



Helsefagarbeiderlæringer i sjukehus

Asgeir Skålholt
Håkon Høst

Rapport 42/2010

NIFU

Helsefagarbeiderlæringer i sjukehus

Asgeir Skålholt
Håkon Høst

Rapport 42/2010

Rapport nr.	Rapport 42/2010
Utgitt av Adresse	Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) Postboks 5183 Majorstuen, 0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo
Oppdragsgiver Adresse	Helsedirektoratet Postboks 7000 St. Olavs plass/Universitetsgata 2, 0130 Oslo
Trykk	Link Grafisk
ISBN ISSN	978-82-7218-718-6 1892-2597

www.nifu.no

Forord

Denne rapporten er en delrapport under evalueringen av Kompetanseløftet 2015 som NIFU gjennomfører sammen med NIBR. Den er utarbeidet etter en særskilt bestilling fra Helsedirektoratet som ønsket mer kunnskap om rekruttering av helsefagarbeiderlæringer i helseforetak.

Prosjektet har blitt gjennomført av Asgeir Skålholt og Håkon Høst, med sistnevnte som prosjektansvarlig. Vi takker tillitsvalgte og ledelsesrepresentanter i helseforetak, samt representanter for aksjonen ”Bli helsefagarbeider” for at de har stilt opp og delt sin kunnskap med oss.

Oslo den 1. desember 2010

Sveinung Skule
Direktør

Jannecke Wiers-Jenssen
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Introduksjon	9
1.1 Formål	9
1.2 Problemstillinger, metode og data	9
2 Bakgrunn.....	11
3 Hjelpepleiere og sjukepleiere i sjukehusene.....	12
4 Helsefagarbeiderlæringer i sjukehus.....	16
4.1 Organisering av lærlingtid og utdanning – bakgrunn.....	17
5 Helsefagarbeidernes plass i sjukehuset	19
5.1 Organisering av utdanninga.....	22
5.2 Påbygning til studiekompetanse; et hensiktsmessig utdanningsløp?	23
5.3 Organiseringen av læretiden.....	24
5.4 Følger av organisering.....	27
6 Oppsummering og konklusjoner	29
6.1 Utviklingen framover	31
Referanser	32

Sammendrag

Denne undersøkelsen er en del av evalueringen av Kompetanseløftet 2015¹, myndighetenes satsing på kompetanseheving og rekruttering i helsesektoren. Selv om det er den kommunale omsorgstjenesten som er i fokus, ville man i evalueringen av kompetanseløftet også se på hvilken rolle helsefagarbeiderne har i sjukehus. Med bakgrunn i samhandlingsreformen er det klart at man vil få større behov for spesialisthelsetjenester også ute i kommunene. Et tett samarbeid med sjukehusene for å øke kompetansen i kommunene og for å øke kontakten mellom sjukehus og kommunehelsetjenesten blir derfor sentralt.

Hovedproblemstillingen for dette prosjektet er: *Hva er helsefagarbeiderlærlingens plass i sjukehus? Underproblemstillinger er. Hvordan brukes helsefagarbeiderlærlinger i sjukehusene? Ses de på som rekruttering til egen virksomhet, eller som en form av utdanningstilbud til kommunene? Hvordan påvirker rollen og posisjonen til hjelpepleierne situasjonen for inntak av helsefagarbeiderlærlinger?*

Vi skal her gi en kort oppsummering av hovedfunn. Vi legger vekt på at datamaterialet i denne devalueringen er begrenset, og at vi har vært i kontakt med sjukehus som har vært aktive når det gjelder å ta inn lærlinger. Alt i alt tegner representanter for sjukehusene vi har snakket med et positivt bilde av lærlingene, spesielt de lærlingene som er ved sjukehusene i lengre tid. Bildet er likevel antakelig mer positivt med tanke på lærlingenes posisjon enn det vi vil finne i andre sjukehus, som har færre helsefagarbeiderlærlinger.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene blir det lagt vekt på at helseforetakene skal bidra, sammen med fylkeskommunene, til at det etableres ”et tilstrekkelig antall læreplasser”.² De regionale helseforetakene ser ut til å følge opp dette gjennom at helsefagarbeiderkategorien inngår i de helt generelle planene for foretakenes langtidsplaner for rekruttering og opplæring. Dersom man beveger seg ett nivå ned, til helseforetakene, så snakkes det fortsatt generelt om intensjoner om å ta inn lærlinger, men det gis ingen klare føringer for hva sjukehusene skal gjøre. Først på sjukehusnivå utformes det en konkret personalpolitikk. Noen sjukehus sier at de selv ikke trenger helsefagarbeidere, men kanskje kan stille praksisplasser for lærlinger fra kommunene. Andre sjukehus utmerker seg ved å ansette lærlinger ut fra en generell målsetting om å erstatte avgang blant hjelpepleiere.

Det er totalt sett svært få helsefagarbeiderlærlinger som har sitt hovedlæreopphold ved norske sjukehus. Av i alt 1000-1100 lærlinger hvert år i faget er det bare ca 70 lærlinger, eller sju prosent, som har sjukehus som sin hovedlæreplass. Det må understrekes at tallene

¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/omsorg/kompetanseloftet-2015.html?id=439259>

² <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/oppdragsdok.html?id=115231>

på antall lærlinger i sjukehus er noe usikre, men ut fra de data vi har, har antall lærlinger holdt seg stabilt siden introduksjonen av lærlingordningen i 2008. De sjukehusene som har tatt inn lærlinger ser i utgangspunktet på dette som en form for rekruttering til egen virksomhet. Selv om man ved sjukehusene er klar på at lærlingene ikke har krav på en stilling etter sin læretid, er hovedbildet at de er generelt positive til å ansette dem, men uten å ville forplikte seg på noen måte. Behovene for å heve kompetansen til pleiepersonalet i kommunesektoren og øke disse sin innsikt i sjukehusenes organisering – ser ut til bare å være en sekundær motivasjon for å ta inn lærlinger ved de sjukehusene vi har snakket med.

Det er en klar sammenheng mellom det å ta inn lærlinger og hjelpepleiernes posisjon i sjukehuset. Det er viktig med et visst antall hjelpepleiere i arbeid ved sjukehuset for å kunne ha lærlinger. De stedene hvor man har lyktes, ser også ut til å ha sterke hjelpepleiere som har vært pionerer og ildsjeler. Men disse pionerene har også vært avhengig av at sjukehusledelsen har jobbet sammen med dem for å få avdelingene til å ansette lærlinger, noen ganger på tross av avdelingssjukepleiernes skepsis. Helsefagarbeiderlærlinger i sjukehus ser slik sett foreløpig ut til å være et ganske skjørt prosjekt.

Det er sentralt å se videre på sjukehusets rolle i forhold til lærlingene. Det ser ut til at den kommunale pleie- og omsorgssektoren kan regne med begrenset hjelp fra sjukehusene i kvalifiseringen av sine kandidater. Vi har sett at det i hovedsak er ut fra et rekrutteringssynspunkt man har tatt inn lærlinger – i alle fall for de sjukehusene som har tatt inn lærlinger i lengre perioder. I mindre grad fant vi at man har tatt inn lærlinger ut fra et ansvar for å kvalifisere kandidater utover det man trenger selv. Dette er likevel i større grad tilfelle når det gjelder de som har lærlinger inne i kortere hospiteringsopphold. Utfordringen her er at det er nettopp slike kortere opphold som ser ut til å fungere dårligst.

1 Introduksjon

1.1 Formål

Denne undersøkelsen er en del av evalueringen av Kompetanseløftet 2015.³ Kompetanseløftet er regjeringens satsing på kompetanseøkning i helsesektoren. Stortingsmeldinga *mestring, muligheter og mening* sier: ”Kompetanseløftet 2015 har som mål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstjenesten” (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Selv om det altså er den kommunale omsorgstjenesten som er i fokus, ville man i evalueringen av kompetanseløftet også se på hvilken rolle helsefagarbeiderne har i sjukehus. Med bakgrunn i samhandlingsreformen er det klart at man vil få større behov for spesialisttjenester også ute i kommunene. Et tett samarbeid med sjukehusene for å øke kompetansen i kommunene og for å øke kontakten mellom sjukehus og kommunehelsetjenesten blir derfor sentralt. Helsefagarbeiderlærlingenes muligheter for opplæring og jobb i sjukehusene vil si noe om potensialet for en slik politikk på fagarbeidernivå.

1.2 Problemstillinger, metode og data

En hovedproblemstilling for dette prosjektet er: Hva er helsefagarbeiderlærlingens plass i sjukehus?

Underproblemstillinger er

- Hvordan brukes helsefagarbeiderlærlinger i sjukehusene?
- Ses de på som rekruttering til egen virksomhet, eller som en form av utdanningstilbud til kommunene?
- Hvordan påvirker rollen og posisjonen til hjelpepleierne situasjonen for inntak av helsefagarbeiderlærlinger?

Vi ønsker å kople sjukehusenes rekruttering av lærlinger til spørsmålet om helsefagarbeidernes plass i sjukehus. Vår hypotese er således at rekruttering av helsefagarbeiderlærlinger til sjukehus i stor grad henger sammen med hvordan helseforetakene vurderer helsefagarbeiderne som arbeidskraftkategori. Ut fra profesjonenes sterke rolle i helsesektoren, er det ikke tilstrekkelig å kartlegge administrativ ledelses holdning til helsefagarbeiderne, men man må også kjenne til de tilgrensende yrker og profesjoner, først og fremst sjukepleierne sin holdning til den nye yrkesgruppen (Erichsen 1996). Dersom helseforetakene ser helsefagarbeideren som en framtidig yrkeskategori, må vi også anta at de er positive til å ta inn lærlinger. Dersom de ikke ser helsefagarbeideren som en framtidig yrkeskategori, kan det antas at det gir seg utslag i at de stiller seg negative til lærlinger. Det kan imidlertid også tenkes å gi seg utslag i at de tar inn

³ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/omsorg/kompetanseloftet-2015.html?id=439259>

helsefagarbeidere i avgrensede praksisperioder, og slik sett viderefører tradisjonen fra den skolebaserte hjelpepleierutdanningen. I så fall vil de ikke på noen måte ha forpliktet seg til å rekruttere helsefagarbeidere, men de tar på seg en opplæringsoppgave, eventuelt kombinert med at lærlingene gjør en viss grad av nyttig arbeid i helseforetaket.

De dataene vi har benyttet for å kunne si noe om hvordan helsefagarbeiderlærlingenes posisjon i helseforetakene utvikler seg, er både av kvantitativ og kvalitativ karakter. Vi bruker noe historisk statistikk om hjelpepleiere og sjukepleiere, statistikk fra videregående opplæring etter Kunnskapsløftet, samt tall for lærlinger i helseforetak. De siste tallene har vi fått fra aksjonen "Bli helsefagarbeider", samtidig som vi selv har kunnet sjekke disse opp mot enkelte helseforetak. De viktigste dataene har vi imidlertid fått gjennom besøk i og kontakt med noen helseforetak og enkeltsjukehus. Vi har intervjuet representanter for personalledelse, for avdelingsledelse og for hjelpepleiere engasjert i lærlingarbeidet. I tillegg til mye tidligere forskning på feltet og de kvantitative data om utviklingen, er analysen således basert på til sammen seks lengre intervju. Vi har intervjuet tre sjukehusansatte med hjelpepleierbakgrunn og tre med sjukepleierbakgrunn. I tillegg til disse intervjuene har vi hatt kontakt med et regionalt helseforetak for å avklare foretakets rolle. Intervjuene er gjort delvis over telefon og delvis på sjukehus.

2 Bakgrunn

Helsearbeiderfaget er et resultat av sammenslåingen av de tidligere utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider, og ble lansert samtidig med Kunnskapsløftet 2015. De to fagene, hjelpepleier og omsorgsarbeider, var ikke bare plassert under hver sin opplæringsordning, men hadde også en noe ulik faglig profil og yrkesmessig nedslagsfelt (Høst 2006). Mens hjelpepleierutdanningen historisk sett utdannet for arbeid i sjukehus, og i utgangspunktet var somatisk orientert, hadde omsorgsarbeiderfaget en sterkere sosialfaglig profil og rettet seg stort sett mot kommunal pleie og omsorg.

Det har vært en klar ambisjon at det nye og sammenslåtte faget skulle få en plass i sjukehus, det vil si beholde denne siden av hjelpepleierutdanningens innretning i helsefagarbeiderutdanningen. På den annen side skulle faget plasseres under fagopplæringen, slik omsorgsfaget var det. Hjelpepleierutdanningen, som var skolebasert, hadde normalt sett en av sine praksisperioder på sjukehus. Det var derimot forholdsvis uvanlig at omsorgsarbeiderne hadde læretid på sjukehus. Dette henger blant annet sammen med at rekruttering av lærlinger i Norge tradisjonelt har vært sett hovedsakelig som rekruttering av arbeidskraft, enten på kort sikt, dvs. i læretiden, eller på lengre sikt, som opplæring av framtidige fagarbeidere (Michelsen et al. 1998). Til tross for at myndighetene gjennom Reform 94 la vekt på at lærlinger skulle være en utdanningskategori og at bedriftene ikke skulle ha noen forpliktelse utover læretiden, ser rekruttering generelt ut til fremdeles å være en dominerende begrunnelse for lærlinginntak (Høst et al. 2008).

Vi vil i det følgende se kort på noen hovedtrekk når det gjelder utviklingen av hjelpepleiernes rolle generelt i sjukehusene, før vi skal gi et øyeblikksbilde av hvordan situasjonen er med tanke på lærlingordningene på noen sjukehus i dag.

3 Hjelpepleiere og sjukepleiere i sjukehusene

Vi skal først se nærmere på utviklingen i hjelpepleiernes posisjon i sjukehus rent kvantitativt, sammenlignet med de andre store yrkesgruppene i sjukehusene.

Tabell 1 Antall årsverk i sjukehus, historisk – absolutte tall

	1980	1990	1996*	2009*
Legeårsverk	3 614	4 594	5 739	9361
Sjukepleieårsverk	11 358	14 832	18 408	24526
Hjelpepleierårsverk	7 074	6 654	5 075	4158
Andre yrkesgrupper	19 093	20 558	23 243	27310
SUM	41 139	46 638	52 465	65 355

* inkl. private sjukehus kilde: SSB

Tabell 2 Andel årsverk i sjukehus, historisk – relative tall

	1980	1990	1996*	2009*
Legeårsverk	9 %	10 %	11 %	14 %
Sjukepleieårsverk	28 %	32 %	35 %	38 %
Hjelpepleierårsverk	17 %	14 %	10 %	6 %
Andre yrkesgrupper	46 %	44 %	44 %	42 %
	100 %	100 %	100 %	100 %

* ink. private sjukehus: kilde SSB

Vi ser at hjelpepleiernes innslag ved norske sjukehus har blitt stadig mindre – nedgangen har vært på over 40 prosent fra 1980 til 2009. Denne nedgangen har kommet samtidig med at den andre pleiegruppen, sjukepleierne, har hatt en økning i antall årsverk på hele 115 prosent. Den største økningen ser vi imidlertid blant legene, som har økt med hele 159 prosent.

Hjelpepleierne som utgjorde 17 prosent av alle årsverk i sjukehusene i 1980, utgjorde bare 6 prosent av alle årsverk i 2009. Sjukepleierne har derimot hatt en økning i sin relative andel fra 28 prosent til 38 prosent, mens legene har økt sin andel fra 9 til 14 prosent. Tallene kan, i hvert fall delvis, leses som et resultat av økt behandlingsintensivitet, kortere liggetid og en større andel polikliniske behandlinger på sjukehusene.

Nedgangen for hjelpepleierne har vært markant, men det er store forskjeller mellom regionale helseforetak, og ikke minst mellom sjukehus.

Tabell 3 Andel hjelpepleierårsverk av alle årsverk, Regionale Helseforetak, 2009

	Andel hjelpepleiere
Helseregion Sør-Øst	6,4 %
Helseregion Vest	6,2 %
Helseregion Midt-Norge	5,9 %
Helseregion Nord	7,6 %

Kilde: SSB

Ser vi på de regionale helseforetakene, finner vi noen, men ikke store forskjellene i andelen hjelpepleiere. Forskjellene er mye større mellom helseforetakene: her bruker vi helseforetakene i Helse Sør-Øst som eksempel.

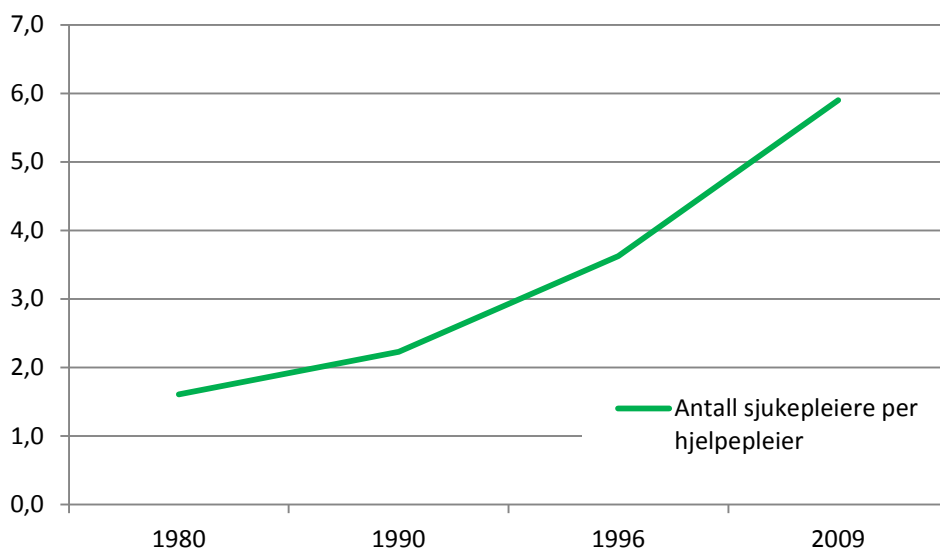
Tabell 4 Andel hjelpepleierårsverk av alle årsverk, helseforetaksnivå, Helse Sør-Øst, 2009

	Andel hjelpepleiere
Oslo Universitetssykehus HF	4 %
Akershus universitetssykehus HF	8 %
Vestre Viken HF	9 %
Sykehuset Innlandet HF	8 %
Sunnaas sykehus HF	12 %
Sykehuset Østfold HF	7 %
Sørlandet sykehus HF	7 %
Sykehuset i Vestfold HF	7 %
Sykehuset Telemark HF	13 %

Kilde: SSB

Forskjellene er svært store fra for eksempel Oslosjukehusene til sjukehusene i Telemark. Helseforetakene inkluderer som regel flere sjukehus; ser vi på sjukehusnivå forsterkes forskjellene ytterligere. I Rjukan der 21 prosent av alle ansatte er hjelpepleiere til Rikshospitalet der bare 3 prosent er hjelpepleiere. Også innen helseforetakene er det store forskjeller. Vestre Viken HF har fire store sjukehus; der har for eksempel Kongsberg sykehus 14 prosent hjelpepleiere, i Bærum Sykehus er andelen 6 prosent.

Vi har her sett på andel hjelpepleiere relativt til alle ansatte på sjukehusene. Et annet mål kan være andelen hjelpepleiere relativt til antallet som jobber med pleie i sjukehuset.



Figur 1 Antall sjukepleiere pr hjelpepleier, historisk og Regionale Helseforetak, 2009

Kilde: SSB

I 1980 var det 1,6 sjukepleiere for hver hjelpepleier. Det vil si at det var 60 prosent flere sjukepleiere enn hjelpepleiere. I 2009 var det nesten seks ganger så mange sjukepleiere som hjelpepleiere. Ser vi på de regionale forskjellene er det flest sjukepleiere per hjelpepleier i Trøndelag og Møre og Romsdal (Midt-Norge), mens det er færrest i Nord-Norge.

Tabell 5 Antall sjukepleiere per hjelpepleier, historisk

Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
5,5	5,2	7,2	4,7

Kilde: SSB

De samme funnene som over, finner vi også når vi ser nærmere på hvor nyutdannede hjelpepleier faktisk starter å jobbe. Mens sjukehus på midten av 1970-tallet var den vanligste arbeidsplassen for nyutdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, var det i 2002 nærmest en sjeldenhet at nyutdannede fikk jobb i denne delen av sektoren.

Tabell 6 Nyutdannedes arbeidssted i 1976 og 2003

Utdanningsår	1975/76	1985/86	2001/02
Somatiske sjukehus	41	17	4
Psykiatrisk institusjon	18	22	4
Sjukehem	34	51	41
Bolig for psykisk utviklingshemmede			14
Hjemmetjeneste/åpen omsorg	3	6	21
Annet	5	3	17
	101 ⁴	100	101
	(N=478)	(N=505)	(N=481)

Kilde: (Abrahamsen 1994; Høst 2004)

På midten av 1970-tallet startet over 40 prosent av nyutdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere å arbeide på sjukehus, i 2002 var det bare 4 prosent. I stedet for sjukehus, har pleie- og omsorgssektoren i kommunene blitt den dominerende avtaker av nyutdannede. Vi må anta at dette har betydning for rekrutteringen til helsefagarbeiderutdanningen, og at det også hadde det for hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene før den. Særlig gjelder dette selvsagt for rekrutteringen av ungdom, men også av unge voksne. Mens hjelpepleierutdanningen på 1980-tallet var den mest søkte utdanning i videregående opplæring hvor bare en av tre søkere kom inn (Høst 2006), snudde situasjonen etter Reform 94. Søkningen har etter dette ligget på et lavt nivå og alle søkere kommer inn. Det samme gjelder den nye helsefagarbeiderutdanningen. Elevtallet i denne har fra 2007 og til i dag ligget på mellom 2500 og 3000 i Vg2, men hvorav bare en tredjedel går videre til lærlingutdanningen 3. og 4. året.

⁴ På grunn av avrunding blir summen større enn 100

4 Helsefagarbeiderlæringer i sjukehus

Det har vist seg å være vanskelig å gi noe fullgodt bilde av antallet helsefagarbeiderlæringer i sjukehus. I forbindelse med prosjektet "Bli helsefagarbeider" har det blitt samlet inn tall på læringer, men disse tallene er ikke enhetlige og gir neppe et fullstendig bilde.⁵ Det har ikke vært rom for å sjekke tallene fra hvert enkelt helseforetak i denne analysen. Vi vil bruke de tallene vi har, men samtidig gjøre rede for svakheten ved materiale.

Tabell 7 Helsefagarbeiderlæringer i helseforetak, 2010-2011 pr. 01.10.2010

Region	Foretak	Antall lærekontrakter
Helse Sør-Øst	Akershus Universitetssykehus HF	0
	Oslo Universitetssykehus HF	ikke svart
	Sunnaas sykehus HF	2
	Vestre Viken HF	12*
	Sykehuset Vestfold HF	5***
	Sykehuset Innlandet HF	18
	Sykehuset Telemark HF	10
	Sykehuset Østfold HF	19
	Sørlandet sykehus HF	0**
Helse Vest	Helse Stavanger HF	43
	Helse Fonna HF	0**
	Helse Bergen HF	0**
	Helse Førde HF	0**
Helse Midt-Norge	Helse Sunnmøre HF	0
	Helse Nordmøre og Romsdal	0
	St Olavs Hospital HF	0**
	Helse Nord-Trøndelag HF	0
Helse Nord-Norge	Helse Finnmark HF	6
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	3
	Nordlandssykehuset HF	10
	Helgelandssykehuset HF	9

* ikke svart, anslått av "Bli helsefagarbeider"

** har i varierende grad tatt inn læringer fra kommuner i kortere tidsperioder, Helse Bergen har flest, med 38 stykker som er inne i inntil seks måneder

*** ett av to år på sjukehus

Kilde: SSB

⁵ Se om prosjektet her <http://www.ks.no/helsefagarbeider>

Tallene skal i utgangspunktet vise antall lærlinger som har sin læreplass i hovedsak ved sjukehuset, her definert som minimum ett år. Vi har ikke full oversikt over hvor mange sjukehus som har hospiterende lærlinger, det vil si lærlinger i kortere perioder. Det kan være flere enn dem som er markert med to stjerner i tabellen over. Hovedbildet er likevel klart, det er uansett ikke snakk om mange lærlinger – etter denne, litt usikre tellingen er det 137 helsefagarbeiderlærlinger som har sitt hovedopphold ved sjukehus per oktober 2010. Siden læretiden er to år vil det si at det er ca 70 lærlinger per år. Ordningen har vart for kort tid til at vi kan si noe veldig sikkert om utviklingen over tid, men foreløpig ser det ut til at det ikke er store endringer. Høsten 2008, som var første semester for ordningen, hadde man også ca 70 lærlinger i sjukehus (Norum og Iversen 2009).

4.1 Organisering av lærlingtid og utdanning – bakgrunn

Det nye helsearbeiderfaget er lagt opp etter 2+2-modellen. Det vil si at man er to år i skole og to år i lære. I utgangspunktet er lærlinger oftest på samme arbeidsplass over to år, men for helsefagarbeiderlærlingene viser det seg at det finnes en rekke måter å organisere læretiden på.

Det ser altså ikke ut til å eksistere noen etablert modell for hvordan læretiden skal organiseres. Selv om læreplanen peker på at utdanningen skal dekke behovet både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten,⁶ er det klart at de fleste lærlingene ikke har læretid i spesialisttjenesten. Av de som faktisk er i sjukehus i sin læretid, ser det ut til at mange er der bare i kortere perioder. Det vil si at man har hovedtilknytning til en kommune, men at man hospiterer på sjukehus i varierende lengde. Vi har registrert opphold fra noen uker og opp til ett år.

I denne analysen har vi fokus på læretiden. Det er likevel bare et mindretall av helsefagarbeiderne som faktisk går over i lære, selv om det er hovedløpet i utdanningen. Det er mulig å gå rett over til påbygning til generell studiekompetanse etter de to første årene på yrkesfaglig videregående, og dermed oppnå generell studiekompetanse som muliggjør videre studier på universitet og høyskoler. Denne varianten har fått en stadig sterkere søkning, og helse og sosial er ett av de områdene hvor dette er mest vanlig. Hos noen skoler er det også lagt opp til at elevene fra starten kan velge å ta påbygning, og slik fra første skoleår begynne med de fag som kreves for å få studiespesialisering (Høst og Evensen 2009). Det er også mulig å ta påbygning etter læretiden. Man har da i utgangspunktet ikke rett på studieplass. Noen fylker har likevel gitt

⁶ Læreplan i helsearbeiderfaget – vg3/opplæring i bedrift, Utdanningsdirektoratet

åpning for at alle som har gjennomført læretiden er garantert plass på påbygningskurs til studiekompetanse året etter læretiden.⁷

Helsearbeiderfaget er nytt, og det er noe tidlig å gi gode tall for hvor mange som går ut i lære og hvor mange som går rett til påbygning. For kullet som gikk ut av grunnskolen i 2006 og som startet på Vg2 helsefagarbeider høsten 2007, gikk hele 45 prosent (742) over på påbygning til studiekompetanse høsten 2008. Bare 33 prosent (548) gikk ut i lære (Frøseth et al. 2010). De fleste som starter på helse og sosial, og deretter helsefagarbeiderutdanning rett etter endt grunnskole, blir med andre ord ikke helsefagarbeidere. De foreløpige tallene fra kullet som startet på videregående høsten 2007 indikerer omtrent samme utvikling. Det er først i 2010 at det første kullet med helsefagarbeidere er ferdig med læretiden, vi har derfor ikke tall på hvor mange som har fullført, hvor mange som eventuelt starter med påbygning etter læretiden, og hvor mange som går ut i arbeidsfeltet.

⁷ "Rogaland vil gi rett til kurs for studiekompetanse etter fagbrev" - http://www.nettby.net/fagopplaering/news/paa_vei_til_laereplass/rogaland_vil_gi_rett_til_kurs_for_studiekompetanse_etter_fagbrev

5 Helsefagarbeidernes plass i sjukehuset

Vi vil legge vekt på hvordan hjelpepleiernes plass i sjukehus oppfattes i dag som et bakteppe for å forstå helsefagarbeiderlærlingenes og helsearbeiderfagets muligheter for å få innpass ved sjukehusene.

Når det nye helsearbeiderfaget kom med Kunnskapsløftet i 2006, var det ikke klart i hvor stor grad sjukehusene ville ta inn disse lærlingene. Ved flere sjukehus hadde man hatt relativt stor avgang av hjelpepleiere, og flere steder var denne gruppen overhodet ikke i fokus i framtidig personellplanlegging. Det var en gruppe mange anså å være på veg ut av sjukehusene (Høst 2001). Siden man vet at mange ser på læretiden hovedsakelig som en form for rekruttering blir det naturlig å se på helsefagarbeiderlærlingers plass i sjukehus i sammenheng med den pågående nedskaleringen av antall hjelpepleiere ved samme institusjon.

Selv om nedskaleringen av hjelpepleierne i norske sjukehus fra 1980-tallet har vært begrunnet med kortere liggetid og derav mindre langtidspleie, og mer komplekse pleieoppgaver, har den også vært farget av sjukepleiernes konsolidering av sin egen profesjon og kontroll med pleiefeltet (Høst 2006). Inntrykket av at sjukepleiergruppen fortsatt er avventende, til dels negative, til at det er plass til en pleiergruppe under dem, ble bekreftet gjennom våre intervjuer i sjukehusene.

Fagforbundet og dets lokale tillitsvalgte så at hvis man skulle ha muligheter til å beholde pleiernivået som helsefagarbeidere og hjelpepleiere utgjør, også i framtidens sjukehus, måtte man ta inn lærlinger fra dette faget. Fra fagforeningsnivået ble det derfor satt i gang flere initiativ for å få inn lærlinger i sjukehuset, og noen steder fikk man relativt stort gjennomslag for sitt syn.

Det var ei sammensatt gruppe, med ledere og andre, som så på frafallet [av hjelpepleiere] ut fra aldersperspektivet. Når direktøren her sa at de fortsatt skulle ha hjelpepleiere – for vi så at det alltid gikk ut over den gruppa ved alle omstillingene [...]– skal vi ha det fortsatt, må vi gjøre noen grep.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Først så utreda vi om vi skulle ha hjelpepleiere eller ikke – i så fall må de erstattes av helsefagarbeidere. Da må vi ta imot de lærlingene også, for skal vi ta dem som er utdanna her, eller skal vi ta dem som er utdanna i kommunen? Da vil vi utdanne dem her.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

I dette konkrete eksemplet satte man seg ned fra hjelpepleiernes side sammen med ledelsen og fant ut at man skulle ta inn lærlinger tilsvarende antallet som var ventet at man skulle miste ved naturlig avgang. Antallet hjelpepleiere man hadde ved dette sjukehuset ved reformstart i 2006 ble dermed et slags nivå man hadde som utgangspunkt for hvor man skulle ligge også i framtida.

Slike prosesser, og resultatet av dem, ble møtt med skepsis fra deler av sjukepleierpersonalet ved sjukehusene.

I starten følte vi at vi fikk det tredd nedover hodet. Dette var bestemt og slik skulle det være. Vi har hatt flere runder i forhold til plassering av lærlingene [...] men sjukepleierne var ikke inn i den beslutningsprosessen i forhold til om det skulle være lærlinger eller ikke.

Avdelingssjukepleier

Mellomnivået (avdelingsledere/sjukepleiere) var ikke med i den opprinnelige prosessen der man bestemte seg for å ta inn lærlinger, og noen avdelingsledere følte at de ble påtvunget lærlinger på sin avdeling. Det er med andre ord uklart om man ville fått samme resultat med en bredere prosess fra starten av. I de tilfellene hvor man har tatt inn lærlinger ved sjukehuset, er dette i stor grad forankra i sjukehusets ledelse og ikke ved avdelingsledelsen.

Vi så i den statistiske gjennomgangen at det har blitt betydelig færre hjelpepleiere både i relative og absolutte tall ved norske sjukehus. De som jobbet for å få inn lærlinger i sjukehusene ble minnet om denne utviklingen til stadighet.

Det handler om holdninger til hjelpepleiere fra staten fra tidligere. Hva bruker man hjelpepleierne til, hvordan har de fått lov til å leve på avdelingen? Det handler jo om å satse på yrkesgruppa, stadig har vi vært utsatt for det at det ikke skal være hjelpepleiere på sjukehus i framtida, det har vi jo levd med i tjue år. Så hva motiverer det til å satse på yrkesgruppa, når vi vet at vi snart skal ut? Når jeg starta her i 87 så fikk jeg jo høre det, av en del hjelpepleiere i døra, hvorfor skal du begynne der? Der skal det jo ikke være hjelpepleiere.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Nedgangen i antallet hjelpepleiere får flere følger for etablering av helsefagarbeiderlæringsplasser ved sjukehusene. For det første kan det være problematisk å skaffe nok ansatte som kan gi et godt veiledningstilbud for lærlingene. Selv om sjukepleiere også kan veilede helsefagarbeiderlæringer, er det i pakt med lærlingordningen at det er hjelpepleiere og etter hvert helsefagarbeidere som gjør hoveddelen av denne jobben. Rollen som veileder er ikke bare å gi faglige råd, men også være et faglig forbilde. Nedgangen i antallet hjelpepleiere vil for det andre også påvirke rekrutteringen av de elever som ønsker å jobbe i sjukehus. Hvorfor ta en utdanning som du ser ikke vil gi jobb på det nivået du utdanner deg?

Hvordan skal vi motivere unge til å ta en utdanning innenfor dette faget hvis de ikke kan også komme inn på sjukehus? Da tror jeg mange velger seg bort, for mulighetene blir mye mer lukka.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Selv om utviklingen av hjelpepleierens plass i sjukehus har vært ensidig negativ de siste 30 år, er det ikke nødvendigvis gitt at denne utviklingen vil fortsette. Flere peker på nytten ved å ha helsefagarbeiderlærlinger ved sine avdelinger. Helsefagarbeiderne fyller et behov i pleiesituasjonen, sier de, spesielt i en situasjon der sjukepleien blir stadig mer spesialisert.

Når jeg hører at sjukehus blir stadig mer spesialisert, så man trenger ikke denne gruppa, så tenker jeg at det kommer jo inn stadig flere eldre og mange flere kronikere, og at vi trenger den delen av faget som helsefagarbeiderne kommer med. Det er jeg ikke i tvil om, men da må man satse på det, og bygge opp kompetansen. En må ikke bare bli assistenter – en må ha et godt faglig ståsted, og det handler om at alle vil oppnå det samme.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Noen peker på at helsefagarbeiderne/hjelpepleierne kan bli viktigere i framtidens sjukehus på grunn av rekrutteringssituasjonen; flere steder er det vanskelig å rekruttere nok sjukepleiere, og hvis en ser helsesektoren under ett, vil rekrutteringsutfordringene bli store. Disse to punktene kan føre til, som en kompetanseansvarlig sa, at ”pendelen vil snu” og at antallet helsefagarbeidere i sjukehusene vil øke igjen.

Om fem år har vi ikke hjelpepleiere igjen, og vi rekrutterer ikke sjukepleiere...

Kompetanseansvarlig – sjukepleier

Hvor skal man ta personell fra, etter hvert, hvis ikke vi skal ha disse inn i sjukehus?

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Men til tross for at mange oppgir at ”de ikke kunne greid seg uten hjelpepleierne” er det likevel ikke noe entydig positivt framtidsbilde man maler:

Jeg ser for meg at helsefagarbeiderne har en framtid i sjukehus, men kanskje ikke like mye som nå, og ikke like mange som hjelpepleierne [har vært], men jeg har veldig bruk for dem hos meg.

Avdelingssjukepleier

Hjelpepleiernes rolle i sjukehusene er helt avgjørende for om man skal få til en velfungerende lærlingordning for helsearbeiderfaget. Man er avhengig av at man ved

avdelingene har folk som kan ta i mot elevene, og man er avhengig av at det faktisk er oppgaver ved avdelingene som kan løses av lærlingene.

5.1 Organisering av utdanninga

Det er ikke bare helsefagarbeidernes plass som er viktig i denne sammenhengen, det er òg viktig at utdannelsen oppleves som relevant for de som arbeider ved sjukehusene dersom faget skal lykkes som rekrutteringskanal til sjukehusene. Det blir derfor et helt sentralt spørsmål om utdanningen oppleves som dekkende for de behov som man har i sjukehuset. Vårt foreløpige første svar på dette, er at våre informanter oppgir alt i alt at de er godt fornøyd med utdanninga.

Jeg har inntrykk av at helsefagarbeiderne har ei utdanning som favner breiere enn hjelpepleierne, og de har jo en lengre skolegang og en lengre læretid, men hjelpepleierne var for så vidt en flink gruppe det òg, men de har jo ikke den dybden i faget som helsefagarbeiderne har. Helsefagarbeiderne har en mye dypere forståelse for faget – men det kommer av lærlingtiden, så det er det som er den avgjørende faktoren her [...] når de kommer ut så er det som å ansatte en hjelpepleier med flere års erfaring
Avdelingssjukepleier

Utdanningen i seg selv framheves altså som et steg i riktig retning, men spesielt vektlegges det at utdanningen er blitt så god på grunn av at læretiden er såpass lang. Dette gir rom for en faglig og menneskelig modning som er svært viktig i en jobb som dette. Men heller ikke her er bildet entydig. Til tross for at utdanninga i seg selv framheves som dekkende og god, framheves det fra flere at lærlingene oppleves som svært umodne når de kommer ut i lære.

Skal jeg være ærlig så har de lite [kunnskap], de er umodne, de trenger tett oppfølging, vi ser at de er unge og ikke vant med å ta det ansvaret det legges i det å være lærling [...] så vi har tett oppfølging på dem, men likevel ser vi at, oj, vi burde gjort litt mer – Selv om vi har fått de gjennom med glans, ser vi at de har for lite kompetanse, både praktisk og teoretisk.
Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Lærlingene oppleves som umodne, men at de har en viss faglig ballast som er et godt utgangspunkt. Det er likevel uttalt at man er litt usikker på hva man kan forvente av elevene. Selv om de har sine læreplaner, oppgir mange at det er stor forskjell på hva forskjellige elever har lært ved sine videregående skoler når de kommer i lære. Det er òg en bekymring for at man får for store variasjoner i hva man lærer i læretiden. Er det ikke et mål at en helsefagarbeider er en helsefagarbeider, uansett hvor man har vært i lære?

I læreplanen for vg3/opplæring i bedrift legges det vekt på at man skal kunne ”grunnleggende sykepleie”. Videre står det at faget skal bidra til å dekke behovet ”både i

helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten”. Det står også at det skal legges til rette for varierte arbeidsoppgaver på ulike tjenesteområder ”som er anvendelig både i helse- og sosialtjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten”.⁸ Til tross for dette er det ikke formulert et krav om at alle i løpet av sin læretid *skal* være både i sjukehus og i kommunehelsetjenesten. Man risikerer derfor at lærlingene vil få svært forskjellig erfaringsbakgrunn.

Jeg tror at det står ikke helt spesifikt at man skal ha en del av opplæringa i sjukehus. Det står bør og kan, og det er en vesentlig forskjell. Og da sier mange at, nei, vi har ikke noe krav om det, og da skviser folk det lett unna. Dette bør inn som et krav.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

5.2 Påbygning til studiekompetanse; et hensiktsmessig utdanningsløp?

Påbygning til studiekompetanse står svært sentralt for elever og lærlinger i helsearbeiderfaget. I følge våre informanter eksisterer det også en holdning hos mange ansatte i skolen at man bør ta påbygning til studiekompetanse, uansett om man også skal gå i lære. Man ser også ute i sjukehusene at mange forsvinner over i påbygning etter fullført læretid, og dermed reduseres sannsynligheten for at de kommer tilbake til faget. Spesielt kan dette være en utfordring i de fylkene hvor man har gitt rett til å ta påbygning etter gjennomført læretid. Det kan tenkes at utdanningen da blir en ekstra lang veg fram til, for eksempel, sykepleier. Her har vi likevel for lite erfaring foreløpig, og dette må være et tema for forskning etter at ordningen har vart flere år.

Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er om vi har en hensiktsmessig organisering av utdanningen. Bare 33 prosent av grunnskolekullet fra 2006 som startet på helsearbeiderfaget i 2007 (vg2) fortsatte i lære året etter (Frøseth m.fl. 2010). 45 prosent gikk i stedet rett til påbygning til studiekompetanse. Vi har ikke tall på hvor mange som gjennomfører læretida, men som går til påbygning til studiekompetanse rett etterpå. Tendensen er likevel klar. Helsefagarbeiderutdanningen er for ungdom i større grad blitt en vei til høyere utdanning enn det er blitt en vei inn i helsefagarbeideryrket. Som en utdanningsvei til sykepleier er det to år lengre enn det ordinære; først to år i videregående, deretter to år i lære, så ett års påbygning, og til slutt full sykepleierutdanning på tre år. Spørsmål som må reises er om dette er et hensiktsmessig utdanningsløp for ungdom, og om det belaster utdanningssystemet, og lærestedene, unødvendig.

⁸ Alle sitat fra læreplanen: http://www.udir.no/upload/larerplaner/Helse%20-%20og%20sosialfag/Vg3_helsearbeiderfag.pdf

5.3 Organiseringen av læretiden

De første elevene gikk ut i lære i 2008, så dette er den første analysen av hvordan disse ble tatt i mot i sjukehusene. De foreløpige funnene tyder på at det er svært store forskjeller i hvordan arbeidet med å ta inn lærlinger blir organisert. Hos de sjukehusene hvor man har lærlinger hos seg i lengre tid er det på sjukehusnivå man har utviklet de forskjellige modellene. De regionale helseforetakene har ikke spilt en rolle så langt vi ser, og de lokale helseforetakene har spilt en rolle bare i den grad helseforetaket samsvarer (i hovedsak) med ett sjukehus.

Det er i hovedsak i to punkter der det kan være forskjeller i organisering. Det ene går på hvor lærekontrakten, eventuelt også ansettelsesforholdet til lærlingen er. Det andre går på hvor lærlingene har hovedvekten av sin læretid. Disse to punktene er tett knyttet sammen, men de er ikke helt parallelle. Det er for eksempel eksempler på at lærlinger har lærekontrakt i opplæringskontor som ligger utenfor sjukehuset, men der man har hovedvekten av sin lærlingperiode ved sjukehus.

Vi har konsentrert oss om å se på de sjukehusene som har egne lærlinger, selv om det ser ut til at det vanligste er at sjukehusene har lærlinger innom sjukehuset bare i kortere perioder, og at kommunene har det formelle ansvaret for opplæringsløpet til de fleste av de helsefagarbeiderne som er på sjukehus. I en situasjon hvor lærlingene er innom i kortere perioder er det klart at det er kommunene, eller andre institusjoner som har lærlinger, som får "eierskapet" til lærlingene, og forpliktelsen til sjukehusene blir mindre.

For sjukehusene som har hovedansvar for lærlingene, ser det ut til at lærlingene får en hovedtilknytting til avdelingene. Det er også på avdelingene at det økonomiske ansvaret ligger. For hver lærling får sjukehuset et lærlingtilskudd som skal dekke kostnadene ved å ha lærling. Det er likevel klart at dette tilskuddet ikke dekker kostnadene man opplever å ha ved å ha lærlingene ved de aktuelle avdelingene.

Postene skal holde vakante stillinger for å dekke lønnsmidlene til disse [lærlingene]. Når disse kommer uten jobberfaring, og det er veldig stor forskjell på modning, så er det veldig få som kan inn de tre første månedene og ivareta en arbeidsposisjon i posten.

Kompetanseansvarlig - sjukepleier

Jeg får tildelt så og så mange lærlinger, og den og den avdelinga skal ha så og så mange – vi får et tilskudd, men ikke tilsvarende det det koster – det har vi krangla litt på. Om vi får tildelt like mye som det koster avdelinga så hadde det vært supert, men vi får ikke det – sann sett er det et tapsprosjekt, men på den andre sida, i hvert fall det andre året så vil de fleste [...] kunne gå inn og dekke for sjukdom, og da minsker det jo kostnadene. Men vi får ikke dekket lønnskostnadene deres, det får vi ikke.

Avdelingssjukepleier

Vår foreløpige analyse viser at det ser ut til at det blir bestemt på sjukehusnivå hvor mange lærlinger man skal ha på hver avdeling, og at eventuelle lønnstilskudd som blir gitt ikke dekker de faktiske utgifter avdelingene har. Dette kan føre til en viss motvilje fra spesielt avdelingssjukepleierne, som har ansvar for å holde budsjett og sørge for at sin avdeling har riktig bemanning. Lønnskostnader er en utfordring, en annen går på hva man har av personell ved avdelingene.

Det er blitt skjært ned veldig på hjelpepleiere så det er ikke så mange igjen som kan ta rollen som veiledere, og det er jo krevende – så du må jo gjerne brenne litt for det, og ikke skal det koste noe, så med den historien som har vært er det ikke lett å finne disse [veilederne], så en må bygge opp kompetansen for å få veiledere. De går i tredelt-turnus [veilederne] og det er et stort arbeidspress den tida de er på jobb, så det å frigjøre tid, det kan være en utfordring.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Det er noe forskjellige praksiser rundt det å kompensere for veilederansvar ved forskjellige sjukehus. Noen steder får man et lite lønnspluss i tillegg til at det blir frigjort noe tid til å drive veiledning. Men til tross for at man noen steder kan få en viss lønnsmessig kompensasjon, er det krevende å få tilstrekkelig med veiledere. De veilederne man bruker bør være erfarne, engasjerte og villig til å sette seg inn i hva lærlingene faktisk skal kunne.

Veilederne trenger mye kompetanse, fordi planene i læreplanen er mange og de målene er så ny for den gruppa som skal gå inn i å veilede, vi trenger kanskje en veileder [forklaring] som kan synliggjøre de måla sånn at veilederen vet hva som ligger bak måla.

Lærlingkoordinator - hjelpepleier

Det er svært viktig at de aktuelle veilederne får den nødvendige kompetansen som skal til for at man skal få et godt tilbud til de nye lærlingene. Vi vet at det finnes noen tilbud til utdanning av veiledere rundt om i landet. For eksempel har man ved universitetet i Stavanger et eget studie retta mot denne gruppa. Det gjennomføres også kurs fra fylkeskommunene, men dette er da i mindre grad kurs som er retta direkte mot de behov som helsefagarbeiderveilederne har.

I kapittel 5.1 var vi inne på at det i stor grad var ledelsen ved det enkelte sjukehus som bestemte om man skulle ta inn lærlinger eller ikke. Dette får konsekvenser for hvordan man ved avdelingene oppfattet det å få lærlinger.

De ute [i avdelingene] er ikke fornøyd med dagens situasjon de opplever at det er – for å si det rett ut – så opplever en god del [at] hoveddelen av de helsefagarbeiderne de har ute er veldig unge og umodne. De synes det er en vanskelig gruppe å forholde seg til – avdelingssjukepleierne forventer noe annet og noe mer [...]

Kompetanseansvarlig – sjukepleier

[...] og den kostnaden det gir [å ha lærlinger], har vært det største ankepunktet – det som på en måte har gjort at vi måtte stå innmari på mot postene, informert og kommunisert for å få opp motivasjonen for å få inn disse.

Kompetanseansvarlig – sjukepleier

Men til tross for at noen mente at de fikk dette tredd nedover hodet, og at det var krevende i starten, var det noen som endret syn og mente at lærlingene kom til nytte, etter hvert.

Den første perioden de er her som lærlinger så kommer de og er veldig ung og veldig grønn, men så er de her så lenge, at etter hvert så kommer de med og teller med i pleien, og bidrar til pleien og blir en person som jeg kan bruke i bemanningen, slik at jeg kan la være å innleie ved sjukdom hvis jeg har en lærling som er på jobb.

Avdelingssjukepleier

Det er tilbakevendende at der man har hatt lærlingene inne i kortere perioder, har dette fungert dårlig. Sjukehusene opplevde da at lærlingene kun ble ekstraarbeid. Ut fra det vi har sett tar det opp mot seks måneder før man på sjukehusene følte at lærlingene var til nytte. Har man lærlinger i sjukehusene kortere perioder ser det ikke ut til at utbyttet blir godt:

Vi prøvde å ha utveksling med noen kommuner, vi så at det fungerte veldig dårlig, fordi det medførte mye mer til tilrettelegging, som gjorde at det ble problematisk – vi fikk veldig god tilbakemelding på våre lærlinger som var ute, men når vi fikk inn de andre var det vanskelig [...] det var en del ting ved sjukehus – det ble litt sjokkarta opplevelser for dem, som blir vanskelig[...]. Vi hadde ei som kom inn som ikke tålte blod, det er en konkret sak.

Lærlingkoordinator – hjelpepleier

Lengre lærlingopphold gir ikke bare en bedre opplæringssituasjon for lærlingene – det gjør også at avdelingene føler at de får et mye større utbytte.

Det som er, den ordninga som er her, og som sjukehuset har gått for, den var jeg mye i mot i starten, men jeg har snudd litt etter hvert. [...]Det er litt det at jeg skal finne min rolle som leder for de her veldig unge jentene, det er jo noe annerledes enn å være leder for voksne damer. Men etter å ha vært i det her ei stund, og etter at vi har fått tingene på plass så synes jeg at det går bra, og jeg synes at på mange måter så er det et ekstra løft for avdelinga. Det er klart at når det er som hardest på avdelinga så hjelper det jo med det ekstra hodet du har som kan bidra litt. Jeg tror det ligger en framtid i dette, men jeg tror en må gjøre noen vurderinger rundt hvor mange en skal ha på hver avdeling, for det vil være store forskjeller fra avdeling til avdeling.

Avdelingssjukepleier

Kort oppsummert er det klart at organiseringen av læretiden fra sjukehusets side er viktig – det viktigste er likevel varigheten. Jo lengre lærlingene er i lære, jo mer fornøyd virker det som at de ved sjukehusene er med sine lærlinger.

5.4 Følger av organisering

Skal man opprettholde rekruttering til faget, er det viktig at elevene opplever at det også finnes jobbmuligheter. Da er det vanskelig om man ikke har jobber å tilby. I utgangspunktet har læretiden vært en rekrutteringskanal for de tradisjonelle lærebedriftene. Til tross for at Reform 94 gjorde læretiden til en del av utdanningen, er det klart at rekruttering fremdeles er en viktig grunn for å ta inn lærlinger. Også fra sjukehusene sin side ser man inntaket av lærlinger tett opp mot sin egen rekrutteringssituasjon.

Vi kommer til å ta inn like mange lærlinger som vi gjør nå, i alle fall i noen år framover. Det som er problemet er jo at jeg ikke kommer til å ha stillinger til dem etterpå, selv om sjukehuset sier at vi har et naturlig frafall på x antall hjelpepleiere i året, så er ikke det nødvendigvis her ved min avdeling, og ikke nødvendigvis er det innenfor fagfelt som vi har lyst til å fortsette med. Vi er jo såpass spesialisert at en lærling som har vært hos meg i to år er det ikke gitt kan ta en stilling [ved en annen avdeling]. Og så er vi heller ikke forplikta i forhold til å ansette dem, så om noen har vært lærling hos meg i to år, og søker en stilling på [en annen avdeling], fordi det er der åpninga er, så er ikke den lederen forplikta til å gi ho den stillinga. Det er flere år nå før jeg har noen som skal ut i pensjonisttilværelsen, og jeg har jo flere lærlinger som blir ferdig før den tid.

Avdelingssjukepleier

Sett fra avdelingene vil man altså helst ta inn omtrent like mange lærlinger som man skal ta inn i ansatte, ved avdelingen. Har man da flere læreplasser enn jobbtillbud, kan det lett føre til et misforhold mellom de forventninger som lærlingene har og hva de blir tilbudt. Det er

trolig av betydning for at lærlingene skal bli motivert til å ta faget at man ved de forskjellige avdelingene viser at man faktisk ansetter helsefagarbeidere ved sjukehusene. Det kan selvfølgelig også ses som et utdanningstilbud for helsefagarbeidere som etterpå skal over i kommunehelsetjenesten, men da er det ikke sikkert betydningen av læretid som rekrutteringstiltak i forhold til helsefagarbeiderne. I følge våre informanter er det åpenbart at lærlinger med praksis fra sjukehus kan få jobb i kommunene – men det er mye mer uklart om det kan gå andre vegen. Slik sett kan det tolkes som et konkurransefortrinn å ha vært lærling på sjukehus. Det må likevel bemerkes at det er liten erfaring for hvordan dette vil bli møtt ute i kommunene. Det er heller ingen erfaring som tilsier at sjukehusene rent faktisk ikke vil ansette helsefagarbeidere med læretid fra kommunene, selv om våre intervjuer peker i den retning.

6 Oppsummering og konklusjoner

Vi skal her gi en kort oppsummering av hovedfunn fra analysen over. Vi legger vekt på at datamaterialet i denne devalueringen er begrenset, og at vi har vært i kontakt med sjukehus som har vært aktive når det gjelder å ta inn lærlinger. Funnene må tolkes med tanke på dette. Funnene gir likevel innsikt i hvordan man kan forstå lærlingenes rolle og muligheter i sjukehusene. Alt i alt tegner representanter for sjukehusene vi har snakket med et positivt bilde av lærlingene, spesielt de lærlingene som er ved sjukehusene i lengre tid. Bildet er likevel antakelig mer positivt med tanke på lærlingenes posisjon enn det vi vil finne i andre sjukehus, som har færre helsefagarbeiderlærlinger.

Hovedproblemstillingen for arbeidet vårt var hvilken plass helsefagarbeiderlærlingens har i sjukehusene. Som skissert i kapittel 1, ville vi svare ved å se på følgende punkt:

- Hvordan brukes helsefagarbeiderlærlinger i sjukehusene?
- Ses de på som rekruttering til egen virksomhet, eller som en form av utdanningstilbud til kommunene?
- Hvordan påvirker posisjonen og rollen til hjelpepleierne situasjonen for inntak av helsefagarbeiderlærlinger?

Våre dykk ned i sjukehussektoren åpner et svært interessant bilde av hvilken innflytelse staten har på opplærings- og bemanningspolitikken i denne delen av helsesektoren. De politiske myndigheter, representert ved både Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har bevilget noen millioner kroner for at introduksjonen av helsefagarbeiderutdanningen og lærlingordningen skal lykkes. Det har også vært gjennomført symbolske adopsjoner av helsefagarbeiderlærlinger fra statsråder, sjukehusdirektører og ordførere.⁹ I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene blir det lagt vekt på at helseforetakene skal bidra, sammen med fylkeskommunene, til at det etableres *”et tilstrekkelig antall læreplasser”*.¹⁰ De regionale helseforetakene ser ut til å følge opp dette gjennom at helsefagarbeiderkategorien inngår i de helt generelle planene for foretakenes langtidsplaner for rekruttering og opplæring. Dersom man beveger seg ett nivå ned, til helseforetakene, så snakkes det fortsatt generelt om intensjoner om å ta inn lærlinger, og det gis ingen klare føringer for hva sjukehusene skal gjøre. Først på sjukehusnivå utformes det konkret en personalpolitikk. Noen sjukehus sier at de selv ikke trenger helsefagarbeidere, men kanskje kan stille praksisplasser for lærlinger fra kommunene. Noen sjukehus utmerker seg ved å ansette lærlinger ut fra en generell målsetting om å erstatte avgang blant hjelpepleiere. Felles for de siste er at Fagforbundet lokalt eller ildsjeler blant erfarne hjelpepleiere har fått støtte hos sjukehusledelsen til dette prosjektet, men at sjukepleiernes tillitsvalgte og avdelingssjukepleierne har stått utenfor prosessen. Det er imidlertid avdelingssjukepleierne

⁹ Se for eksempel: <http://www.ostlendingen.no/nyheter/helseministeren-er-mariannes-fadder-1.4553403>
http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?I=1343&C=15&D=2 sist lest november 2010

¹⁰ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/oppdragsdok.html?id=115231>

som vil ha det avgjørende ord når det kommer til ansettelser. Holdningene deres varierer, men de som er mest positive til helsefagarbeiderlæringer, går inn for at disse skal erstatte i hvert fall en del av avgangen fra den allerede relativt marginaliserte hjelpepleiergruppen.

Vi kan oppsummere at det totalt sett er svært få helsefagarbeiderlæringer som har sitt hovedopphold ved norske sjukehus. Av i alt 1000-1100 læringer hvert år i faget er det bare ca 70 læringer som er i sjukehus. Det ser med andre ord ut til at bare sju prosent av lærlingene har sjukehus som sin hovedlæreplass. Det må understrekes at tallene på antall læringer i sjukehus er noe usikre, men ut fra disse tallene har antall læringer holdt seg stabilt siden introduksjonen av lærlingordningen i 2008.¹¹ Det er svært store forskjeller mellom sjukehusene i antall. Universitetssjukehuset i Stavanger har desidert flest læringer; de har omtrent 30 prosent av alle lærlingene som er ved sjukehus i Norge. De store sjukehusene i Oslo utmerker seg ved å ikke ha egne læringer.

De sjukehusene som har tatt inn læringer ser i utgangpunktet på det som en form for rekruttering til egen virksomhet. Selv om man ved sjukehusene er klar på at lærlingene ikke har krav på en stilling etter sin læretid, er likevel hovedbildet at de er generelt positive til å ansette dem, men uten å ville forplikte seg på noen måte. Den nye arbeidsdelingen mellom kommuner og sjukehus som følge av samhandlingsreformen, og behovene for å heve kompetansen til pleiepersonalet i kommunesektoren og øke disse sin innsikt i sjukehusenes organisering – ser ut til bare å være en sekundær motivasjon for å ta inn læringer ved de sjukehusene vi har snakket med. Det vises imidlertid til en generell opplæringsforpliktelse.

Det er en klar sammenheng mellom det å ta inn læringer og hjelpepleiernes posisjon i sjukehuset. Det gjelder for det første at det er et visst antall hjelpepleiere i arbeid ved sjukehuset. For det andre, de stedene hvor man har lyktes, er også de stedene som har hatt sterke hjelpepleiere som har vært pionerer og ildsjeler i å legge til rette for læringer. Men disse pionerene har også vært avhengig av at sjukehusledelsen har jobbet sammen med dem for å få avdelingene til å ansette læringer, noen ganger på tross av avdelingssjukepleiernes skepsis. Helsefagarbeiderlæringer i sjukehus ser slik sett foreløpig ut til å være et ganske skjørt prosjekt, som fungerer så lenge man har ildsjeler blant hjelpepleierne. Får man til en positiv utvikling på enkeltjukehus, kan en imidlertid optimistisk vurdering gå ut på at disse kan fungere som fyrtårn også for andre sjukehus.

Noen steder ble det pekt på at det var for få gode søkere til læreplassene. Kommer dette av at det er for få helsefagarbeidere, kommer det av at det ikke er nok kunnskap om at man kan ta læretid på noen sjukehus, eller kommer det av at man ikke tror man kan få jobb der? Dette er spørsmål som må stilles lærlingene selv, noe det ikke har vært rom for i dette prosjektet. Det må også legges vekt på at andre steder var det flere søkere enn plasser – hva denne variasjonen kommer av er også et interessant spørsmål å se på videre.

¹¹ Høsten 2008, det første semesteret for ordningen, var det 70 læringer Norum, C. and E. S. Iversen (2009). Rapport Aksjon helsefagarbeider 2005-2008. Oslo, KS, Spekter og HSH.

6.1 Utviklingen framover

Det er vanskelig å si noe konkret om framtida til helsefagarbeiderlærlingene i sjukehusene. Våre informanter, som er de som allerede tar inn lærlinger, ser for seg å fortsette omtrent på samme nivå som nå. Med andre ord ser de ikke for seg en økning. Siden vi hovedsakelig har fokusert på de som faktisk tar inn lærlinger for hele læretiden, har vi ikke den samme bakgrunn for å si noe om de stedene der man tar inn lærlinger for hospitering.

I hvilken grad kan man tenke seg at sterkere føringer fra helseforetakene til sjukehusene i spørsmålet om inntak av helsefagarbeiderlærlinger kan endre situasjonen? Det vil muligens kunne få flere sjukehus til å ta på seg opplæringsforpliktelser, noe som trolig først og fremst vil bety at flere lærlinger er innom sjukehusene som hospitanter. Som vi har vist, ser det ut til at det å ansette lærlinger for full opplæring er avhengig av en intern forankring i sjukehuset.

Avdelingssjukepleierne ser ut til å være et nøkkelledd når det gjelder å få til et stabilt inntak av lærlinger og ansettelse av helsefagarbeidere. At de noen steder har vært holdt utenfor forberedelsene og beslutningene om å ta inn lærlinger antyder at disse i utgangspunktet ikke anses å være så veldig positive til tiltaket. Det er vanskelig å tenke seg at verken inntak av helsefagarbeiderlærlinger eller ferdig utdannede helsefagarbeidere på sikt skal få noe særlig omfang uten at også dette sjiktet av pleieledere støtter en slik politikk.

Det er sentralt å se videre på sjukehusets rolle i forhold til lærlingene. Det ser ut til at den kommunale pleie- og omsorgssektoren kan regne med begrenset hjelp fra sjukehusene i kvalifiseringen av sine kandidater. Vi har sett at det i hovedsak er ut fra et rekrutteringssynspunkt man har tatt inn lærlinger – i alle fall de som har tatt inn lærlinger i lengre perioder. I mindre grad fant vi at man har tatt inn lærlinger ut fra et ansvar for å kvalifisere kandidater utover det man trenger selv. Dette er likevel i større grad tilfelle når det gjelder de som har lærlinger inne i kortere hospiteringsopphold. Utfordringen her er at det er nettopp slike kortere opphold som ser ut til å fungere dårligst. En kan også se for seg at det her vil bli argumentert fra sjukehusene sin side om at dette lærlinginntaket må ses i forhold til en opplæringskapasitet som allerede er hardt presset.

Referanser

- Abrahamsen, B. (1994). *Ustabilitet blant hjelpepleiere – jobb eller familie?* . Oslo, Institutt for samfunnsforskning
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt. På sporet av en helsepolitisk tradisjon.* Oslo, Tano Aschehoug
- Frøseth, M. W., Hovdehaugen, E., Høst, H. og Vibe, N. (2010). *En, to...tre? Den vanskelige overgangen - Evaluering av kunnskapsløftet. Fra andre til tredje år i videregående opplæring*, RAPPORT 21/2010. Oslo, NIFU STEP
<http://www.nifustep.no/Norway/Publications/2010/Webrapport%2021-2010.pdf>
- Høst, H. (2001). *Yrkesutdanningsprosess i krise? Rapport fra en studie av utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider etter Reform 94.* Bergen, AHS - Gruppe for flerfaglig arbeidslivsforskning
- Høst, H. (2004). *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene*, Rokkan-rapport 4-2004. Bergen, Rokkansenteret
- Høst, H. (2006). *Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv. En studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960-2006.* Akademisk grad: Avhandling for graden dr.polit. Bergen, Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjon
- Høst, H., Michelsen, S. og Gitlesen, J. P. (2008). *Læreplassutviklingen mellom politikk og konjunkturer. I: Høst, H. (red.). Fag- og yrkesopplæringen i Norge - noen sentrale utviklingstrekk.* Oslo, NIFU STEP
[http://www.nifustep.no/Norway/Publications/2008/NIFU_STEP_Rapport_20-2008\[2\].pdf](http://www.nifustep.no/Norway/Publications/2008/NIFU_STEP_Rapport_20-2008[2].pdf)
- Høst, H. og Evensen, M. (2009). *Ny struktur - tradisjonelle mønstre? Om Kunnskapsløftets strukturendringer i det videregående opplæringssystemet, og utforming av tilbud og dimensjonering i fylkeskommunene*, RAPPORT 28/2009. Oslo, NIFU STEP
<http://www.nifustep.no/Norway/Publications/2009/NIFU%20STEP%20Rapport%2028-2009.pdf>
- Michelsen, S., Høst, H. og Gitlesen, J. P. (1998). *Fagopplæring og organisasjon mellom reform og tradisjon. En evaluering av Reform 94. Sluttrapport*, AHS – gruppe for flerfaglig arbeidslivsforskning, Universitetet i Bergen
- Norum, C. og Iversen, E. S. (2009). *Rapport Aksjon helsefagarbeider 2005-2008.* Oslo, KS, Spekter og HSH <http://www.ks.no/PageFiles/2012/Rapport%202005-2008.pdf>
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer*, Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000D/DDPDFS.pdf>

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no