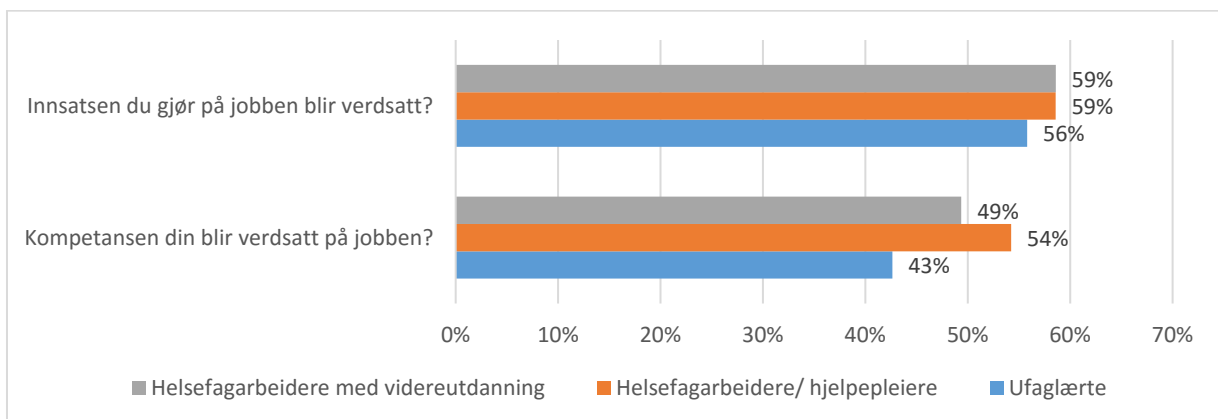
Verdsetting av kompetansen

I overkant av halvparten av medlemmene (53 %) opplever ofte eller alltid at deres kompetanse blir verdsatt på jobben. Noe flere (59 %) opplever ofte eller alltid at deres innsats blir verdsatt. I forhold til befolkningen, svarer Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer i større grad at deres innsats på jobb blir verdsatt, men sjeldnere at deres kompetanse blir verdsatt på jobben. Dette peker mot manglende anerkjennelse av helsefagarbeideres kunnskaper og ferdigheter.



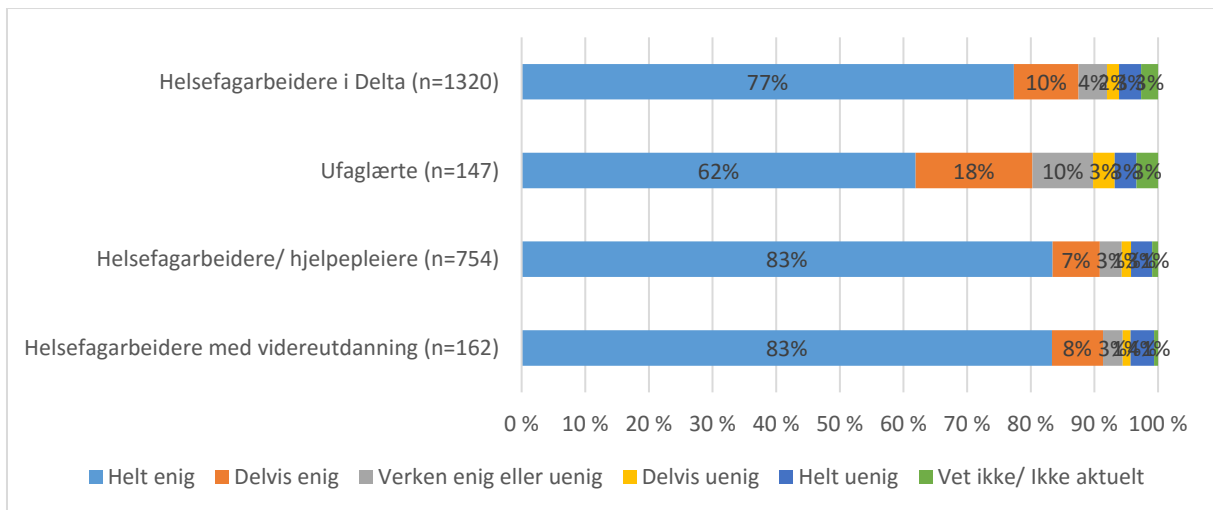
Figur 4: Verdsetting av kompetanse og innsats. «Hvor ofte opplever du at:» Andel som svarer ofte eller alltid. Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer og befolkningen

Innad blant medlemmene av Helsefagarbeidere i Delta, er det ansatte i ufaglærte stillinger som i lavest grad rapporterer om at deres kompetanse blir verdsatt på jobben. Flere av disse har jobbet på samme arbeidsplass lenge, og opplever nok at de har en realkompetanse som ikke står i forhold til den formelle kompetansen som kreves for å gjøre enkelte arbeidsoppgaver. Blant deltakerne i fokusgruppen var det flere som hadde begynt som assistenter for så å ta fagbrev og eventuell videreutdanning. Motivasjonen bak valget om å ta fagbrevet var å få større ansvar og å få gjøre «pleieoppgaver» i tillegg til «stell». Det var også flere som rapporterte om at da de begynte som assistenter for flere år siden, fikk de gjøre flere typer oppgaver. Etter hvert som typen oppgaver de fikk gjøre ble strammet inn, tok de valget om å ta fagbrev. Det å formalisere kunnskaper og erfaringer gjennom å ta et fagbrev kan bidra til en økt opplevelse av at kompetansen blir verdsatt på jobben.



Figur 5: Verdsetting av kompetanse og innsats. «Hvor ofte opplever du at:» Andel som svarer ofte eller alltid, etter utdanning.

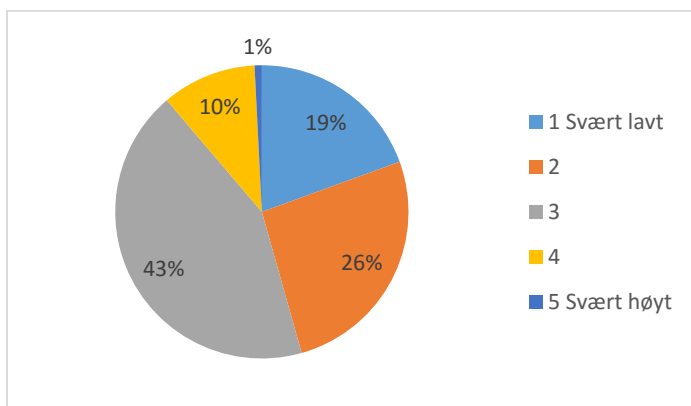
De fleste medlemmene av Helsefagarbeidere i Delta er enige i at helsefagarbeidere utgjør en viktig yrkesgruppe på deres arbeidsplass. Det er likevel noen forskjeller mellom ansatte i ulike stillinger. Blant ansatte i ufaglærte stillinger er det færre som er helt eller delvis enige i dette utsagnet enn blant de som er ansatt i en helsefagarbeiderstilling. Det er ingen betydelig forskjell mellom utdannede helsefagarbeidere/ hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere som er ansatt på ulike arbeidsplasser.



Figur 6: "Helsefagarbeidere utgjør en viktig yrkesgruppe på min arbeidsplass". Fordelt etter stilling.

Vurderinger av eget lønnsnivå

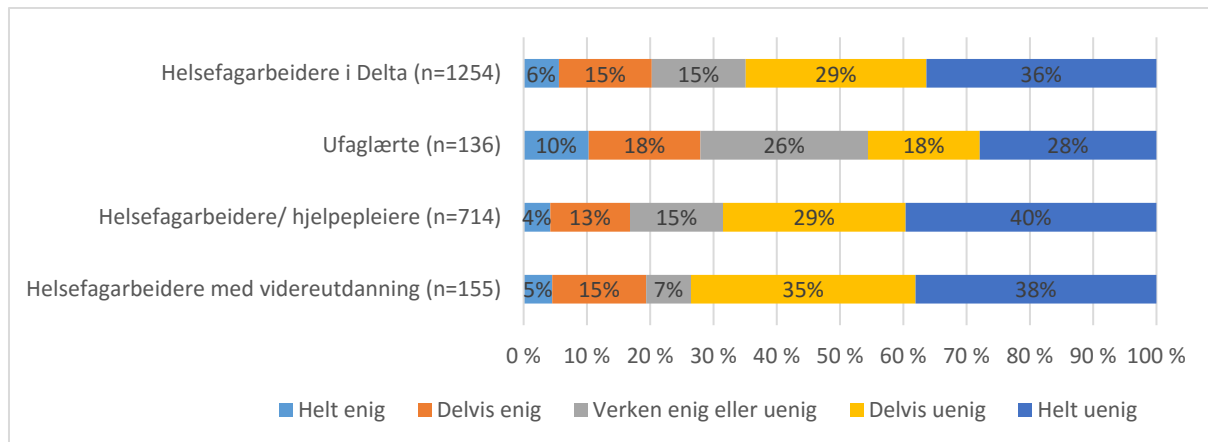
Lønn er en helt konkret form for verdsetting. Kakediagrammet under viser at 46 % av medlemmene oppfatter lønnsnivået sitt som lavt i forhold til lønnsnivået til andre de sammenligner seg med. 43 % svarer midt på skalaen mens 11 % oppfatter lønnsnivået sitt som høyt. Her er det ingen store forskjeller mellom ansatte på ulike arbeidsplasser eller med ulik utdanning.



Figur 7: Hvordan oppfatter du lønnsnivået ditt i forhold til lønnsnivået til andre du sammenligner deg med? Helsefagarbeidere i Delta (n=1131)

Når vi ber arbeidstakerne om å vurdere størrelsen på lønnen i forhold til egen innsats og prestasjoner på jobben, er det enda flere som opplever at lønnen er lav. 65 % er uenige i at lønnen står i forhold til egen innsats og prestasjoner. I dette spørsmålet er det signifikante forskjeller mellom ansatte i ulike stillinger. Ansatte helsefagarbeidere og helsefagarbeidere med videreutdanning er mer uenige i at de har riktig lønnsnivå enn det ansatte i ufaglærte stillinger er. Mens 28 % av ansatte i ufaglærte stillinger

er enige i at lønnen står i forhold til innsats og prestasjoner, er denne andelen kun 17 % hos helsefagarbeidere og 19 % hos helsefagarbeidere med videreutdanning.



Figur 8: Størrelsen på lønnen min er riktig i forhold til min innsats og mine prestasjoner på jobben. Fordelt etter stilling.

Hovedfunn

- Resultatene tyder totalt sett på at mange av helsefagarbeiderne har et urealisert potensiale i form av tilegnede kunnskaper og ferdigheter som de ikke får benyttet i jobben (30 %). Dette er spesielt høyt blant helsefagarbeidere med videreutdanning (39 %). Hele 33 % av Helsefagarbeiderne i Delta ønsker seg større utfordringer. Samtidig er det flere blant Helsefagarbeidere i Delta enn i befolkningen som føler at de ikke har nok kompetanse til å utføre jobben sin (hhv. 12 % og 7 %).
- Medlemmene opplever betydelig oftere enn befolkningen at de går glipp av opplærings- og kompetanseutviklingstilbud på grunn av arbeidspress i jobben (22 % mot 15 %).
- Godt under halvparten av de ansatte (42 %) rapporterer at deres kompetanse kartlegges på arbeidsplassen.
- I forhold til befolkningen, svarer Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer i større grad at deres innsats på jobb blir verdsatt (59 %), men sjeldnere at deres kompetanse blir verdsatt på jobben (53 %). Ansatte i ufaglærte stillinger rapporterer i lavest grad om at deres kompetanse blir verdsatt på jobben (43 %).
- 65 % av Helsefagarbeidere i Delta opplever at lønnen er lav i forhold til egen innsats og prestasjoner på jobb.

Deltid og kompetanse

Det er flere årsaker til den høye andelen deltidsansatte i helsesektoren. Arbeidstidsordningene med behov for døgnkontinuerlig drift kombinert med turnuser som begrenser helgejobbing til hver tredje helt oppgis som en hovedgrunn. Andre grunner, sett fra arbeidsgivers side, er at mange deltidsstillinger gir en fleksibel arbeidsstokk som i større grad kan være villig til å ta på seg ekstravakter enn det fulltidsansatte er. Tilgangen på en arbeidskraftreserve er viktig når arbeidsmengden varierer og for å dekke opp det relativt høye sykefraværet i sektoren (Ingstad & Kvande 2011; Moland 2009). Sett fra ansattes synspunkt, kan deltid være en måte å takle en arbeidssituasjon som er både fysisk og psykisk belastende. Deltidsarbeid kan også være en strategi for å minske andelen ubekvem arbeidstid. I en studie av sykepleiere som jobbet på sykehjem, fant imidlertid Ingstad og Kvande (2011) at heltidsarbeid kunne oppleves som relativt mindre belastende enn deltidsarbeid fordi ansatte i store stillinger opplevde større kontinuitet og oversikt i arbeidet. De hadde også lengre vakter enn de i deltidsstillinger og dermed relativt sett færre oppmøtedager i forhold til sin stillingsprosent.

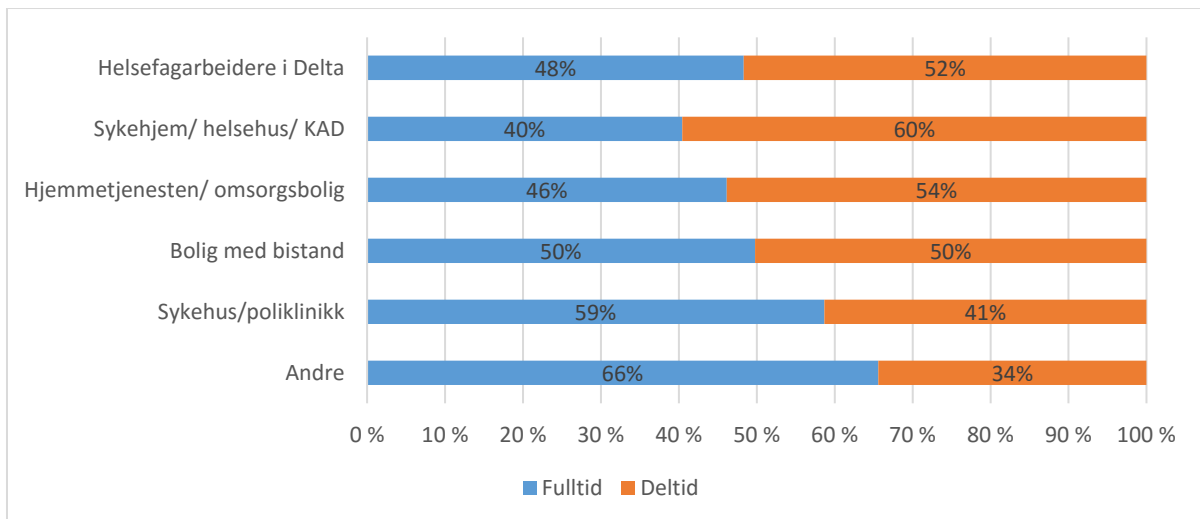
Fra et historisk perspektiv, kan man si at muligheten for deltidarbeid muliggjorde inkluderingen av kvinner i arbeidslivet på 60- og 70-tallet. Deltidsstillinger har etter dette blitt institusjonalisert i helse- og omsorgssektorene, som var de sektorene som vokste frem og sysselsatte kvinnene på den tiden. Det innebærer at arbeidsgivere har tilpasset seg deltidskulturen på en sånn måte at dette anses som både vanlig og nødvendig (Moland 2009).

Den høye andelen deltidsansatte er ikke en udelt fordel for helsesektoren. Over halvparten av kommunene opplevde den høye andelen deltidsansatte som en utfordring, den mest nevnte etter høyt sykefravær (KS 2016:21). Når en ny generasjon arbeidstakere entrer sektoren, er det ikke lenger med deltidarbeid som ideal. Også for ansatte oppleves små deltidstillinger som en utfordring, og mangelen på store stillinger nevnes som en av tre hovedgrunner til at elever med utdanning i helse- og omsorgsfag fra videregående velger å ta videreutdanning fremfor å ta fagbrev i helsearbeiderfag.

Deltidsarbeid kan sees på som sløsing med ressurser i en sektor som sliter med å skaffe nok kvalifisert arbeidskraft. Deltidsarbeid kan også gå ut over kompetanseutviklingen til arbeidstakerne, og akkumulert, på arbeidsplassnivå. Ansatte som jobber ufrivillig deltid er, ifølge en tidligere undersøkelse blant Fagforbundets medlemmer i hovedsakelig kommunal sektor, den gruppen som i minst grad inkluderes i intern opplæring (Moland 2009).

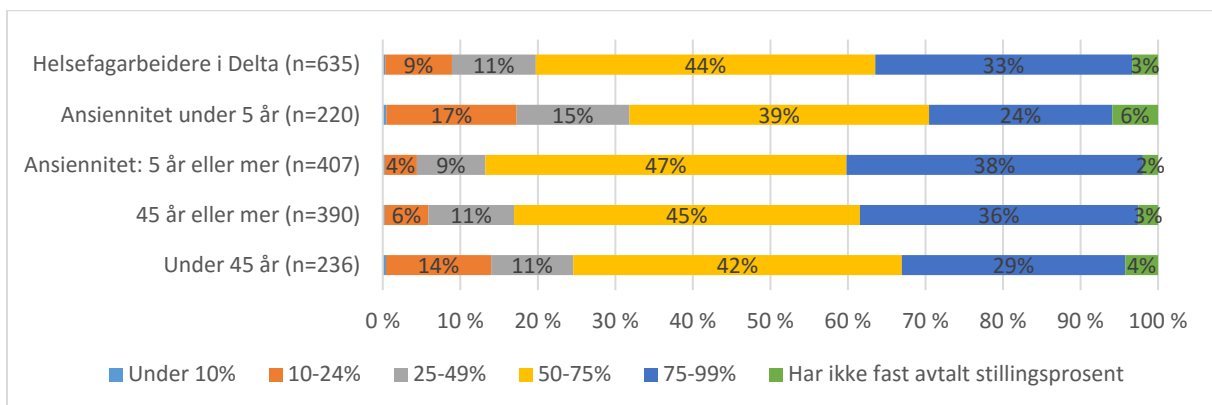
Deltid og stillingsprosent

Andelen som jobber deltid blant medlemmene av Helsefagarbeidere i Delta er 52 %. Fordelt på arbeidsplass, er det signifikant flere som jobber deltid blant ansatte i sykehjem/helsehus/ Kommunale akutte døgnenheter (KAD), enn det er blant ansatte på sykehus/poliklinikk og andre arbeidsplasser. Det er ikke signifikante forskjeller på andelen som jobber deltid etter alder eller ansiennitet.



Figur 9: Andel som jobber fulltid og deltid blant de med arbeid som hovedgjøremål. Fordelt på arbeids plass.

Når vi ser på stillingsprosenten til de som jobber deltid, er det ingen signifikante forskjeller mellom arbeidssteder. Men det er forskjeller når det kommer til ansiennitet og alder. 17 % av de ansatte med mindre enn 5 års ansiennitet har en stillingsprosent på 10-24 %, mot 4 % av de med høyere ansiennitet. På motsatt side av skalaen, er det 38 % av de med en ansiennitet over 5 år som jobber lang deltid med 75 % stilling eller høyere, mens 24 % av de med lavere ansiennitet har lang deltid. Forskjellen mellom de under og over 45 år når det gjelder andelen med de laveste stillingsprosentene er også signifikant.

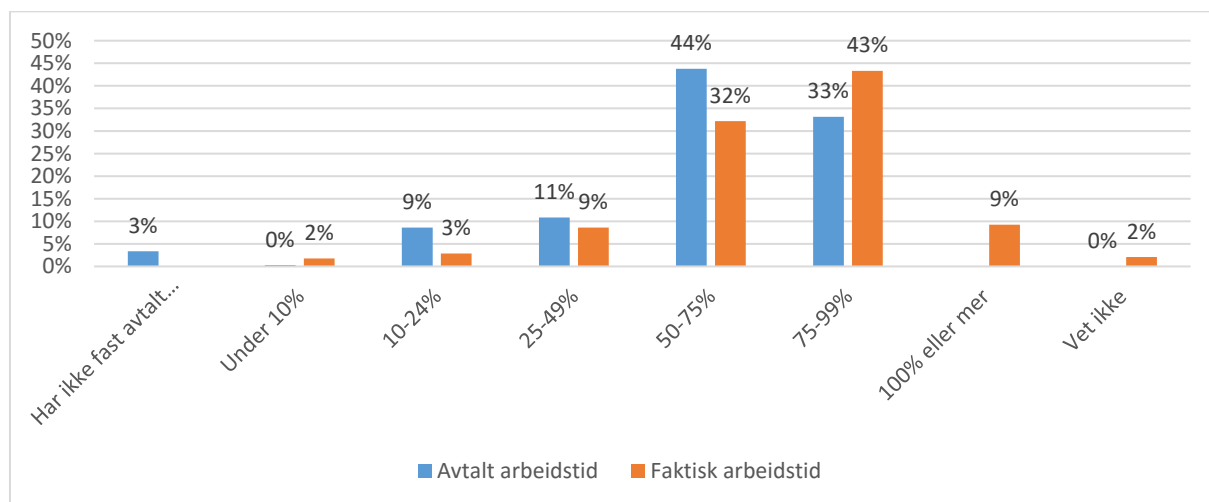


Figur 10: Avtalt stillingsprosent i hovedjobb. fordelt etter alder og ansiennitet

Forholdet mellom avtalt og faktisk stillingsprosent

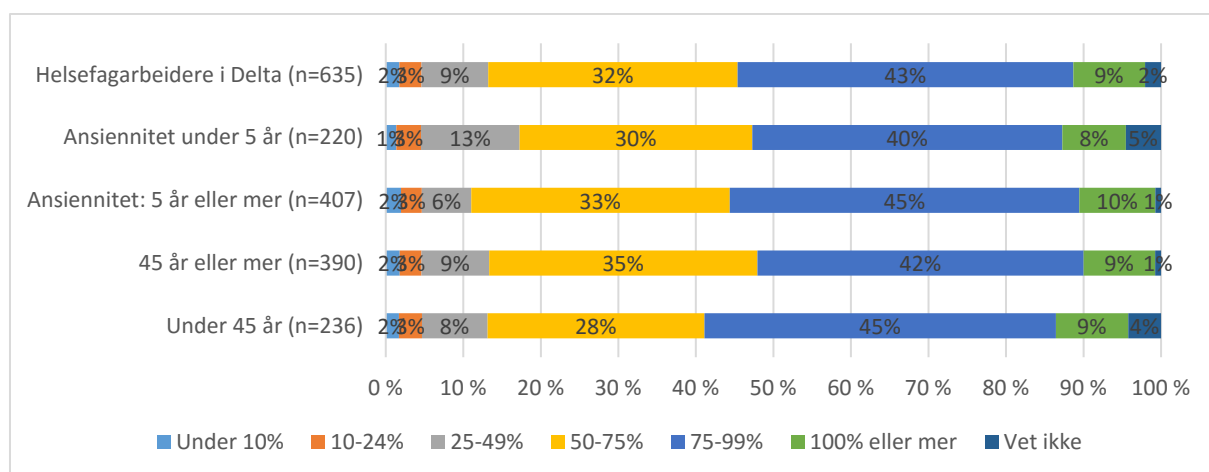
Vi har bedt respondentene om å oppgi omtrent hvor mye de jobber på en normal måned hvis de tar med ekstravakter. Det er to poeng som er viktig å merke seg ved disse resultatene: for det første, er den faktiske arbeidstiden betydelig høyere enn den avtalte, og når man fordeler resultatet etter alder og ansiennitet, forsvinner de signifikante forskjellene mellom undergruppene.

Selv om kun 33 % av utvalget har en avtalt stillingsprosent på 75-99 %, er det mer enn halvparten som oppgir at de jobber så mye eller mer på en normalmåned. For de lavere stillingsprosentene ser vi at det er færre som faktisk jobber så lite, som de som har det avtalt. Dette er et solid tegn på at arbeidskraftpotensialet til helsefagarbeiderne er underutnyttet.



Figur 11: Avtalt og faktisk arbeidstid blant de som arbeider deltid (n=635).

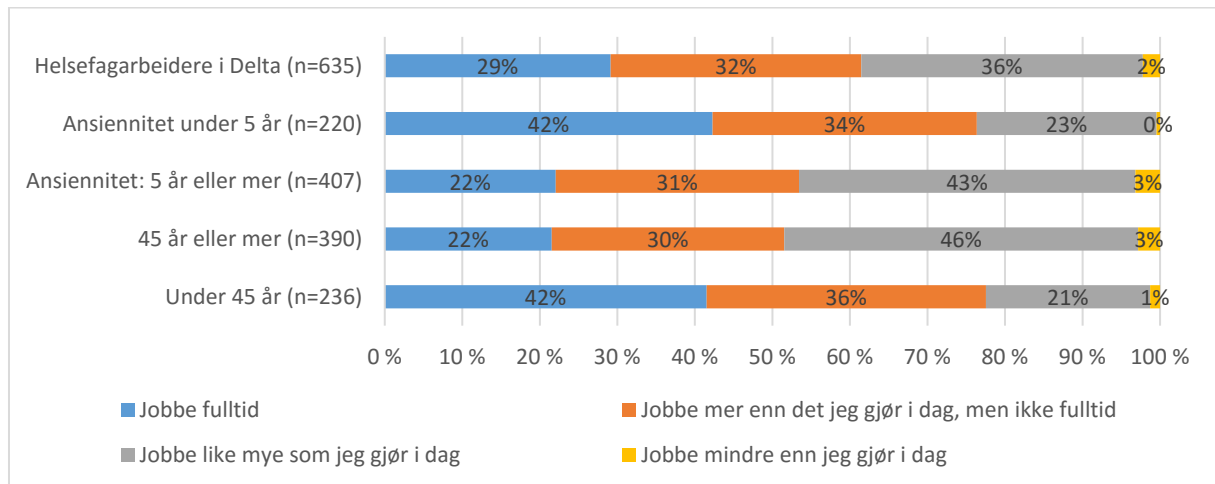
Sammenlignet med forskjellene i den avtalte stillingsprosenten, er det små forskjeller mellom gruppene basert på alder og ansiennitet når det gjelder faktisk arbeidstid. Det er altså de yngste og ferskeste helsefagarbeiderne som har størst avvik mellom avtalt og faktisk stillingsprosent.



Figur 12: Faktisk arbeidstid i en normal måned fordelt etter ansiennitet og alder.

Blant alle medlemmene som jobber deltid, er det 29 % som ønsker å jobbe fulltid. Det er 32 % som ønsker å jobbe mer enn i dag, men ikke fulltid. Kun litt over en tredel (36 %) ønsker å jobbe like mye

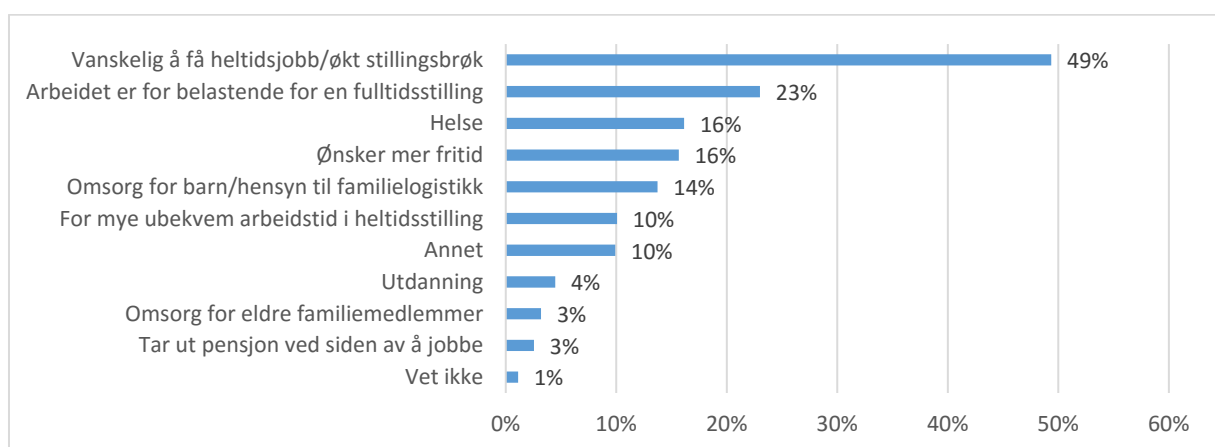
som de gjør i dag, og kun 2 % ønsker å jobbe mindre. Ser vi på alder og ansiennitet, er det igjen påfallende at det er de yngste ansatte og de med lavest ansiennitet som har det største misforholdet mellom faktisk og ønsket arbeidstid. 42 % av de deltidsansatte under 45 år ønsker å jobbe heltid. Det samme gjelder de med under 5 års ansiennitet. Under en fjerdedel av disse gruppene ønsker å jobbe like mye som de gjør i dag.



Figur 13: Ønske om arbeidstid fordelt etter ansiennitet og alder.

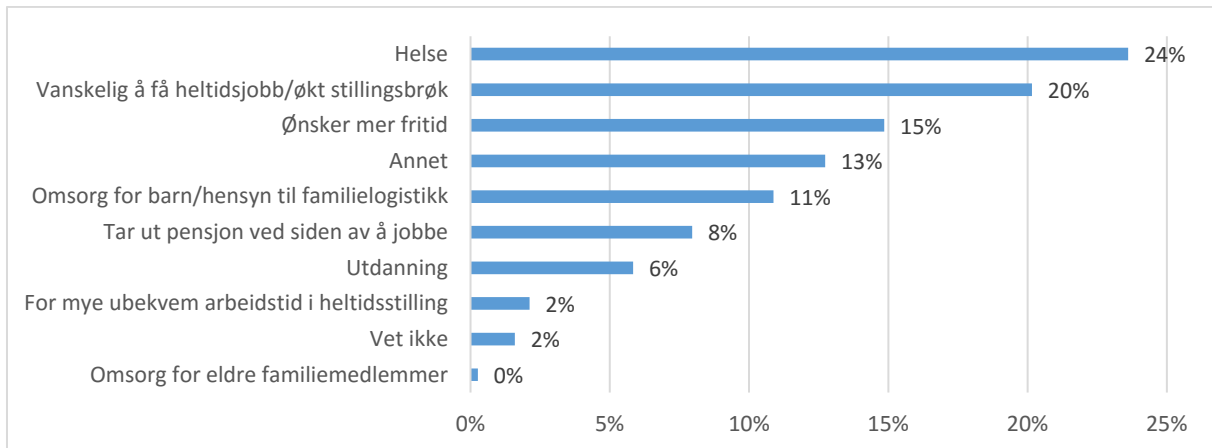
Årsaker til deltid

Vi spurte de som jobber deltid om å krysse av for inntil tre av de viktigste grunnene til at de jobber deltid. Rett under halvparten (49 %) av alle deltidsarbeidende oppgir vanskeligheter med å få heltidsjobb eller økt stillingsbrøk som en viktig årsak. Deretter er det 23 % som oppgir at arbeidet er for belastende for en fulltidsstilling, 16 % oppgir helse, 16 % et ønske om mer fritid og 14 % oppgir omsorg for barn/familielogistikk som en viktig årsak.



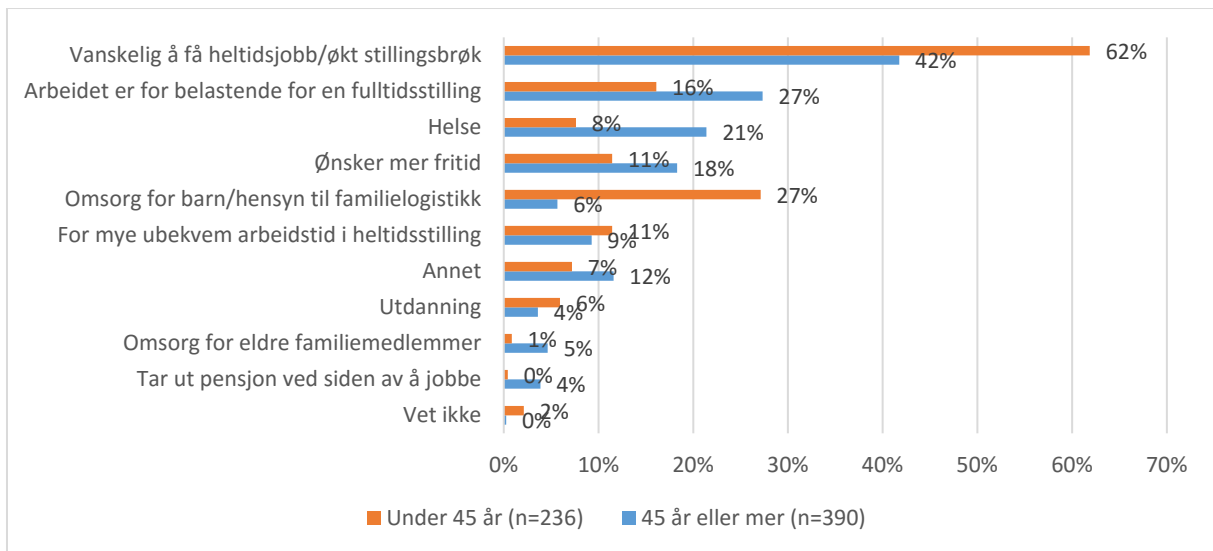
Figur 14: Deltid, inntil 3 av de viktigste årsakene, Deltidsarbeidende medlemmer (n=635)

Deltidsarbeidende i befolkningsutvalget for YS arbeidslivsbarometer ble bedt om å nevne den viktigste grunnen til at de jobber deltid. Spørsmålene er dermed ikke helt sammenlignbare. Der befolkningsutvalget har kunnet avgi ett kryss hver, har medlemmene i Helsefagarbeidere i Delta i gjennomsnitt avgitt 1,5 kryss hver. Man kan likevel si noe om ulikheter i rangeringen av årsakene til deltid blant Helsefagarbeiderne og i befolkningen. Den aller største forskjellen er at der medlemmer av Helsefagarbeiderne oppgir vanskeligheter med å få en økt stillingsbrøk som den mest nevnte årsaken til deltid, har befolkningen helse som hovedårsak, mens vansker med å få økt stilling nevnes nest oftest.



Figur 15: Deltid, den viktigste grunnen. Deltidsarbeidende i befolkningen fra YS arbeidslivsbarometer (n=371)

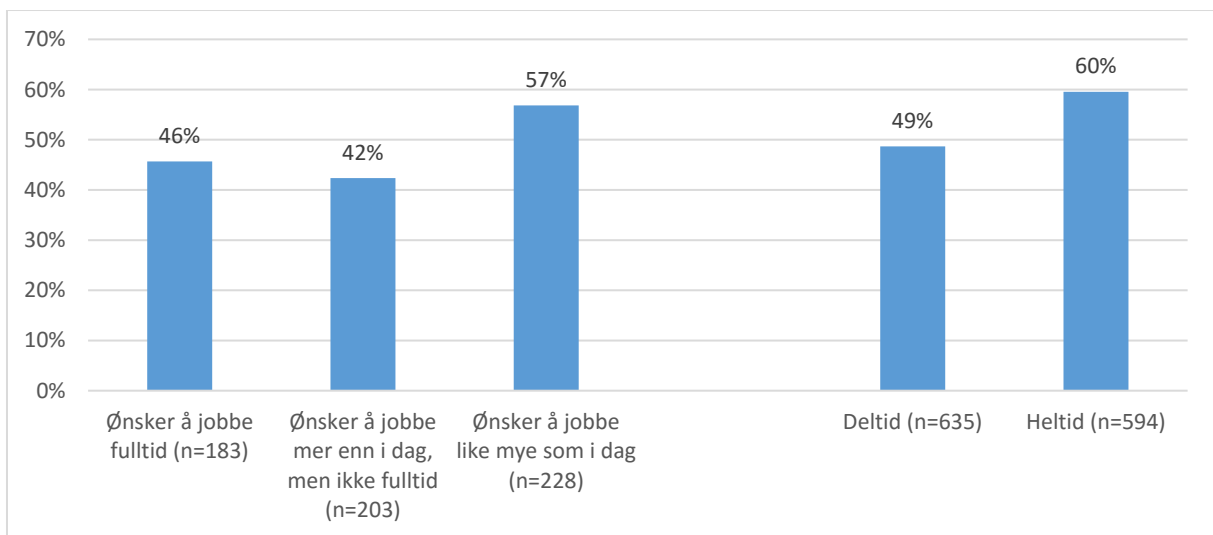
Når vi undersøker årsakene til deltid fordelt på alder og ansiennitet, er det store forskjeller. De yngste oppgir i mye større grad enn de eldste vanskeligheter med å få en større stilling (62 % mot 42 %) og omsorg for barn og familielogistikk (27 % mot 6 %) som årsaker. De eldste oppgir oftere enn de yngste at arbeidet er for belastende for en fulltidsstilling (27 % mot 16 %) og helse (21 % mot 8 %). Naturlig nok, oppgir de eldste også i større grad omsorg for eldre familiemedlemmer og det at de tar ut pensjon ved siden av jobben, men dette er blant de minst viktige årsakene til deltid med henholdsvis 5 % og 4 % blant de eldste arbeidstakerne.



Figur 16: Deltid, den viktigste grunnen. Etter alder.

Sammenhengen mellom deltid, kompetanse og ambisjoner

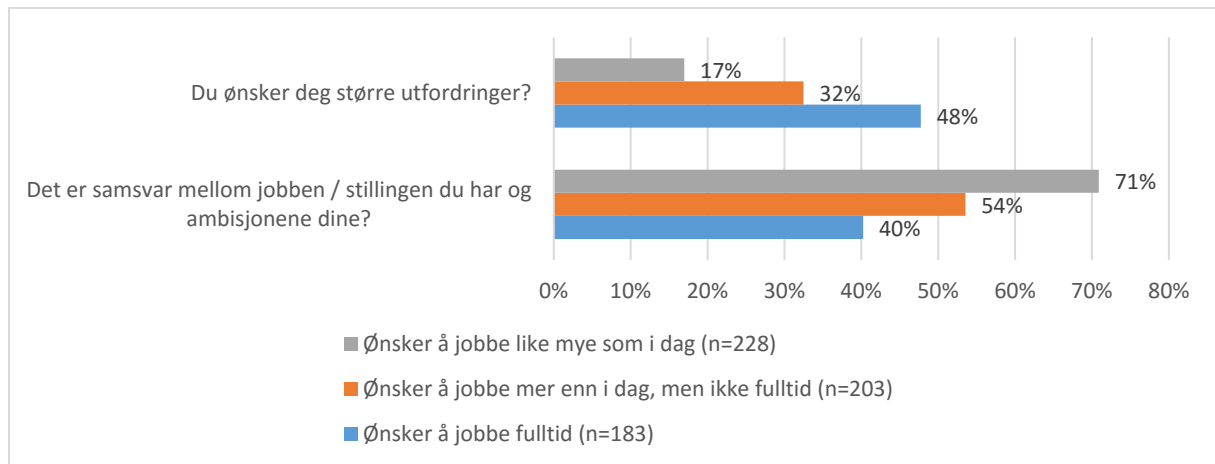
De som jobber deltid svarer sjeldnere at kompetansen deres blir verdsatt på jobb (49 % ofte eller alltid) enn de som jobber heltid (60 % ofte eller alltid). Blant de deltidsansatte er det også forskjeller: De som ønsker å jobbe mer enn de gjør i dag opplever sjeldnere at deres kompetanse blir verdsatt på jobben (42 % ofte eller alltid) enn de som ønsker å beholde sin stillingsprosent (57 % ofte eller alltid).



Figur 17: "Kompetansen din blir verdsatt på jobben?" Andel som svarer ofte eller alltid etter heltid/deltid og frivillig/ufrivillig deltid.

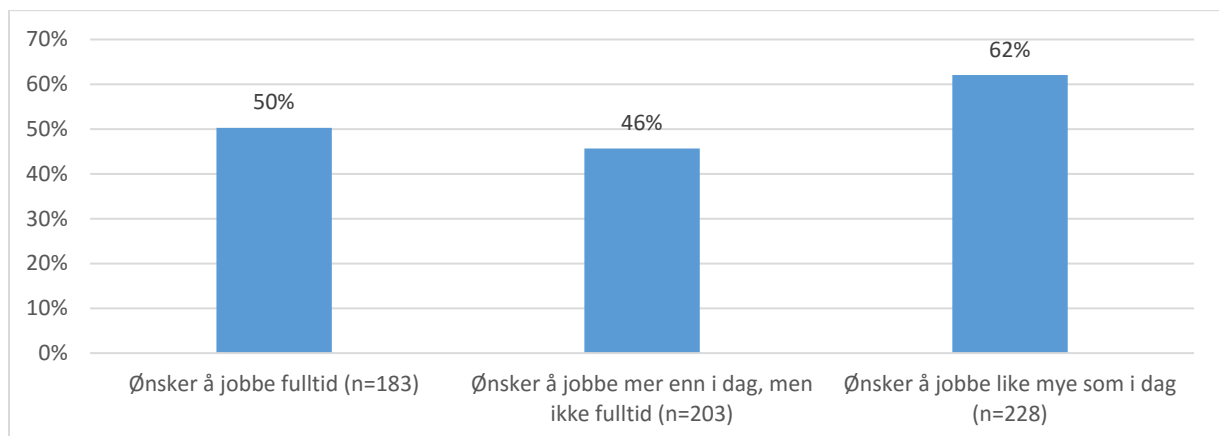
Blant de deltidsansatte er det en sterk sammenheng mellom ønsket om å jobbe mer og ambisjoner. De som ønsker å jobbe fulltid opplever et dårligere samsvar mellom stillingen og egne ambisjoner enn

de som ønsker å jobbe mer, men ikke fulltid. Videre opplever begge disse gruppene et større misforhold enn de som ønsker å jobbe like mye (lite) som de gjør i dag.



Figur 18: Ambisjoner og ønske om lengre arbeidstid blant deltidsansatte. Andel "ofte" eller "alltid".

De deltidsansatte svarer signifikant sjeldnere at arbeidsgiver legger til rette for at de skal utvikle seg faglig (28 % ofte eller alltid) enn de heltidsansatte (36 % ofte eller alltid). Blant de deltidsansatte er det signifikante forskjeller mellom de som ønsker å jobbe like mye som i dag, og de som ønsker å jobbe mer enn i dag når det gjelder opplæring. Blant de som ønsker å jobbe mer opplever 46 % ofte eller alltid at de får tilstrekkelig opplæring på jobb, mens denne andelen er 62 % blant de som ønsker å jobbe like mye som nå.



Figur 19: "Du får tilstrekkelig opplæring til å gjøre en god jobb?" Andel som svarer ofte eller alltid ønsket arbeidstid blant deltidsansatte.

Hovedfunn

- Det er en betydelig andel av utvalget som jobber deltid, og mange av disse ønsker å jobbe mer. Spesielt blant de yngste og blant ansatte med lav ansiennitet er andelen som jobber ufrivillig deltid stor.
- Det er flest deltidsansatte medlemmer blant ansatte i sykehjem/helsehus/ kommunale akutte døgnenheter (KAD), med 60 % deltid blant de som har jobb som hovedgjøremål.
- Det er signifikant forskjell etter alder og ansiennitet. 17 % av de ansatte med mindre enn 5 års ansiennitet har en stillingsprosent på 10-24 %, mot 4 % av de med høyere ansiennitet. På motsatt side av skalaen, er det 38 % av de med en ansiennitet over 5 år som jobber lang deltid med 75 % stilling eller høyere, mens 24 % av de med lavere ansiennitet har lang deltid.
- Den faktiske arbeidstiden er betydelig høyere enn den avtalte, og når man fordeler resultatet etter alder og ansiennitet, forsvinner de signifikante forskjellene mellom undergruppene.
- Yngre ansatte og de med lav ansiennitet har det største misforholdet mellom ønsket og avtalt arbeidstid. 42 % av de deltidsansatte under 45 år ønsker å jobbe heltid. Det samme gjelder de med under 5 års ansiennitet. Under en fjerdedel av disse gruppene ønsker å jobbe like mye som de gjør i dag.
- Rett under halvparten (49 %) av alle deltidsarbeidende oppgir vanskeligheter med å få heltidsjobb eller økt stillingsbrøk som en viktig årsak. Blant de under 45 år er tallet 62 %.
- Deltidsansatte opplever sjeldnere at deres kompetanse blir verdsatt på jobb. Andelen er lavest hos de som sier de ønsker å jobbe mer enn de gjør i dag.
- Det er en sterk sammenheng mellom samsvar mellom jobben og egne ambisjoner og ønsket om å jobbe mer. De som ønsker å jobbe mer opplever oftere at det er et misforhold mellom stillingen og egne ambisjoner, og at de ønsker seg større utfordringer.

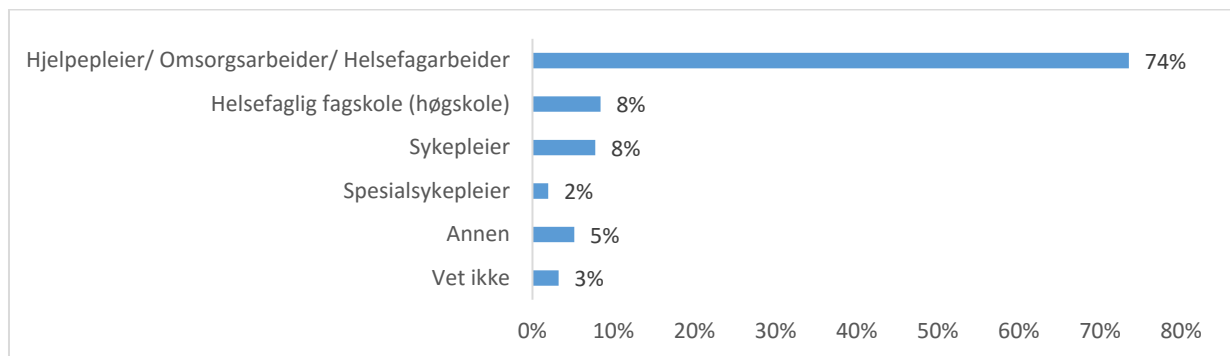
Fra utdanning til yrkesliv

I forrige kapittel så vi at det blant de yngste og ferskeste ansatte var et stort ønske om å få ansettelse i større stillinger. Utfordringer med å få store stillinger ble nevnt som en av hovedgrunnene til at elever i videregående ikke ønsker å ta læretiden for å bli helsefagarbeidere. De andre to hovedgrunnene var hvilke oppgaver som helsefagarbeidere gjør og hvor helsefagarbeidere arbeider (Skålholt mfl. 2013). I dette kapitlet vil vi se på hvordan de som er og de som har vært lærlinger i løpet av de siste 5 årene vurderer sin lærlingetid, samt hvordan de som veileder lærlinger på arbeidsplassene vurderer de ressursene de har tilgjengelig for veiledning. Videre vil vi se på hvordan de yngste helsefagarbeiderne vurderer mulighetene for bruk av sin egen kompetanse i jobben og utviklingsmuligheter på jobben.

Det er viktig å påpeke at vi i denne undersøkelsen kun inkluderer de som er eller har vært lærlinger i løpet av de siste fem år. Antallet lærlinger er 31 (20 %), mens det er 124 medlemmer (80 %) som har vært lærling i løpet av de siste 5 årene. Det vil si at vi har et selektert utvalg av de som har gått over i lære og tatt eller er i ferd med å ta fagbrevet, mens vi ikke inkluderer de som valgte en annen karrierevei. Det er en hovedvekt av faglærte fremfor lærlinger. Dette gir dermed et bilde av hvordan de mest nyutdannede helsefagarbeidere hadde det i lærlingetiden og hvordan de får brukt og utviklet sin kompetanse på jobb.

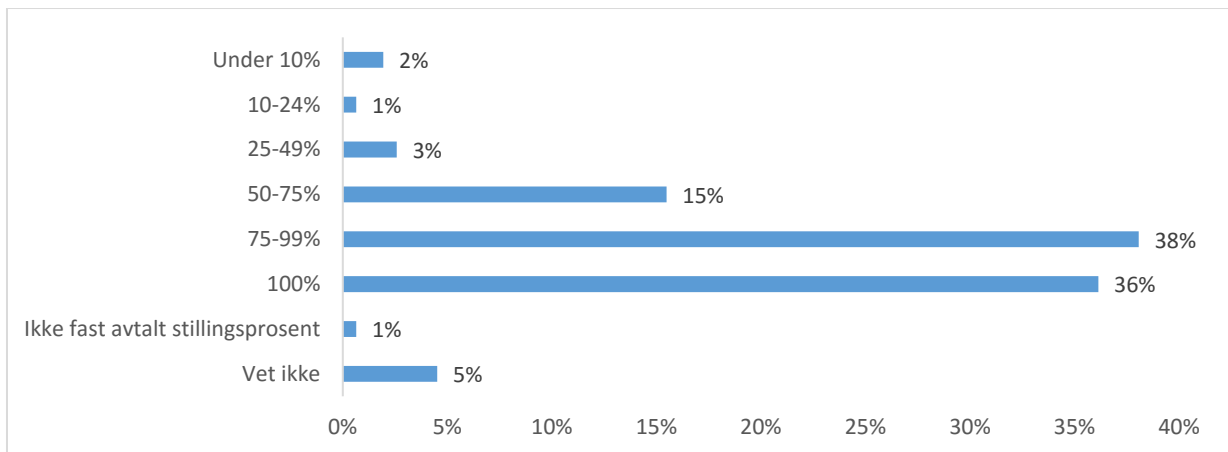
Lærlinger

Her ser vi på de som er eller har vært lærlinger de siste fem årene. Vi ser på veileders utdanningsretning, veileders stillingsprosent, lærlingenes vurderinger av veileders pedagogiske ferdigheter og tiden som er satt av til veiledning.



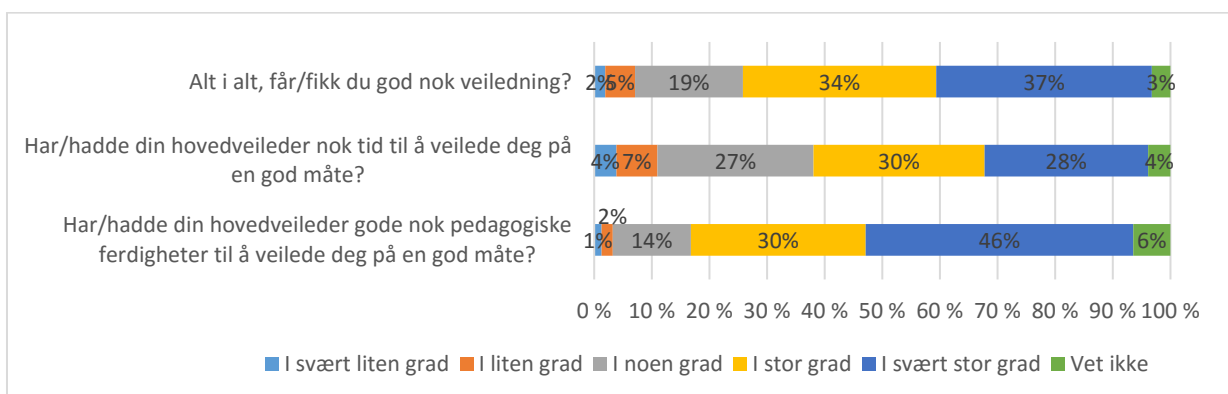
Figur 20: Veileders utdanningsretning. Blant de som er eller har vært lærlinger de siste 5 år (n=155)

De aller fleste (82 %) oppgir at deres hovedveileder har en helsefagarbeiderutdanning eller tilsvarende. Videre er det 10 % som oppgir at hovedveileder har sykepleierutdanning.



Figur 21: Veileders stillingsprosent. Blant de som er eller har vært lærlinger de siste 5 år (n=155)

Omkring tre fjerdedeler av lærlingene oppgir at hovedveileder hadde en stillingsprosent på over 75 %. Samtidig er det litt over en av fem lærlinger som hadde en hovedveileder med en stillingsprosent på under 75 %.

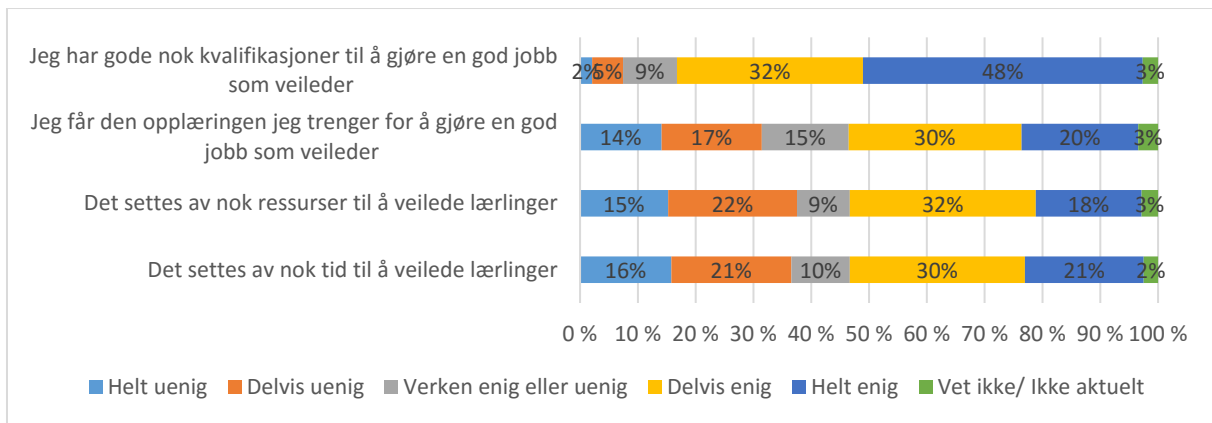


Figur 22: Tilfredshet med veiledningen blant de som er eller har vært lærlinger de siste 5 år (n=155)

De aller fleste (71 %) er i stor eller svært stor grad fornøyd med veiledningen de fikk, alt i alt. 19 % er mer nølende, og sier at de i noen grad er fornøyd. 7 % mener de i liten eller svært liten grad fikk god nok veiledning. De aller fleste (76 %) er også fornøyd med hovedveilederens pedagogiske ferdigheter. Når det gjelder tiden hovedveilederen hadde til å veilede, er lærlingene mindre fornøyd. 38 % rapporterer at hovedveileder i svært liten, liten eller i noen grad hadde nok tid til veiledning. 58 % mener at veilederen i stor eller svært stor grad hadde nok tid til å veilede på en god måte.

Veiledere

Vi har også spurt de som har veiledet lærlinger på sin arbeidsplass om å ta stilling til egne kvalifikasjoner, opplæringen de selv mottar, ressurser og tid satt av til veiledningen.



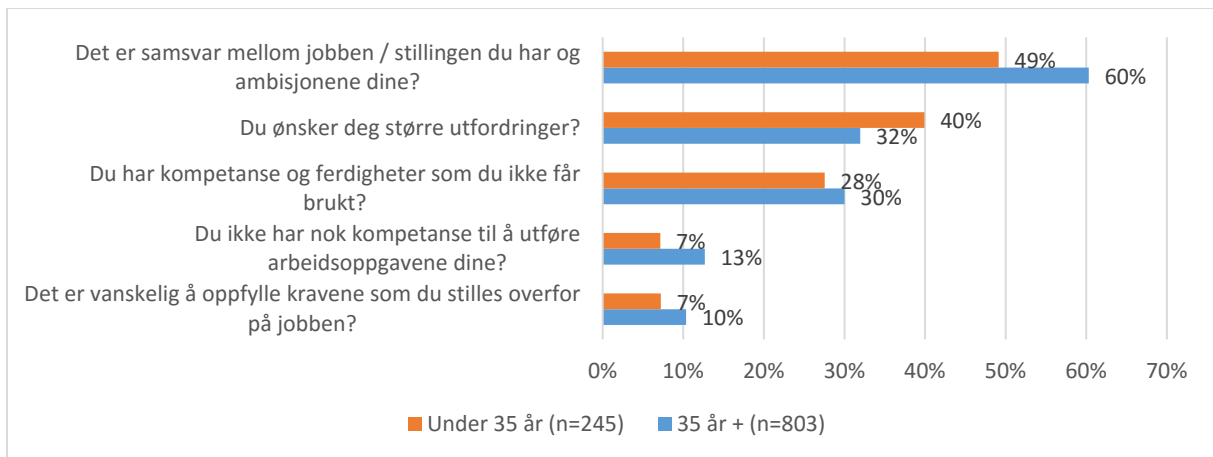
Figur 23: "Ta stilling til følgende påstander om å veilede lærlinger i helsefagarbeid på din nåværende arbeidsplass:". Blant veiledere (n=525)

De fleste veilederne rapporterer naturlig nok at deres egne kvalifikasjoner er gode nok til å gjøre en god jobb. Samtidig er det omkring en av fem som er usikre eller uenige i dette. Omkring halvparten av veilederne er enige i at de får den opplæringen de trenger, den tiden de trenger og de ressursene de trenger til veiledning. Korrelasjonen mellom disse målene er høy (>0,6), noe som betyr at de som får den opplæringen de trenger også får den tiden og de ressursene de trenger i veiledningen. På den annen side, er det også over en tredel som melder om at de ikke får den opplæringen, tiden eller de ressursene de trenger til veiledningen. Når det gjelder tid og ressurser til veiledning er det signifikante forskjeller mellom type arbeidssted: Veiledere som jobber i bolig med bistand rapporterer om mer tid og ressurser til å veilede lærlinger enn veiledere ansatt på sykehjem og i hjemmetjenesten/omsorgsboliger.

Verdsetting av kompetanse blant de yngste

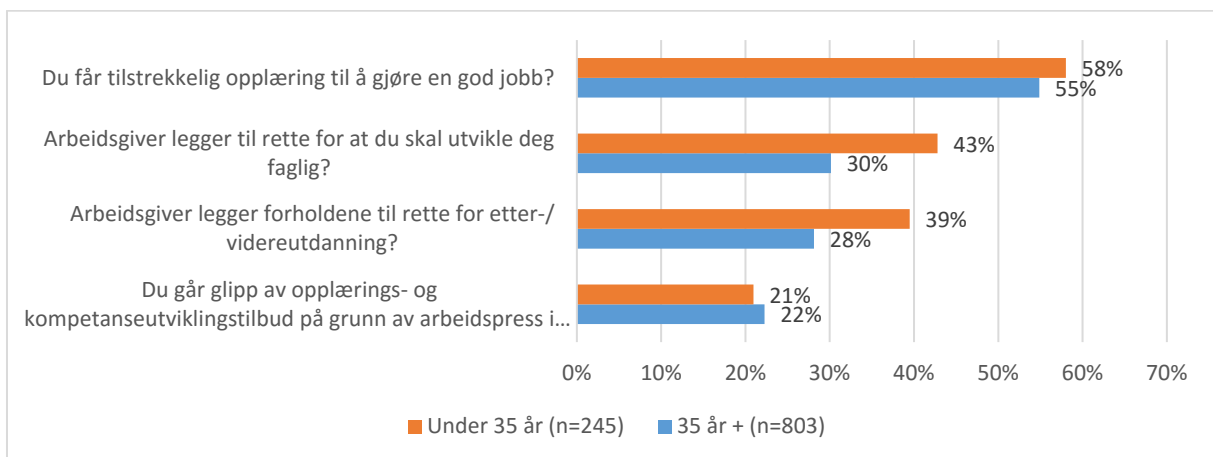
Dersom vi ser nærmere på de yngste medlemmene av Helsefagarbeidere i Delta, kan vi få et innblikk i hvordan de selv oppfatter at deres kunnskaper og ferdigheter og innsats blir verdsatt i jobben. Vi ser her på de som er under 35 år. De utgjør litt under en femtedel av utvalget (n=245).

Det er ingen signifikant forskjell på de yngste ansatte og resten når det gjelder tilfredshet med jobben og hvorvidt innsatsen de gjør og kompetansen deres blir verdsatt på jobben. Når vi ser videre på hvordan de vurderer sine egne kvalifikasjoner og jobben opp mot egne ambisjoner, er det derimot noen forskjeller: Medlemmene under 35 år opplever signifikant sjeldnere at det er samsvar mellom jobben og egne ambisjoner. Kun 49 % av de under 35 år sier seg enige i dette, mot 60 % blant de som er eldre enn 35 år.



Figur 24: Kvalifikasjoner og urealisert potensiale. Hvor ofte opplever du at: Andel som svarer ofte eller alltid fordelt etter alderskategori.

På den annen side, er det signifikant flere av de yngste som rapporterer at arbeidsgiver legger til rette for at de skal utvikle seg faglig og legger forholdene til rette for etter- og videreutdanning (henholdsvis 43 % og 39 % blant de yngste og 30 % og 29 % blant de eldste). Dette kan sannsynligvis forklares med at mange av dem er i nettopp en opplærings situasjon ved at de er lærlinger eller relativt nyansatte, og at de dermed får tilgang til mer opplæring og kurs.



Figur 25: Opplæring, utvikling og videreutdanning. Hvor ofte opplever du at: Andel som svarer ofte eller alltid fordelt etter alderskategori.

Resultatene antyder at de yngste arbeidstakerne opplever det største misforholdet mellom jobben og egne ambisjoner. Samtidig rapporterer de yngste i mindre grad om at de er under- eller overkvalifiserte. De rapporterer også om større muligheter for faglig utvikling på jobb enn de eldre ansatte.

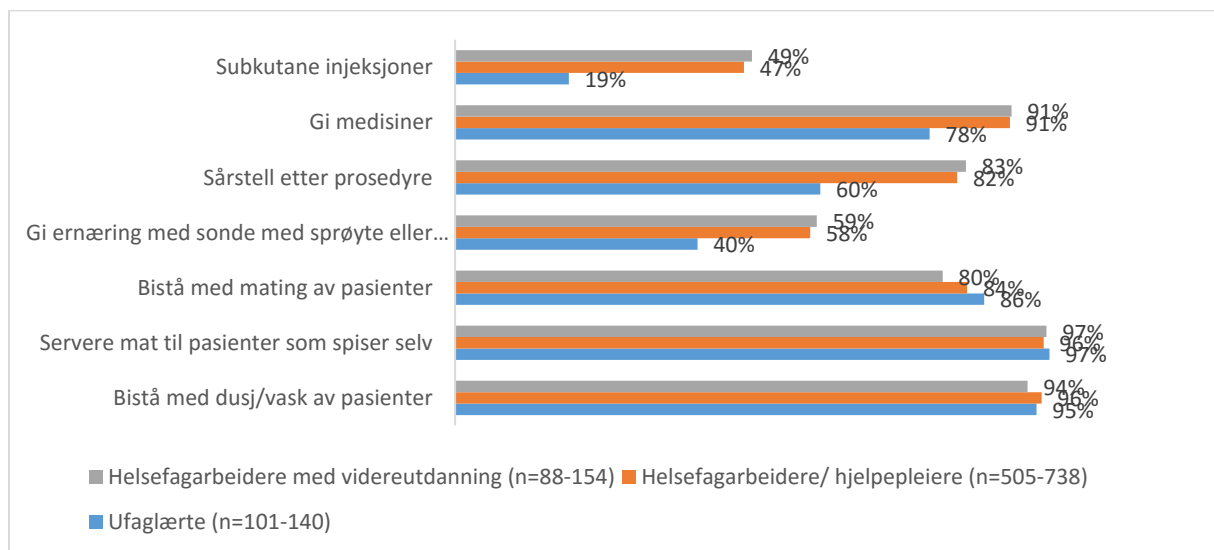
Hovedfunn

- De aller fleste (82 %) har en hovedveileder med helsefagarbeiderutdanning eller tilsvarende.
- Omkring tre fjerdedeler av lærlingene oppgir at hovedveileder hadde en stillingsprosent på over 75 %.
- De aller fleste (71 %) er i stor eller svært stor grad fornøyd med veiledningen de fikk, alt i alt. De aller fleste (76 %) er også fornøyd med hovedveilederens pedagogiske ferdigheter. 58 % mener at veilederen i stor eller svært stor grad hadde nok tid til å veilede på en god måte.
- 80 % av veilederne rapporterer at deres egne kvalifikasjoner er gode nok til å gjøre en god jobb. Omkring halvparten av veilederne er enige i at de får den opplæringen de trenger, den tiden de trenger og de ressursene de trenger for å gi god veiledning.
- Medlemmene under 35 år opplever signifikant sjeldnere at det er samsvar mellom jobben og egne ambisjoner. Kun 49 % av de under 35 år sier seg enige i dette, mot 60 % blant de som er eldre enn 35 år.

Fordeling av arbeidsoppgaver

Fordelingen av arbeidsoppgaver mellom ulike grupper av ansatte sier noe om hvordan deres kompetanse blir brukt og anerkjent på arbeidsplassen. Som KS skriver i sin definisjon av kompetanse, er kompetanse noe som «får verdi gjennom å bli brukt»⁵. Tidligere forskning på helsefagarbeidere har vist at et opplevd misforhold mellom hva helsefagarbeidere lærer i utdanningen og hvilke oppgaver de opplever å få gjøre i praksis på arbeidsplassene har betydning for at flere av elevene i videregående skole velger å ta studiespesialisering heller enn å gå ut i lære og ta fagbrev som helsefagarbeider (Skålholt mfl. 2013).

I helsepersonelloven (1999, § 5) er det slått fast at helsepersonell kan delegeres utførelsen av oppgaver såfremt det er forsvarlig, personellet er kvalifisert og de kan gi oppfølging. Det er likevel det kvalifiserte helsepersonellet som har ansvaret for oppgaven. Haukelien mfl. (2015) fant at en konsekvens av samhandlingsreformen var at sykepleiere delegerte flere oppgaver til både helsefagarbeidere og ufaglærte. Oppgavedelegeringen kan oppleves positiv for disse arbeidstakerne fordi de i større grad får utføre oppgaver av medisinsk art, som sårstell og å gi medisiner. Dette er oppgaver som de syns er spennende og som de er kvalifiserte til å utføre gitt at de får nok opplæring og oppfølging. Samtidig kan oppgavedelegeringen være negativ dersom helsefagarbeiderne og de ufaglærte får oppgaver som de ikke føler seg kvalifisert til og hvis de ikke får nok opplæring og veiledning i arbeidet.

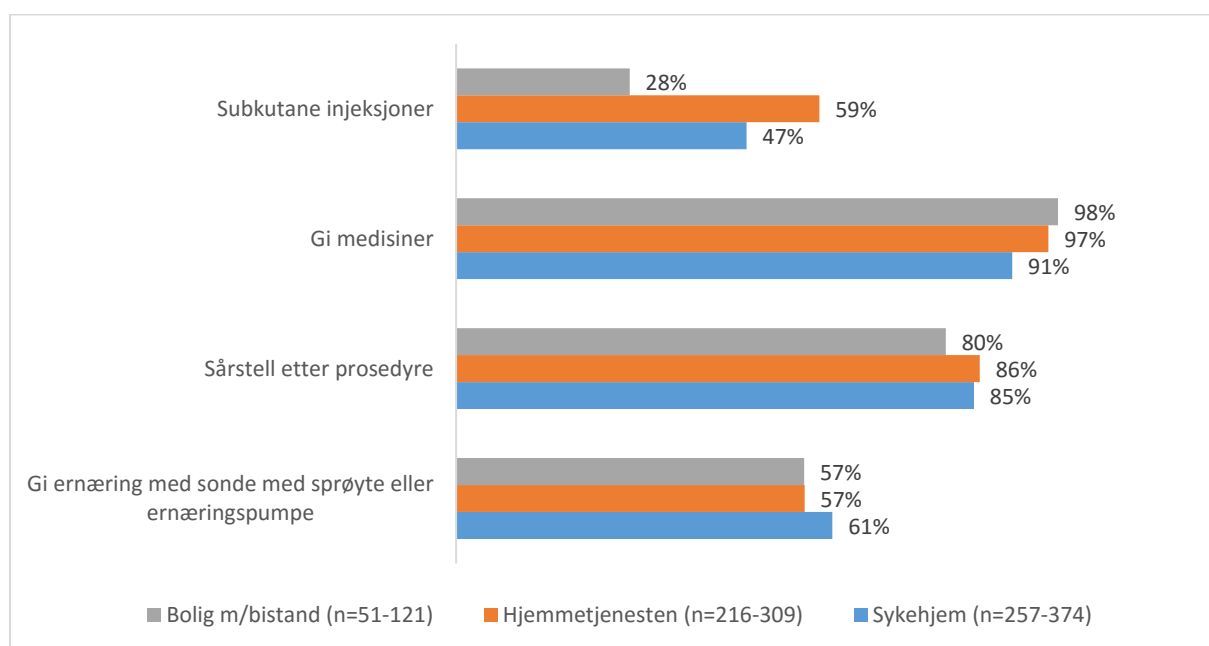


Figur 26: Andel som utfører hver type oppgave blant ansatte på arbeidsplasser hvor oppgaven utføres. Fordelt på stilling

Hvilke oppgaver som utføres av helsefagarbeidere i stillinger med og uten krav til videreutdanning er stort sett overlappende, og det er ingen signifikante forskjeller i hvilke oppgaver helsefagarbeidere i stillinger med og uten krav til videreutdanning gjør. Det er også et overlapp mellom hva ufaglærte og faglærte gjør når det gjelder omsorgsoppgaver som servering av mat (96 %-97 %), bistand med mating

⁵ <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/rekruttering-og-kompetanse1/samlemappe-for-verktoy/steg-4.-hva-er-kompetanse/>

(80 %-86 %) og bistand med dusjing/vasking (94 %-96 %). Nesten alle ansatte i de tre kategoriene gjør disse oppgavene. Når det kommer til de mer medisinske oppgavene som sårstell, å gi ernæring med sprøyte eller ernæringspumpe og subkutane injeksjoner, er forskjellen større mellom faglærte og ufaglærte. 47 % og 49 % av de faglærte helsefagarbeiderne gir subkutane injeksjoner, mot 19 % av ansatte i ufaglærte stillinger. 58-59 % av de faglærte gir ernæring med sonde, mot 40 % av de ufaglærte. Sårstell etter prosedyre gjøres av 82-83 % av de faglærte, og 60 % av de ufaglærte. Det er en mindre forskjell på hvem som gir medisiner, noe selv 78 % av ansatte i ufaglærte stillinger gjør, og 91 % av de faglærte helsefagarbeiderne. Det er verdt å merke seg at selv om det er forskjeller på andelen av de ufaglærte og de faglærte gjør, så er det fortsatt et stort overlapp i oppgavene til disse arbeidstakergruppene.



Figur 27: Andel helsefagarbeidere som utfører hver type oppgave blant ansatte på arbeidsplasser hvor oppgaven utføres. Fordelt på type arbeidsplass.

Når vi ser nærmere på faglærte helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som jobber på ulike typer arbeidsplasser, er det flere forskjeller i hvilke oppgaver de gjør. Vi har her ikke inkludert de respondentene som sier at oppgavene ikke utføres på deres arbeidsplass. Helsefagarbeidere i hjemmetjenesten og i bolig med bistand gir oftere medisiner til brukerne enn det helsefagarbeidere på sykehjem gjør. Helsefagarbeidere i hjemmetjenesten gir betydelig oftere subkutane injeksjoner enn helsefagarbeidere på sykehjem, og disse gir igjen oftere subkutane injeksjoner enn helsefagarbeidere i bolig med bistand. Det er ikke signifikante forskjeller på hvem som gjør sårstell eller gir ernæring med sprøyte eller pumpe. Det samme bildet tegner seg når vi ser på hvem som gjør de ulike oppgavene på dagtid.

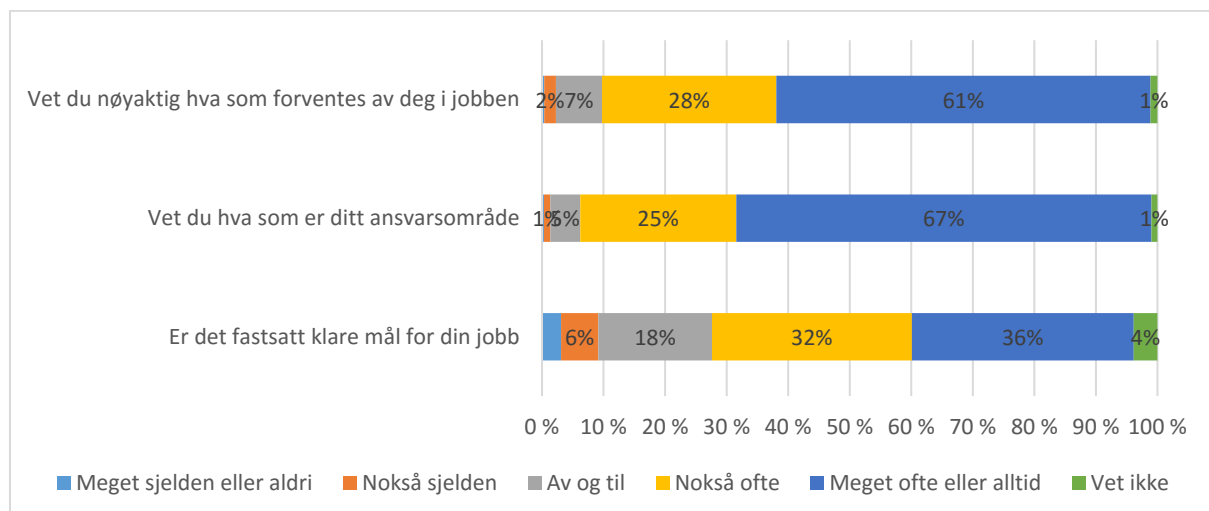
Både deltakerne i fokusgruppen og respondentene i undersøkelsen har beskrevet at hvilke oppgaver de får gjøre, avhenger av når på døgnet de er på jobb, hvilke andre yrkesgrupper som er på jobb, og også hvilke enkeltpersoner de jobber med. Generelt forklarer flere at hvis det er sykepleiere på jobb,

får de ikke gjøre de mest medisinske oppgavene, som sårstell eller injeksjoner. Samtidig forklarer andre at det er personavhengig: hvilke oppgaver de får gjøre avhenger av *hvilken* sykepleier som er på vakt. Når på døgnet de er på jobb har også betydning for hvilke oppgaver de gjør. En av fokusgruppedeltakerne forklarte at når hun har ansvaret på nattevakt, kunne hun ringe til en sykepleier og få tillatelse til å hente ut og gi sterke medisiner, mens hun på dagtid ikke får lov til å gå inn i medisinerrommet. Forskjeller mellom avdelinger i samme kommune og samme bygg var også et tema i fokusgruppen. Mens assistenter i omsorgsboligen i første etasje av helsehuset kunne gi medisiner, kunne ikke assistenter gjøre dette når de var på vakt på sykehjemsavdelingen i fjerde etasje.

Denne variasjonen i hvilke oppgaver både helsefagarbeidere og ufaglærte vurderes som kvalifiserte til å utføre fra dag til dag, vakt til vakt og avdeling til avdeling oppleves både irriterende og frustrerende. Det handler både om at helsefagarbeiderne ikke får lov til å gjøre oppgaver som de er kvalifiserte for, men også om at tidspress og for lav bemanning noen ganger fører til at de må gjøre oppgaver og ta ansvar som de ikke opplever seg som kvalifiserte for. Dette kommer vi tilbake til i neste seksjon om ledelse og rolleklarhet.

Rolleklarhet

Mye av den frustrasjonen som helsefagarbeiderne opplever kan ha sammenheng med opplevelsen av uklare rolleforventninger. Henholdsvis 61 % og 67 % av medlemmene rapporterer at de meget ofte eller alltid vet nøyaktig hva som forventes av dem i jobben og at de vet hva som er sitt ansvarsområde. Ser man motsatt på det, er det altså omkring en tredjedel av medlemmene som av og til er usikre på hva som forventes av dem i jobben og hva som er deres ansvarsområde. Enda færre har fastsatt klare mål for jobben.



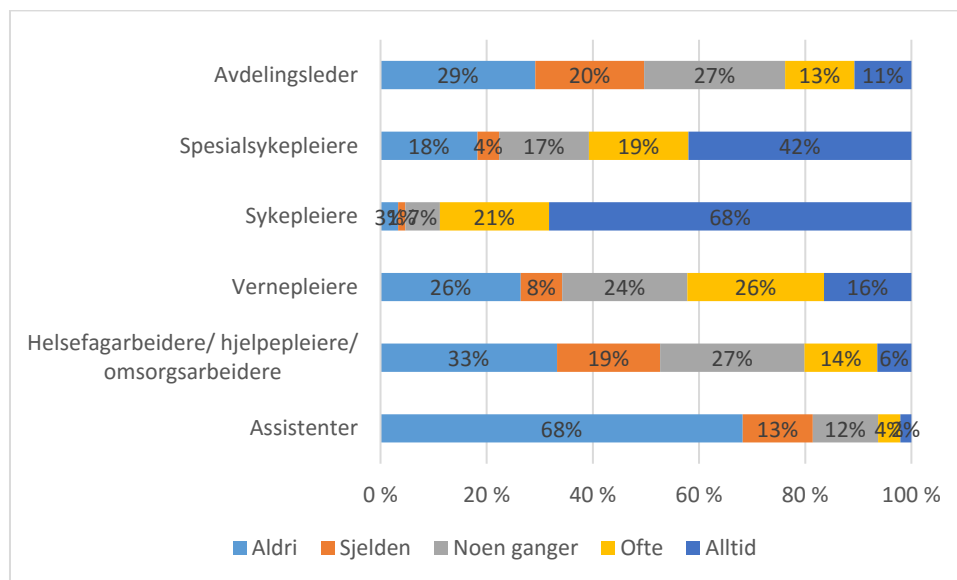
Figur 28: Rolleklarhet. «Hvor ofte...». Alle (n=1321)

Mangel på klare mål for jobben er forøvrig ikke nødvendigvis negativt i denne sektoren, hvor man primært arbeider med omsorg for og pleie av mennesker. En av deltakerne i fokusgruppen fortalte om

et nytt prosjekt som er i gang på deres arbeidsplass. De ansatte i hjemmetjenesten får et antall minutter for hver oppgave de skal gjøre hjemme hos en bruker. Målet med tiltaket er å spare tid slik at antallet brukere som hver ansatt skal innom i løpet av en dag kan økes. De ansatte følte at tiltaket kunne oppleves som litt meningsløst, fordi at enkelte av ansvarerne man har som helsefagarbeider, som for eksempel å observere brukerens tilstand, ikke kan måles i antall minutter og heller ikke kan gjennomføres i løpet av et besøk på kun noen få minutter.

Legevisitten

Deltakerne i fokusgruppen fortalte at de synes det var rart at ikke helsefagarbeiderne i større grad ble inkludert under legevisitten. De rapporterte om en opplevelse av at på tross av at de var mest sammen med pasientene, så ble de utestengt (fysisk, ved at døra ble lukket igjen med dem på utsiden av pasientrommet) når legen gikk vititt. Da var det alltid sykepleiere som hadde ansvaret for å samtale med legen, gjerne basert på skriftlig rapportering fra helsefagarbeiderne.



Figur 29: "Hvem er tilstede under legevisitter på din avdeling?". "Vet ikke" er utelatt fra totalen. (n=586-824)

Figuren over bekrefter det som ble nevnt i fokusgruppen: Sykepleiere og spesialsykepleiere rapporteres ofte og alltid å være tilstede under legevisitter på avdelingen, mens ufaglærte assistenter i de fleste avdelinger aldri er tilstede. Helsefagarbeidere rapporteres i over halvparten av tilfellene å aldri eller sjelden være tilstede, mens en fjerdedel sier at de «noen ganger» er tilstede under legevisitter. En femtedel rapporterer at helsefagarbeiderne ofte eller alltid er tilstede på legevisitter.

Her er det store forskjeller når vi ser på hvor helsefagarbeiderne er ansatt. Blant de som ikke har svart «vet ikke» rapporterer 71 % av helsefagarbeiderne på sykehjem at de sjelden eller aldri er med på legevisitter, 21 % at de noen ganger og 8 % at de ofte eller alltid er med på legevisitter. Blant helsefagarbeidere i hjemmetjenesten og omsorgsboliger er det 38 % som rapporterer at de sjelden eller aldri

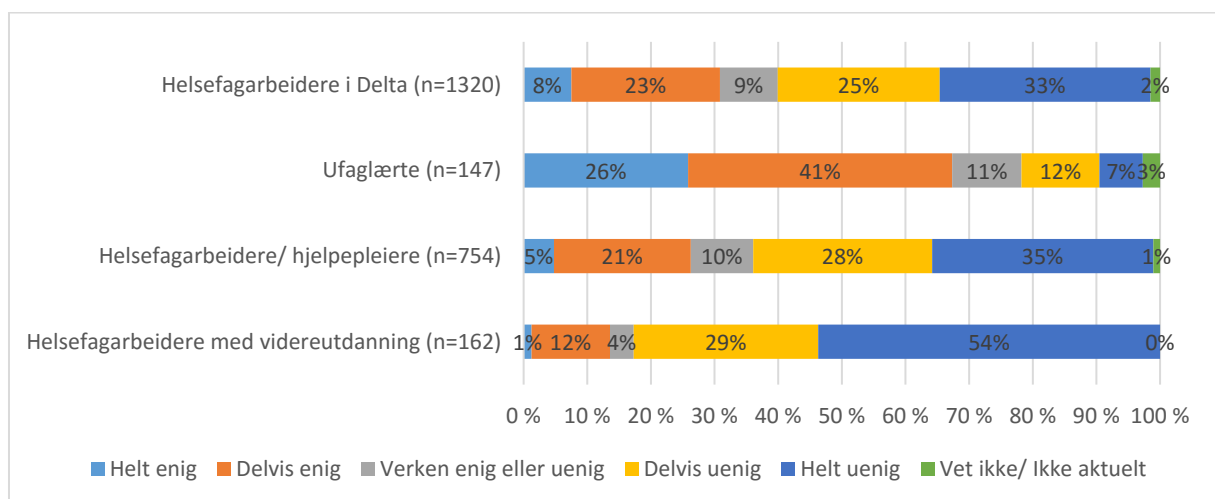
er tilstede under legekonsultasjoner, mens 34 % noen ganger og 28 % ofte eller alltid er tilstede. Arbeidet er ikke organisert på samme måte i sykehjem som i hjemmesykepleien. Ansatte i hjemmesykepleien sikter trolig til konsultasjoner og telefonsamtaler med fastlegen når de svarer på spørsmålet.

Helsefagarbeidere og ufaglærtes holdninger til egen yrkesgruppe

Resultatene over kan tolkes som at det er en gradforskjell, men ikke en absolutt forskjell i hvilke oppgaver faglærte og ufaglærte ansatte gjør under kontroll og tilsyn av sykepleiere eller annet medisinsk personell. Ufaglærte gjør mange av de samme oppgavene som helsefagarbeidere, og forskjellen er spesielt liten når det gjelder sårstell og det å gi medisiner. Mange av de ufaglærte har høy realkompetanse etter å ha jobbet på samme sted i mange år. I dette utvalget har 47 % av ansatte i ufaglærte stillinger jobbet på samme arbeidsplass i mer enn 5 år.

Blant faglærte helsefagarbeidere er andelen med en ansiennitet over 5 år enda høyere (68 %). I tillegg har de et fagbrev, og dermed en formell kompetanse som skulle skille dem fra ufaglærte som arbeidskraft. Derfor er det interessant å få vite hvorvidt helsefagarbeidere oppfatter at de kan gjøre andre oppgaver enn det ufaglærte kan.

Blant alle medlemmer av Helsefagarbeidere i Delta er det litt under en tredjedel (31 %) som sier seg helt eller delvis enig i at ufaglærte kan utføre de samme oppgavene som helsefagarbeidere. 58 % sier seg helt eller delvis uenige i denne påstanden. Her er det store forskjeller mellom ansatte i ulike stillingskategorier. Mens ansatte i ufaglærte stillinger er mye mer enige (67 % helt eller delvis enig) i at ufaglærte kan gjøre de samme arbeidsoppgavene som helsefagarbeidere, er ansatte i helsefagarbeiderstillinger i større grad uenige (63 % helt eller delvis uenig). Ansatte i stillinger med videreutdanning er mest uenige (83 % helt eller delvis uenig).



Figur 30: "Ufaglærte kan utføre de samme oppgavene som helsefagarbeidere". Alle medlemmer og fordelt etter stilling.

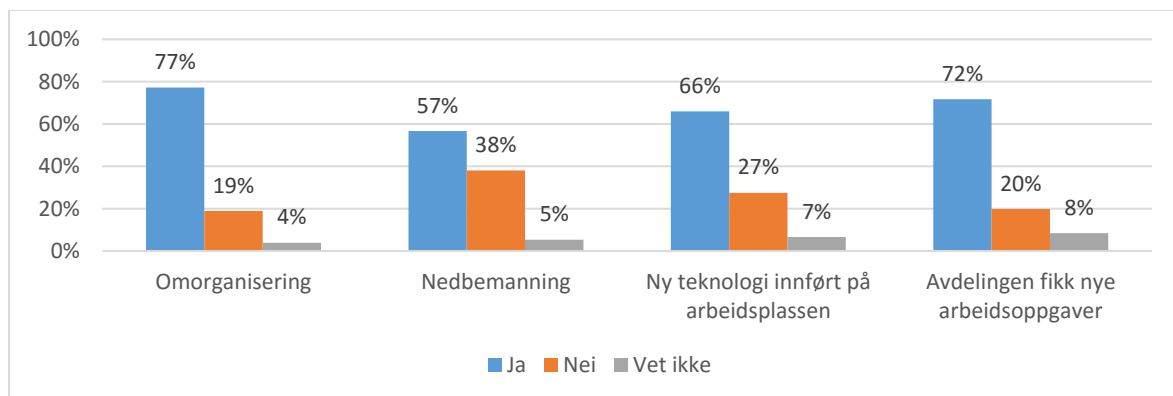
Hovedfunn

- Det er forskjeller i hvilke medisinske oppgaver (sårstell, medisiner, injeksjoner, mating med sonde) oppgaver faglærte og ufaglærte ansatte gjør, men det er ikke forskjeller mellom helsefagarbeidere med og uten etterutdanning.
- Flere av helsefagarbeiderne som jobber i hjemmetjenesten og i bolig med bistand gir subkutane injeksjoner og medisiner enn de som jobber på sykehjem.
- Sykepleiere og spesialsykepleiere rapporteres ofte og alltid å være tilstede under legevisitter på avdelingen, mens ufaglærte assistenter i de fleste avdelinger aldri er tilstede. Helsefagarbeidere rapporteres i over halvparten av tilfellene å aldri eller sjelden være tilstede. Her er det også ansatte i hjemmetjenesten og bolig med bistand oftere tilstede enn ansatte på sykehjem.
- Hvilke oppgaver som helsefagarbeidere og ufaglærte får gjøre oppleves ofte som vilkårlig. Dette avhenger av bemanning, tid på døgnet og den enkelte leder eller sykepleier som er på vakt.
- Både mangel på spennende medisinske oppgaver og for kompliserte oppgaver uten nok veiledning kan oppleves som frustrerende.
- Ufaglærte mener, ikke overraskende, ofte (67 %) at de kan gjøre de samme oppgavene som helsefagarbeidere. Helsefagarbeidere er sjeldnere enige i dette (26 %), og minst enige er helsefagarbeidere med videreutdanning (13 %).

Endringer i organisering og arbeidet de siste 5 årene

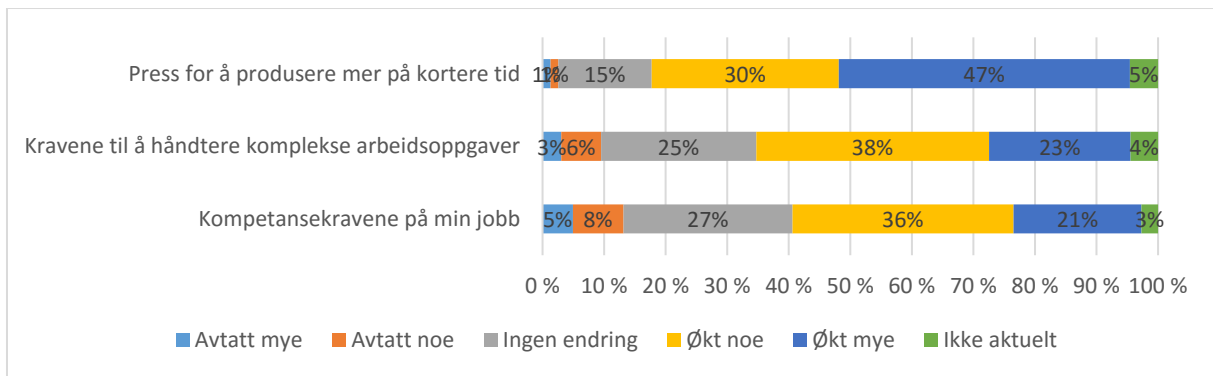
Samhandlingsreformen som ble innført fra 1. januar 2012 overførte noe av ansvaret for pasienter fra sykehusene til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som beskrevet i innledningen. Reformen krevde i de fleste tilfeller en omorganisering av de kommunale tjenestene, og det er sannsynlig at den også har hatt en påvirkning på de ansattes bruk av sine kunnskaper og ferdigheter i jobben. I dette kapittelet ser vi på de som har jobbet 5 år eller lenger på samme arbeidsplass. Vi har bedt disse arbeidstakerne krysse av for hvilke organisatoriske endringer som har skjedd på deres arbeidsplass i løpet av de siste 5 årene og hvorvidt deres arbeid og bruk av kompetanse har endret seg.

Figuren under beskriver hvilke endringer arbeidstakerne har opplevd på sin arbeidsplass i løpet av de siste fem årene. Hovedbildet er at mye har skjedd, noe som stemmer godt med graden av omorganisering i helse- og omsorgssektoren i de siste årene. Godt over tre av fire medlemmer rapporterer om omorganiseringer på egen arbeidsplass i løpet av de siste 5 årene. Kun en av fem svarer at det ikke har vært omorganiseringer. Godt over halvparten (57 %) har opplevd nedbemanning. To av tre (66 %) har opplevd at ny teknologi innføres på arbeidsplassen, mens nesten tre av fire (72 %) melder om at avdelingen har fått nye arbeidsoppgaver.



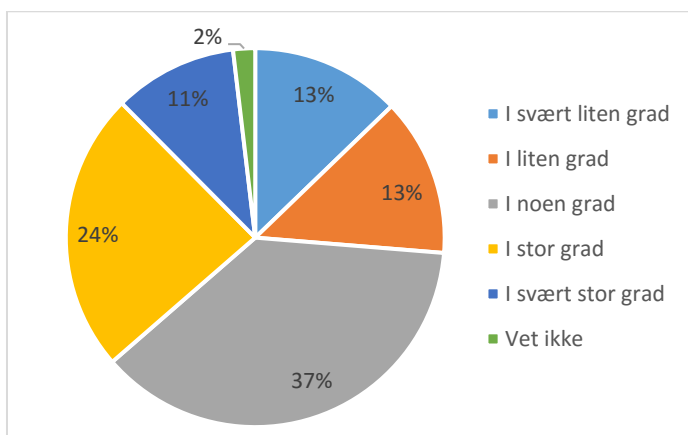
Figur 31: Organisatoriske endringer på arbeidsplassen de siste 5 år. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852)

Hele 77 % av arbeidstakerne melder om at presset for å produsere mer på kortere tid har økt noe eller mye i forhold til for 5 år siden. Videre melder 61 % om at kravene til å håndtere komplekse arbeidsoppgaver har økt. 57 % melder om at kompetansekravene i deres egen jobb har økt noe eller mye sammenlignet med for fem år siden.



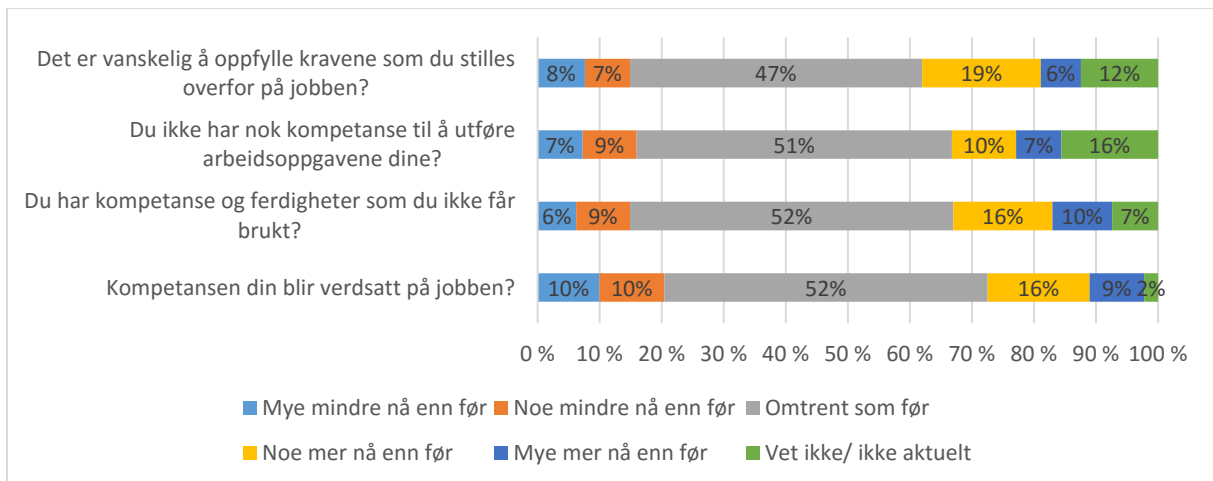
Figur 32: Utviklingen på arbeidsplassen de siste 5 årene. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852)

Det er litt over en tredjedel av utvalget (35 %) som melder om at de i stor eller svært stor grad gjør andre arbeidsoppgaver på jobben i dag enn for 5 år siden. Omtrent like mange (37 %) sier at de i noen grad gjør andre arbeidsoppgaver, mens 26 % rapporterer at de stort sett gjør det samme.



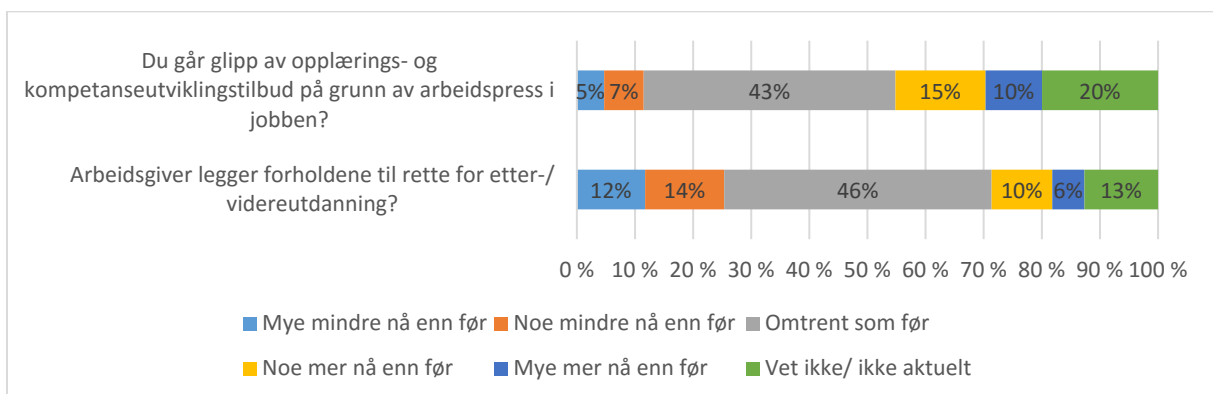
Figur 33: I hvilken grad utfører du andre oppgaver på jobben i dag enn for 5 år siden? Ansatte på samme arbeidsplass i fem år eller mer (n=852)

Når det gjelder endringene i bruk av egen kompetanse viser resultatene en større stabilitet. Omkring halvparten av utvalget svarer at de får brukt sine av kvalifikasjoner er omtrent som før. Det er omtrent like mange som sier at de ikke har nok kompetanse (17 %), som at de har nok kompetanse (16 %) til å utføre arbeidsoppgavene sine. Likevel er det en slagside mot at flere sier at de mer enn før syns det er vanskelig å oppfylle kravene de stilles ovenfor på jobben (25 %, mot 15 % som syns det er mindre vanskelig). Samtidig er det også flere som sier at de mer nå enn før har kompetanse og ferdigheter som de ikke får brukt (26 %, mot 15 % som mener dette mindre enn før). Når det gjelder verdsetting av kompetanse, er det ganske jevnt, med 52 % som sier at dette er omtrent som før, mens 25 % syns kompetansen blir verdsatt mer nå enn før, og 20 % syns kompetansen blir verdsatt mindre nå enn før.



Figur 34: Endringer i bruk av kompetanse de siste 5 årene. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852)

Det er flere som melder om at arbeidsgiver legger mindre til rette for etter- og videreutdanning nå enn før (26 % mot 16 % mer nå enn før) og flere som melder om at de går glipp av opplærings- og kompetanseutviklingstilbud på grunn av arbeidspress mer nå enn før (26 % mot 12 % mindre enn før).



Figur 35: Endringer i etter- og videreutdanning de siste 5 årene. Arbeidstakere som har jobbet 5 år eller mer på samme arbeidsplass (n=852)

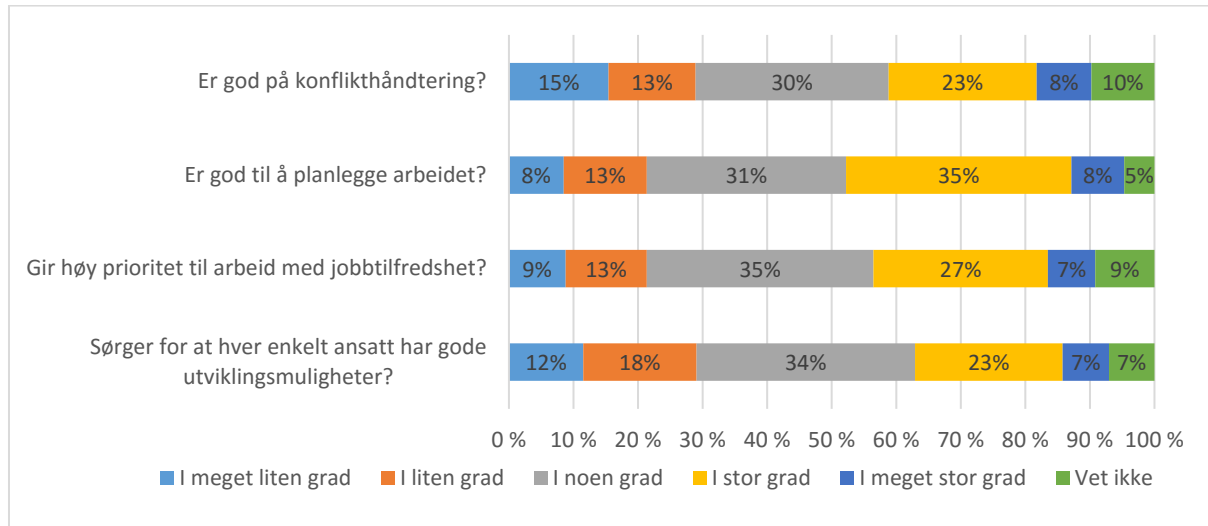
Samlet korresponderer funnene med et generelt inntrykk av økt arbeids- og tidspress kombinert med økonomiske nedskjæringer de siste fem årene. Mangel på ressurser var også et tema i fokusgruppen. Flere opplevde at innsparing fra kommunens side gjorde at helsefagarbeidere fikk nye oppgaver som de i utgangspunktet hverken er kvalifiserte for eller har interesse for. I ett tilfelle ble aktivtøren sagt opp for å spare penger, og oppgavene gikk da på omgang mellom de gjenværende ansatte. En annen deltaker forteller om en hverdag hvor de mottar sykere pasienter enn før, og at han føler at kompliserte oppgaver kastes på de ansatte uten at de får nok opplæring. Det fører til usikkerhet i utøvelsen av arbeidet.

Hovedfunn

- Godt over tre av fire medlemmer rapporterer om omorganiseringer på egen arbeidsplass i løpet av de siste 5 årene. Kun en av fem svarer at det ikke har vært omorganiseringer. Godt over halvparten (57 %) har opplevd nedbemanning. To av tre (66 %) har opplevd at ny teknologi innføres på arbeidsplassen, mens 72 % melder om at avdelingen har fått nye arbeidsoppgaver.
- Hele 77 % av arbeidstakerne melder om at presset for å produsere mer på kortere tid har økt noe eller mye i forhold til for 5 år siden. Videre melder 61 % om at kravene til å håndtere komplekse arbeidsoppgaver har økt. 57 % melder om at kompetansekravene i deres egen jobb har økt noe eller mye sammenlignet med for fem år siden.
- Flere sier at de mer enn før synes det er vanskelig å oppfylle kravene de stilles ovenfor på jobben (25 %, mot 15 % som synes det er mindre vanskelig). Samtidig er det også flere som sier at de mer nå enn før har kompetanse og ferdigheter som de ikke får brukt (26 %, mot 15 % som mener dette mindre enn før).
- Flere melder om at arbeidsgiver legger mindre til rette for etter- og videreutdanning nå enn før (26 % mot 16 % mer nå enn før) og flere melder om at de går glipp av opplærings- og kompetanseutviklingstilbud på grunn av arbeidspress mer nå enn før (26 % mot 12 % mindre enn før).

Ledelse

Når det gjelder ledelse, rapporterer 31 % av medlemmene at nærmeste leder i stor eller meget stor grad er god på konflikthåndtering. 43 % rapporterer at nærmeste leder i stor eller meget stor grad er god til å planlegge arbeidet, mens 34 % rapporterer at lederen gir høy prioritet til arbeid med jobbtilfredshet. Videre er det kun 30 % av Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer som rapporterer at nærmeste leder sørger for at hver enkelt har gode utviklingsmuligheter.



Figur 36: Vurderinger av ledelse. «I hvilken grad vil du si at din nærmeste leder...». Alle (n=1321)

Et annet aspekt ved ledelse som ble tatt opp i fokusgruppen er lederens synlighet og tilgjengelighet for de ansatte. Flere av deltakerne fortalte at avdelingslederens kontor var flyttet ut av avdelingen og samlokalisert med andre ledere. De ansatte møtte dermed sjelden sin nærmeste leder, noe som tæret på. På en annen arbeidsplass i hjemmetjenesten var det motsatt: selv om de ansatte jobbet mer selvstendig i løpet av dagen møtte de lederen sin til lunsj daglig. I denne avdelingen fungerte samarbeidet mellom ansatte og lederen godt.

Figuren under viser sammenhengen mellom medlemmenes opplevelse av at deres kompetanse blir verdsatt på jobben og aspektene ved ledelse og rolleklarhet som ble behandlet i forrige kapittel, målt ved bivariate korrelasjoner. Korrelasjonskoeffisienten Pearsons r varierer fra -1 til +1, hvor 0 betyr at det ikke er noen sammenheng mellom de to variablene som er målt. I samfunnsvitenskapen kan man si at en korrelasjonskoeffisient på 0,5 må regnes som en sterk sammenheng, mens en koeffisient på 0,3 regnes som en middels sterk sammenheng.

Med en korrelasjonskoeffisient på 0,48 er det at lederen sørger for at hver enkelt ansatt har gode utviklingsmuligheter den variabelen som har størst sammenheng med det å føle at kompetansen er verdsatt på jobben. At lederen prioriterer arbeid med jobbtilfredshet har omtrent like sterk sammenheng. Nærmeste leders evne til konflikthåndtering, til å planlegge arbeidet og det at det er fastsatt klare mål for jobben henger også sammen med opplevelsen av at kompetansen man har verdsettes på jobben. Videre er det å vite nøyaktig hva som forventes i jobben og hva som er ens ansvarsområde to

aspekter som også har sammenheng med opplevd verdsetting av kompetanse, men disse sammenhengene er litt svakere enn de andre.



Figur 37: Sammenhengen mellom «kompetansen verdsatt på jobben», rolleklarhet og ledelse. Bivariate korrelasjoner (Pearsons r). Alle (N>=1166)

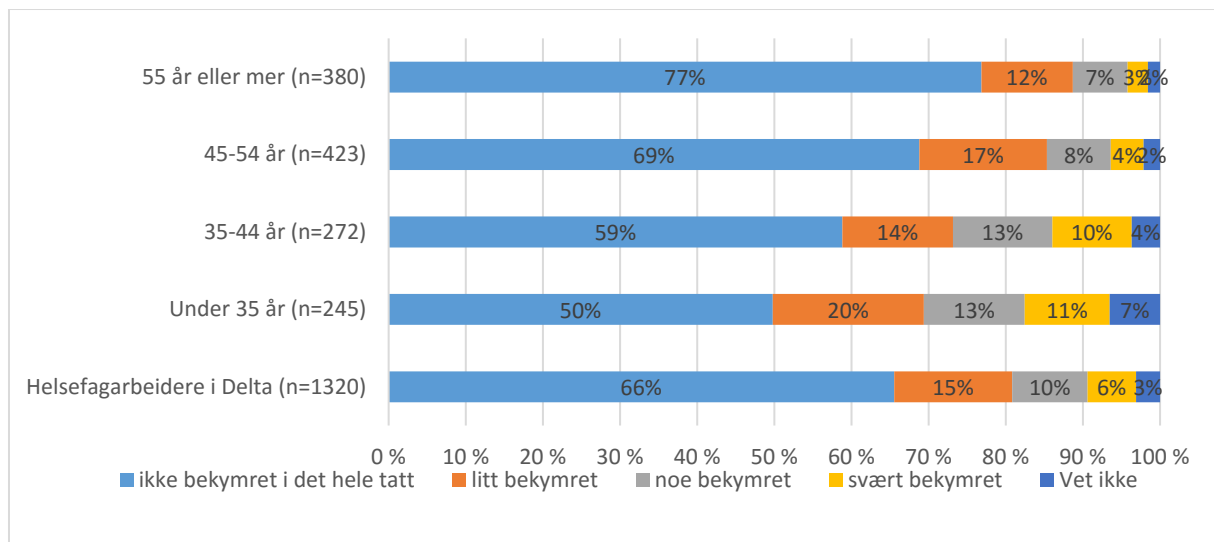
Oppsummert, kan vi si at det er ledelse som har sterkest sammenheng med opplevelsen av at ens kompetanse blir verdsatt på jobben. Det at lederen sørger for at hver enkelt ansatt har gode utviklingsmuligheter på jobben er både den viktigste faktoren vi har målt, og den faktoren som medlemmene vurderer som dårligst. Kun 30 % opplever at deres leder i stor eller meget stor grad sørger for gode utviklingsmuligheter for hver enkelt. Utvikling og bruk av kompetansen til de ansatte er et område med stort potensiale for lederutvikling blant arbeidsgiverne.

Fremtiden i yrket

Jobbsikkerhet

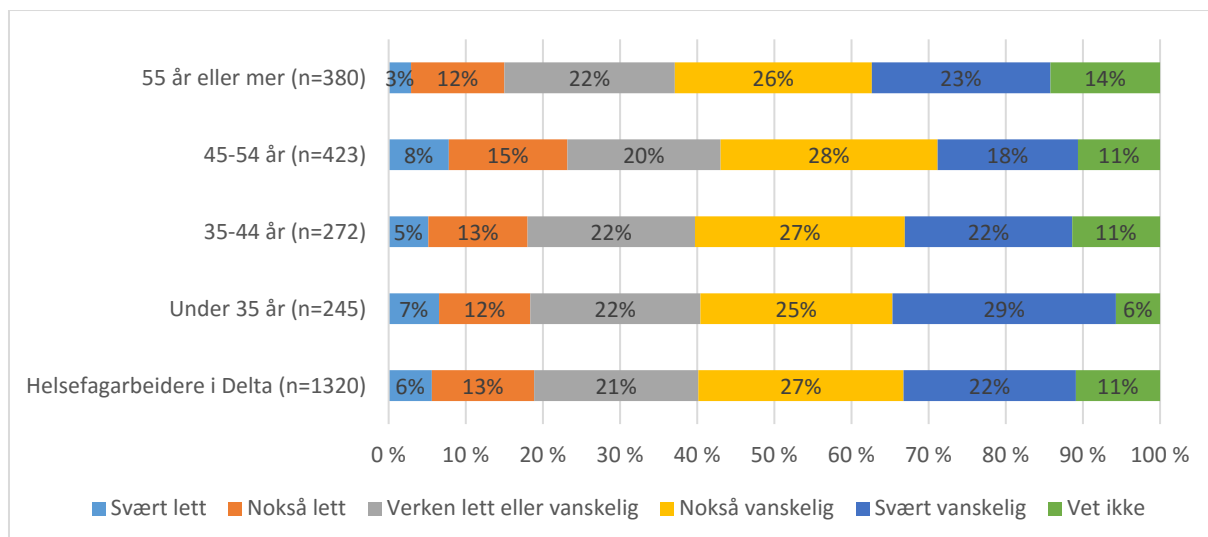
Jobbsikkerhet handler om å føle seg trygg på at man har en jobb å gå til. Dette er viktig fordi det å ha en jobb griper inn i mange sider ved livet, som identitet og mestring, og ikke minst økonomisk. Jobbusikkerhet setter resten av livet på vent, og kan medføre at man utsetter det å danne familie og å ta opp lån for å kjøpe et eget sted å bo. Ansatte som opplever at de har lav jobbsikkerhet har også flere helseproblemer enn andre ansatte (Sverke, Hellgren & Naswall 2002).

Helsefagarbeidere i Delta er stort sett ubekymrede når det gjelder muligheten for å miste jobben. To tredeler er ikke i det hele tatt bekymret for å miste jobben sin, og det er kun 16 % som er noe eller svært bekymret for å miste jobben. Dette er på samme nivå som i befolkningen ellers, målt i YS Arbeidslivsbarometer. Samtidig er det innad blant medlemmene av Helsefagarbeidere i Delta store forskjeller. Det er en klar sammenheng mellom alder og selvopplevd jobbsikkerhet. De eldste arbeidstakerne er minst bekymret for å miste jobben, og de yngste ansatte er mest bekymret. Spesielt bekymret er de som, uavhengig av alder, ikke har fullført en helsefaglig utdanning. I denne gruppen er det kun 35 % som ikke i det hele tatt er bekymret for å miste jobben og 31 % som er noe eller svært bekymret for å miste jobben.



Figur 38: Hvor bekymret er du for å miste jobben din? Fordelt etter alder.

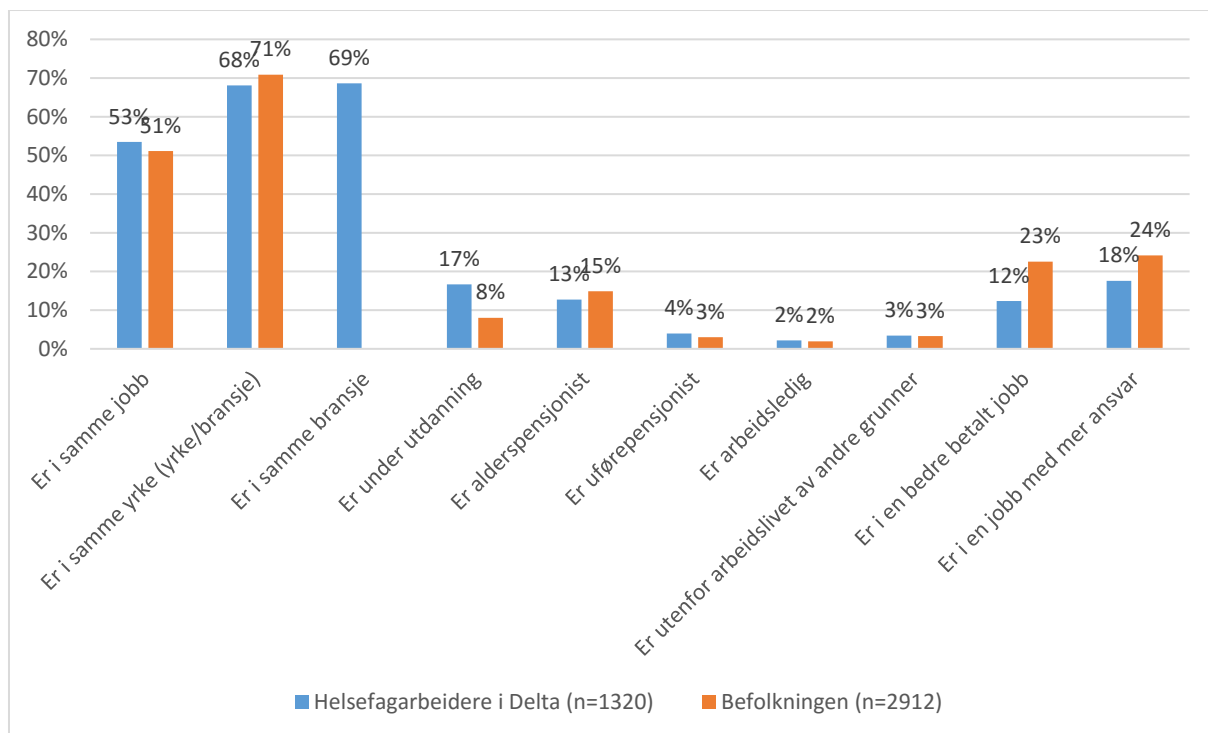
En annen side ved jobbusikkerhet er hvor lett man tror det vil være å finne en jobb som er minst like god som den man har. Her er det under en av fem (19 %) som mener at det vil være svært eller nokså lett. Videre er det rett under halvparten (49 %) som mener det vil være vanskelig. Dette er også på samme nivå som i befolkningen som helhet. Det er heller ingen store eller signifikante forskjeller mellom grupper av ansatte.



Figur 39: Hvor lett eller vanskelig mener du det ville være for deg å finne en jobb som er minst like god som den du har nå? Fordelt etter alder.

Fremtiden: Om fem år...

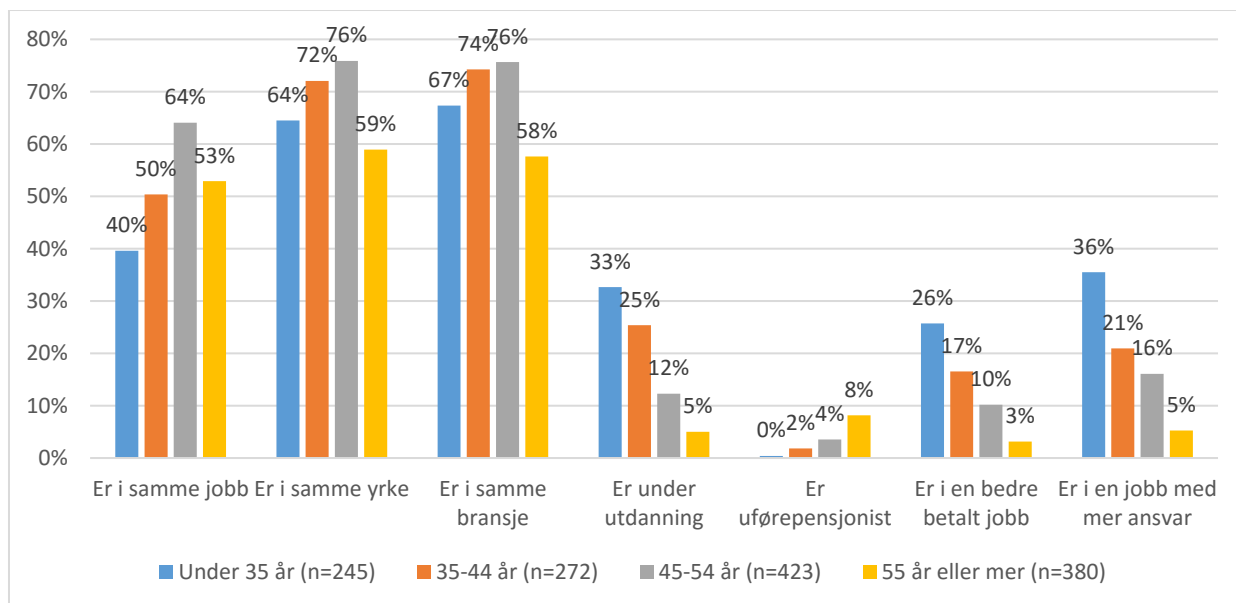
Vi har bedt respondentene om å vurdere sannsynligheten av ulike scenarier for dem selv om fem år. Under vises andelen som mener scenariene er svært eller ganske sannsynlig blant Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer og i befolkningen generelt, målt gjennom YS Arbeidslivsbarometer. Tallene er relativt like når det gjelder det at de fleste tror de vil være i samme yrke og samme bransje. Omtrent halvparten i begge utvalg tror også de vil være i samme jobb. Der et likevel enkelte forskjeller mellom Helsefagarbeiderne og befolkningen: Flere blant Helsefagarbeiderne tror de vil være under utdanning om fem år, enn i befolkningen. Videre er det færre blant Helsefagarbeiderne som tror at de vil være i en bedre betalt jobb eller i en jobb med mer ansvar om fem år, sammenlignet med ansatte i befolkningen generelt.



Figur 40: «I hvilken grad er det sannsynlig at du om fem år...» Andel svært og ganske sannsynlig blant Helsefagarbeidere i Delta og i befolkningen.

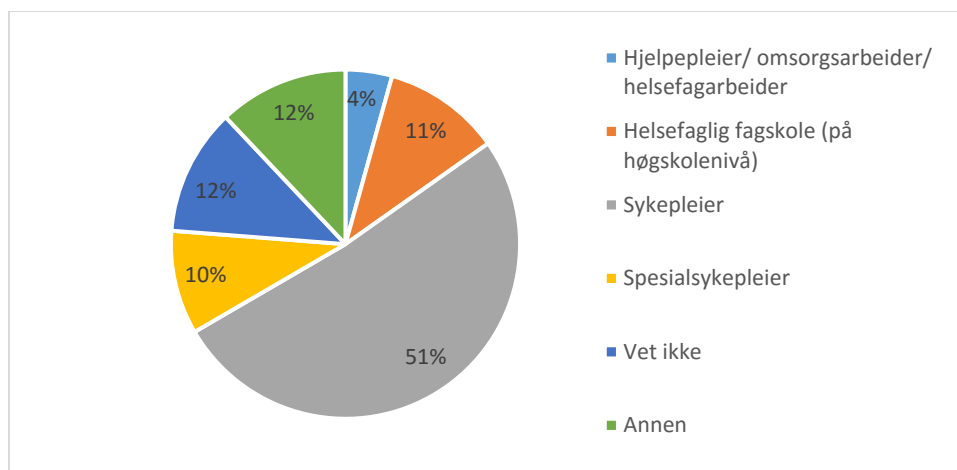
Studerer vi undergrupper blant Helsefagarbeidere i Deltas medlemmer, er det naturlig nok store forskjeller på ansatte etter alder. Det er kun de eldste som mener det er sannsynlig at de er alderspensjonister om fem år. De yngste tror i minst grad at de kommer til å være i samme jobb om fem år. Det er også færre av de yngste som mener at de vil være i samme yrke eller samme bransje om fem år. 64 % av de under 35 år tror de vil være i samme yrke, mens 67 % tror de vil være i samme bransje. Blant de mellom 35 og 44 år og de mellom 45 og 54 år er det henholdsvis 72 % og 76 % som tror de vil være i samme yrke, og 74 % og 76 % som tror de vil være i samme bransje om fem år.

En av tre av de under 35 år tror de vil være under utdanning om fem år. Dette gjelder også 25 % av de mellom 35 og 44 år og 12 % av de mellom 45 og 54 år. Dette er relativt høye tall, og det er naturlig nok blant de ansatte i ufaglærte stillinger at andelen er høyest (34 %). Når det gjelder utsiktene til en bedre betalt jobb og en jobb med mer ansvar, er det også de yngste som i størst grad tror det er sannsynlig. Samtidig er ikke tallene så veldig høye: 26 % av de yngste tror at de vil ha en jobb med høyere lønn om fem år, mens 36 % tror at de vil ha en jobb med mer ansvar. For disse scenariene er det også høyere tall blant ansatte i ufaglærte stillinger hvor henholdsvis 23 % og 27 % tror de er i en bedre betalt jobb eller en jobb med mer ansvar.



Figur 41: «I hvilken grad er det sannsynlig at du om fem år...» Andel svært og ganske sannsynlig etter alder

De færreste av helsefagarbeiderne har en helsefagarbeider som nærmeste leder. Kun 15 % har dette. Godt over halvparten (61 %) har en sykepleier eller spesialsykepleier som leder, mens 12 % ikke vet, og 12 % har en leder med annen utdanningsbakgrunn. Basert på dagens situasjon, er det dermed sannsynlig at de som ønsker seg en jobb med mer ansvar må ta en videreutdanning til for eksempel sykepleier for å oppnå dette.



Figur 42: Avdelingsleders utdanningsbakgrunn. Helsefagarbeidere i Delta (n=1320)

Hovedfunn

- Jobbusikkerheten er lav blant Helsefagarbeidere i Delta. To tredeler er ikke i det hele tatt bekymret for å miste jobben sin, og det er kun 16 % som er noe eller svært bekymret for å miste jobben.
- Det er en klar sammenheng mellom alder og selvopplevd jobbsikkerhet. De eldste arbeidstakerne er minst bekymret for å miste jobben, og de yngste ansatte er mest bekymret. Spesielt bekymret er de som, uavhengig av alder, ikke har fullført en helsefaglig utdanning.
- Det er færre av de yngste som mener at de vil være i samme yrke eller samme bransje om fem år. 64 % av de under 35 år tror de vil være i samme yrke, mens 67 % tror de vil være i samme bransje. Blant de mellom 35 og 44 år og de mellom 45 og 54 år er det henholdsvis 72 % og 76 % som tror de vil være i samme yrke, og 74 % og 76 % som tror de vil være i samme bransje om fem år.
- De yngste tror i større grad enn de eldre at de vil være i en bedre betalt jobb eller en jobb med mer ansvar om 5 år.

Referanser

- Bakkeli, V., Jensen, R. S. & Moland, L. E. (2013). *Kompetanse i kommunene*. Fafo-rapport 2013:51. Oslo: Fafo
- Dapi, B., Gjefsen, H. M., Sparrman, V. & Stølen, N. M. (2016). *Education-specific labour force and demand in Norway in times of transition*. Oslo-Kongsvinger: : Statistics Norway Reports 2016/31
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. TF-rapport nr. 362. Bø i Telemark: Telemarksforskning
- Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.*
- Ingstad, K. & Kvande, E. (2011). Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid? *Søkelys på arbeidslivet*, 28(01-02), 42-55.
- KS. (2016). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2016*. Kommunesektorens organisasjon KS
- Moland, L. E. (2009). *Ønsket og uønsket deltid - konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver og tjenestetilbud*. Fafo-rapport 2009:15. Oslo: Fafo
- Skålholt, A., Høst, H., Nyen, T. & Tønder, A. H. (2013). *Å bli helsefagarbeider*. Oslo: NIFU
- Sverke, M., Hellgren, J. & Naswall, K. (2002). No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 242-264.
- Vibe, N., Brandt, S. S. & Hovdhaugen, E. (2011). *Underveis i videregående opplæring. Evaluering av kunnskapsløftet. Underveistrapport fra prosjektet "Struktur, gjennomføring og kompetanseoppnåelse"*. Rapport 19/2011. Oslo: NIFU

Vedlegg 1: Metode og data

Denne rapporten bygger hovedsakelig på resultater av en spørreskjemaundersøkelse sendt ut til alle medlemmer av Helsefagarbeidere i Delta. Utvalget består av 1323 medlemmer. Undersøkelsens tema, som ble oppgitt for respondentene i invitasjonsmailen, var «helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleieres bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben». Programmeringen av spørreskjemaet, utsendelse av personlige lenker til undersøkelsen og datainnsamlingen ble gjennomført av forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) gjennom plattformen Questback. Forskerne ved AFI gjennomførte også ett fokusgruppeintervju med 6 deltakere.

Spørreundersøkelsen

Invitasjonen til spørreundersøkelsen ble forsøkt sendt ut til totalt 6859 adresser i løpet av 9. og 10. mars 2017. Av disse ble 160 adresser avvist som ugyldige. 6699 invitasjoner ble levert. Av disse, trykket 1691 (25 %) på lenken, men 327 av disse fullførte ikke undersøkelsen. Basert på tilbakemeldinger på e-poster er det grunn til å tro at disse ikke oppfattet spørreskjemaet som relevant for sin arbeidssituasjon/arbeidsplass. Antall fullførte svar er 1364, noe som gir en svarprosent på 20 %. De som svarte at de er arbeidsledige og de som svarte at de ikke jobber i helsesektoren er tatt ut av utvalget, noe som fører til et nettoutvalg på 1323 gyldige svar. Undersøkelsen ble purret to ganger, og stengt 30. mars 2017.

En svarprosent på 20 % ved spørreundersøkelser er ikke uvanlig i dag. Hvorvidt det utgjør et problem avhenger av årsaken til frafallet og hvilken populasjon man ønsker å generalisere svarene fra undersøkelsen til. Utgangspunktet for denne undersøkelsen, populasjonen, er medlemmene av Helsefagarbeidere i Delta. Helsefagarbeidere i Deltas medlemsregister har registrert stilling for 48 % av medlemmene. Tabell 1 viser sammenligningen mellom grupperingen av de kjente stillingene i medlemsregisteret og i undersøkelsen. Med et forbehold om at over halvparten av medlemmene har ukjent stilling, kan vi sammenligne utvalgene og se etter forskjeller. Men grunnet det store antallet uten stilling i medlemsregisteret er det vanskelig å si noe om hvorvidt forskjellene kan svarprosenten. Det kan like gjerne skyldes en ubalanse i hvilke stillinger som er registrert i registeret og ikke. Et annet forbehold handler om tid: Undersøkelsen ble samlet inn i mars 2017, mens medlemsopplysningene er av eldre dato.

Det er flere forskjeller mellom utvalgets fordeling på stillinger og det som er registrert i medlemsregisteret: Sammenlignet med medlemmene med registrert stilling, er det betydelig flere helsefagarbeidere og hjelpepleiere med videreutdanning i utvalget. Det er også betydelig færre ufaglærte (assistenter og pleiemedarbeidere). Det er også flere som oppgir stilling «helsefagarbeider» i utvalget enn i medlemsregisteret, og færre som oppgir «Hjelpepleier». Hvis vi slår sammen helsefagarbeidere og hjelpepleiere er derimot gruppene av samme størrelse, henholdsvis 51 % og 57 % i medlemsregisteret og utvalget.

Tabell 1: Stillinger registrert i Deltas medlemsregister og i undersøkelsen.

Registrert stilling	I Deltas medlemsregister		I undersøkelsen
	Antall	% blant de med registrert stilling	% av utvalget
Hjelpepleier	1230	32 %	26 %
Assistent	922	24 %	9 %
Helsefagarbeider/ fagarbeider	716	19 %	32 %
Hjelpepleier/helsefagarbeider med videreutdanning	73	2 %	12 %
Miljøarbeider	1	0 %	7 %
Miljøterapeut	131	3 %	3 %
Pleiemedarbeider	148	4 %	2 %
Hjemmehjelp	160	4 %	1 %
Sykepleier/ spesialsykepleier	79	2 %	1 %
Leder	68	2 %	2 %
Annen	201	5 %	6 %
Lærling (i tallene fra undersøkelsen er lærlinger registrert to ganger: for stilling og som lærling)	61	2 %	2 %
N (uten missing)	3790	100 %	102 %
Uten stillingskode	4089	52 %	-
N	7879	3790	1322

Utvalgets fordeling

Tabell 2 og 3 viser beskrivende statistikk for utvalget som har svart på undersøkelsen. Det er en overvekt av kvinner i utvalget (86 %). Aldersgruppen 45-54 år er den største med 32 %, fulgt av de på 55 år eller mer på 29 %. 39 % av utvalget er 44 år eller under. Videregående utdanning med fagbrev er den mest vanlige, og omfatter 64 % av utvalget. Når det gjelder helsefaglig utdanning, har 41 % fullført hjelpepleierutdanningen, 29 % er utdannede helsefagarbeidere og 16 % er utdannede omsorgsarbeidere. 5 % har fullført helsefaglig fagskole på høgskolenivå. Det er også 3 % som har fullført sykepleierutdanning, 18 % som svarer at de har annen fullført helsefaglig utdanning og 10 % som svarer «Ingen av disse».

Tabell 2: Utvalgets sammensetning 1. Kjønn, alder, utdanning

		Totalt
	Antall	1323
Kjønn	Kvinne	86 %
	Mann	14 %
Alder	Under 25 år	5 %
	25-34 år	14 %
	35-44 år	21 %
	45-54 år	32 %
	55 år eller mer	29 %
Høyeste fullførte utdanning	Grunnskole	10 %
	Videregående med generell studiekompetanse	14 %
	Videregående med fagbrev	64 %
	Høgskole/universitet opp til 4 år (tilsvarende bachelor, diplom)	10 %
	Høgskole/universitet mer enn 4 år (tilsvarende mastergrad eller høyere)	2 %
Ingen	1 %	
Fullført helsefaglig utdanning	Hjelpepleier	41 %
	Omsorgsarbeider	16 %
	Helsefagarbeider	29 %
	Helsefaglig fagskole (på høgskolenivå)	5 %
	Sykepleier	2 %
	Spesialsykepleier	1 %
	Annet	18 %
	Ingen av disse	10 %

Hele 93 % av utvalget er fast ansatt. Dette er relativt høyt sammenlignet med ansatte i næringen helse- og sosial-tjenester som helhet. Tall fra SSBs arbeidslivsundersøkelse estimerer at 13 % var midlertidig ansatte i denne næringen i 3. kvartal 2016⁶. Dette er ikke overaskende når vi vet at organisasjonsgraden blant midlertidig ansatte er lav. Det er likevel viktig å ha i mente at denne undersøkelsen er gjort blant fagorganiserte, og de har oftere en relativt stabil tilknytning til arbeidslivet.

Blant de som oppgir arbeid som hovedaktivitet, arbeider over halvparten av utvalget deltid. Dette er høyt sammenlignet med SSBs tall for 2016 for næringen Helse- og sosialtjenester, hvor andelen som jobbet deltid i 2015 og 2016 var henholdsvis 42 % og 41 %. Det er likevel viktig å huske på at denne næringsgruppen også inkluderer ansatte i sykehusene og sosialtjenestene, som antakeligvis har flere heltidsansatte. Utvalget har relativt høy ansiennitet. 40 % har arbeidet i sitt yrke hos samme arbeidsgiver i mer enn 10 år. Omkring en fjerdedel har en ansiennitet på 5 til 10 år, og 13 % har arbeidet hos

⁶ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2016-10-27?fane=tabell&sort=nummer&tabell=282254>

samme arbeidsgiver i 3 til 5 år. 22 % har jobbet hos samme arbeidsgiver i under tre år. Den største arbeidsplassen er sykehjem, med 31 %. Videre jobber det 18 % hver i hjemmetjenesten og i bolig med bistand. 14 % er ansatt i omsorgsbolig, 6 % på sykehus/poliklinikk, 3 % i helsehus/kommunal akutt døgnenhet (KAD) og 10 % andre steder.

Tabell 3: Utvalgets sammensetning2. Arbeidsforhold

		Totalt
	Antall	1323
Tilknytning	Fast ansatt	93 %
	Midlertidig ansatt	7 %
Hovedaktivitet	I arbeid (heltid)	43 %
	I arbeid (deltid)	47 %
	Sykemeldt	4 %
	I permisjon	2 %
	Lærling	2 %
	Under utdanning	2 %
Stilling	Hjelpepleier	26 %
	Assistent	9 %
	Helsefagarbeider/ fagarbeider	32 %
	Hjelpepleier/helsefagarbeider med videreutdanning	12 %
	Miljøarbeider	7 %
	Miljøterapeut	3 %
	Pleiemedarbeider	2 %
	Hjemmehjelp	1 %
	Sykepleier/ spesialsykepleier	1 %
	Leder	2 %
Annen	6 %	
Ansiennitet	Mindre enn 1 år	7 %
	Fra 1 til 3 år	15 %
	Fra 3 til 5 år	13 %
	Fra 5 til 10 år	24 %
	Mer enn 10 år	40 %
Arbeidsplass	Sykehus/ poliklinikk	6 %
	Sykehjem	31 %
	Helsehus/ Kommunal akutt døgnenhet	3 %
	Hjemmetjenesten	18 %
	Bolig med bistand	18 %
	Omsorgsbolig	14 %
	Annet	10 %

Fokusgruppen

AFIs forskere gjennomførte også ett fokusgruppeintervju med 6 ansatte i helse- og omsorgssektoren. Formålet med fokusgruppa var å snakke med ansatte i helse- og omsorgssektoren for å få fylligere kunnskap om de temaene som ble tatt opp i spørreskjemaundersøkelsen, samt å kvalitetssikre de kvantitative analysene. Fokusgruppens deltakere hadde til sammen erfaring fra flere typer arbeidsplasser: sykehus, sykehjem, omsorgsbolig og hjemmetjenesten. Deltakerne var av begge kjønn, fra 35-65 år, og de hadde alle flere års erfaring fra arbeid i helse- og omsorgssektoren. Deltakerne ble rekruttert av Helsefagarbeidere i Delta.

Arbeidsforskningsinstituttet er et
tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt.

Sentrale forskningstema er:

- ♦ Inkluderende arbeidsliv
- ♦ Utsatte grupper i arbeidslivet
- ♦ Konflikthåndtering og medvirkning
- ♦ Sykefravær og helse
- ♦ Innovasjon
- ♦ Organisasjonsutvikling
- ♦ Velferdsforskning
- ♦ Bedriftsutvikling
- ♦ Arbeidsmiljø

Publikasjonen kan lastes ned fra www.afi.no
Ved større opptrykk, ta kontakt med AFI.

Arbeidsforskningsinstituttet
Høgskolen i Oslo og Akershus

Postboks 4 St. Olavs plass
0130 Oslo
Telefon 23 36 92 00
www.afi.no