

Markus Roos Breines, Silje Andresen og Nadiya Fedoryshyn

Videreutdanning uten gevinst?

Fagskoleutdanning for helsefagarbeidere



Videreutdanning uten gevinst? Fagskoleutdanning for helsefagarbeidere

Helsesektoren står overfor et økende behov for arbeidskraft og kompetanse. Denne rapporten undersøker videreutdanning på fagskolenivå for helsefagarbeidere, med vekt på hvordan arbeidsgivere legger til rette for utdanning, hvilke barrierer ansatte møter, og hvilke konsekvenser fullført utdanning får i arbeidshverdagen. Studien bygger på intervjuer med helsefagarbeidere, ledere og tillitsvalgte i kommuner og på sykehus i ulike deler av landet, samt en spørreundersøkelse med svar fra ca. 2000 helsefagarbeidere. Funnene viser at mangelfull informasjon, uformelle prosesser og uforutsigbare støtteordninger kan gjøre det krevende å starte på videreutdanning ved siden av jobb. Samtidig finner vi at videreutdanning ikke nødvendigvis gir endringer i ansvar eller arbeidsoppgaver, selv om mange helsefagarbeidere opplever økt trygghet og faglig utvikling. Rapporten peker på behovet for bedre informasjon, støtteordninger og utnyttelse av kompetansen helsefagarbeidere tilegner seg gjennom fagskoleutdanning.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Summary.....	5
1 Innledning	7
1.1 Gangen i rapporten.....	8
2 Bakgrunn og tidligere forskning.....	9
2.1 Helsefagarbeiderens rolle og utfordringer	9
2.2 Videreutdanning og fagskole for helsefagarbeidere.....	11
3 Metode	13
3.1 Kvalitativ metode	13
3.2 Spørreundersøkelse.....	14
4 Kompetansebehov og motivasjon for videreutdanning	16
4.1 Behov for kompetanse i helsesektoren	16
4.2 Endrede kompetansebehov og nye oppgaver	17
4.3 Helsefagarbeidernes motivasjon.....	19
4.4 Gjennomføring av videreutdanning	22
5 Informasjon om utdanningsmuligheter	25
5.1 Kjennskap til videreutdanningstilbud.....	25
5.2 Informasjonsflyt	27
5.3 Mangelfull informasjon	29
6 Arbeidsgiveres støtte til videreutdanning.....	31
6.1 Utilstrekkelig grad av arbeidsgiverstøtte.....	31
6.2 Varierende praksis	34
6.3 Økonomiske rammer.....	37
7 Konsekvenser av videreutdanning.....	40
7.1 Faglig trygghet og personlig utvikling.....	41
7.2 Bruk av kompetanse.....	44
7.3 Lønn og belønning for fullført videreutdanning	48
8 Avslutning	50
9 Referanser	52

Forord

I denne rapporten presenterer vi funn fra et forskningsprosjekt om videreutdanning på fagskolenivå for helsefagarbeidere. Rapporten identifiserer hvordan arbeidsgivere legger til rette for videreutdanning og hva som er utfallene ved fullført høyere yrkesfaglig utdanning for helsefagarbeidere. Prosjektet er finansiert av LOs forskning- og utviklingsmidler, og vi vil takke for muligheten til å gjennomføre dette arbeidet. Arvid Ellingsen har vært vår kontaktperson hos LO og har gjennom prosjektet bidratt med innsikt og verdifulle kommentarer.

Vi vil også rette en stor takk til alle deltakerne som har tatt seg tid til å bidra med sine erfaringer både i intervjuer og gjennom spørreundersøkelsen. Vi ønsker også å takke Tonje Thorbjørnsen og Helge Sporsheim i Fagforbundet for deres støtte til prosjektet. Takk også til Ketil Bråthen for grundig kvalitetssikring og innspill på spørreundersøkelsen og Sofie Engedal fra informasjonsavdelingen for å ferdigstille rapporten.

Mars, 2026

Markus Roos Breines (prosjektleder)

Sammendrag

Det er stort behov for arbeidskraft og kompetanse i helsesektoren i årene som kommer, og i denne rapporten undersøker vi videreutdanning på fagskolenivå for helsefagarbeidere. Målet med forskningsprosjektet har vært å identifisere hvordan arbeidsgivere legger til rette for videreutdanning og hva som er konsekvensene ved fullført høyere yrkesfaglig utdanning. Vi har undersøkt dette gjennom intervjuer med helsefagarbeidere, ledere, hovedtillitsvalgte og andre som har god kunnskap om kompetanseutvikling. Datainnsamlingen er gjort i kommuner og på sykehus i ulike deler av landet. I tillegg har vi gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot helsefagarbeidere for å få et bredere bilde på omstendighetene rundt videreutdanning. Det har gitt oss innblikk i både muligheter og barrierer for å øke kompetanse blant de ansatte.

Funnene viser at det ikke nødvendigvis er så mye endring til tross for at det pågår omorganisering i enkelte kommuner for å løse utfordringer med å skaffe kvalifisert arbeidskraft. Det er mange ledere som har kunnskap om nødvendigheten ved å øke kompetansen blant de ansatte, men det er også andre omstendigheter som påvirker helsefagarbeidernes valg og muligheter rundt videreutdanning. Selv om det er behov for å øke helsefagarbeidernes kompetanse, er det variasjon i tilretteleggingen og i hvilken grad ansatte faktisk ønsker å ta videreutdanning. Blant deltakerne i studien er det rundt en tredjedel som har tatt eller er i gang med videreutdanning, og vi finner at det er flere som ønsker å gjøre dette. Vi finner variasjon i motivasjonen for å ta videreutdanning, både i forhold til alder og hva slags fag de ønsker å studere. Flere opplever at det er ulike barrierer som kostnader, begrenset informasjon og manglende støtte fra arbeidsgiver, noe som gjør det krevende å sette i gang utdanningsløp ved siden av jobb.

Valg om videreutdanning kan også ses i sammenheng med tilgang på informasjon om fagskoler. Det er variasjon i hvilken grad helsefagarbeiderne har kjennskap til tilbudene, og blant lederne er det også ulik kunnskap om videreutdanning på fagskolenivå og om rettigheter i forbindelse med videreutdanning. Vi finner at arbeidsgivere har ulike praksiser rundt det å dele informasjon, og at informasjonen noen ganger er mangelfull.

Rapporten avdekker også at det er store ulikheter i støtten arbeidsgiverne gir helsefagarbeiderne til videreutdanning. Støtten til å få fri til å studere og ta eksamen samt økonomisk støtte, er viktig for mange helsefagarbeidere, men det er ikke alle som får tilgang til det. Det er variasjon i støtte både mellom institusjoner i samme kommune og blant ansatte på samme institusjon, noe som skaper frustrasjon hos de ansatte. For å gi innblikk i de underliggende årsakene til disse ulikhetene ser vi det i sammenheng med kommuneøkonomi og andre faktorer som påvirker arbeidsgivernes muligheter til å tilby støtte til studier.

Til tross for stort behov for høyt kvalifisert arbeidskraft i helsevesenet finner vi at økt kompetanse gjennom fagskoleutdanning ikke nødvendigvis skaper endringer i helsefagarbeidernes arbeidshverdag. Mange opplever at kunnskapen de tilegner seg er relevant for arbeidet og bidrar til å gjøre dem tryggere i jobben, men fullført videreutdanning fører ikke nødvendigvis til mer ansvar eller nye arbeidsoppgaver. Mange

helsefagarbeidere opplever at kompetansen deres ikke tas i bruk og at de ofte ender opp med å gjøre de samme oppgavene som helsefagarbeiderne som ikke har tatt videreutdanning.

Videreutdanning på fagskole er et viktig virkemiddel for å gi helsefagarbeidere faglig påfyll og kompetanse som kan bidra til å løse noen av utfordringene helsesektoren står ovenfor. Samtidig understreker vi behovet for bedre informasjon om fagskoletilbud og mer forutsigbare støtteordninger for helsefagarbeidere. I tillegg er det et stort potensial for å finne bedre måter å ta i bruk kompetansen de tilegner seg på fagskoler.

Summary

There will be a substantial and growing demand for labour and specialized skills in the health sector in the years ahead, and this report examines continuing education in higher vocational education for health care workers. The aim of this report is to identify how employers facilitate continuing education and the consequences of completing higher vocational education.

We have explored this through interviews with health care workers, managers, union representatives, and others with extensive knowledge of skill development. The data collection was conducted in municipalities and hospitals in different parts of Norway. In addition, we conducted a survey targeting health care workers in order to obtain a broader picture of the conditions surrounding continuing education. This has provided insight into both opportunities and barriers related to increasing employees' skills.

The findings suggest limited change for health care workers who pursue continuing education, despite ongoing organisational restructuring in several municipalities intended to address challenges in recruiting qualified personnel. Many managers are aware of the need to increase employees' skills, but other factors also influence health care workers' choices and opportunities with regard to continuing education. Although the need to strengthen the skills of health care workers is widely recognised, there is considerable variation in how continuing education is facilitated and in the extent to which employees are motivated to pursue further education. Among the participants in the study, approximately one third have completed or are currently undertaking continuing education, and many others express a desire to further develop their skills. Motivation to pursue continuing education also varies by age and by the field of study individuals wish to undertake. Several participants encountered barriers such as financial costs, limited access to information, and insufficient support from employers, which made it challenging to undertake education alongside their work.

Decisions regarding continuing education can also be understood in relation to access to information about higher vocational colleges. There is variation in the extent to which health care workers are familiar with available programmes, and managers also differ in their knowledge of continuing education at the higher vocational college level and of employees' rights related to further education. In addition, employers vary in their practices for disseminating information, and in some cases the information provided is inadequate.

The report also reveals considerable differences in the support employers provide to health care workers who pursue continuing education. Access to study leave, leave for examinations, and financial support is crucial for many health care workers, yet such provisions are not available to everyone. There is variation in support both between institutions within the same municipality and among employees at the same institution, which creates frustration among staff. To shed light on the underlying causes of these differences, we examine them in relation to local government finances and other factors that influence employers' capacity to support further education.

Despite the substantial need for highly qualified labour in the health sector, we find that increased skills acquired through vocational college education does not necessarily lead to changes in health care workers' daily work. Many report that the knowledge they acquire is relevant to their work and contributes to greater confidence in their role, but completion of continuing education does not necessarily result in increased responsibility or new tasks. Health care workers who experience that their skills are not utilised often continue to perform the same tasks as colleagues who have not undertaken continuing education.

Continuing education at higher vocational colleges is an important tool for providing health care workers with professional development and skills that may contribute to addressing some of the challenges facing the health sector. At the same time, the report highlights the need for better information about higher vocational college programmes and more predictable support schemes for health care workers. In addition, there is significant potential to develop better ways of utilizing the skills acquired through higher vocational college education.

1 Innledning

Den norske helsesektoren står i en krevende situasjon med økende behov for kvalifisert arbeidskraft. Den manglende arbeidskraften handler ikke bare om å rekruttere flere ansatte, men også om hvordan sektoren kan utnytte arbeidskraften man allerede har på best mulig måte (Meld. St. 13 (2011–2012); NOU 2023:4). Med en aldrene befolkning og færre i arbeidsfør alder, er det behov for både omstrukturering og målrettede kompetanseløft i tjenestene.

Helsefagarbeidere er en av de største yrkesgruppene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og utgjør kjernen i det daglige pleienære arbeidet. Yrket ble etablert i 2006 gjennom sammenslåingen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen, og helsefagarbeidere er i dag autorisert helsepersonell med fagbrev (Meld. St. 13 (2011–2012)). Det ordinære utdanningsløpet er todelt, med to år i skole og to år i lære, og avsluttes med fagprøve. Helsefagarbeidere kan for eksempel jobbe på sykehus, i hjemmetjenesten, sykehjem, i rusomsorgen eller i psykiatrien. De arbeider tett på brukere og pasienter og utfører grunnleggende pleie- og omsorgsoppgaver som personlig hygiene, mobilisering, observasjon og dokumentasjon av pasientens tilstand, og praktiske oppgaver som ivaretar brukernes daglige hverdagsliv¹. I praksis er helsefagarbeiderne ofte de som tilbringer mest tid sammen med pasientene, og de har derfor en sentral rolle i kontinuiteten og kvaliteten på tjenestene.

Helsefagarbeidere befinner seg i et tydelig kompetansehierarki mellom ansatte uten formell helsefaglig kompetanse og sykepleiere. Sykepleierne har et overordnet ansvar for pasientsikkerhet, helsefaglige vurderinger og medisinsk oppfølging, og helsefagarbeiderne jobber i hovedsak under deres faglige ledelse (NOU 2023:4). Dette innebærer at helsefagarbeidere er selvstendige, men samtidig integrert i en faglig styringslinje. For å bedre utnytte den kompetansen man har og videreutvikle den, er det en økende tendens til at helsefagarbeidere får nye oppgaver som følge av endret og mer systematisk oppgavedeling i mange kommuner (Bråthen & Aspøy, 2025).

Ettersom helsefagarbeidere overtar flere oppgaver som tidligere lå hos sykepleierne (Bråthen & Aspøy, 2025), er det avgjørende at de gis mulighet til å videreutvikle kompetansen sin. Videreutdanning ved fagskole er et sentralt virkemiddel i denne sammenhengen. Fagskolene tilbyr høyere yrkesfaglig utdanning som et alternativ til høyskoleutdanning. De samarbeider tett med næringslivet, sykehus og kommuner om videreutdanningen, og en fagskoleutdanning varer mellom et halvt til to år (NOU 2023:4). I NOU «Tid for handling» fremheves det også at fagskolene har etablert utdanninger som kan bidra til riktig oppgavedeling og bedre organisering av arbeidsprosesser (NOU 2023:4, s. 140). Etter tekniske fag, er helse- og velferdsfag det nest største fagområdet i fagskolesektoren (HK-dir, 2022).

Nettbaserte tilbud er blitt stadig mer populære (HK-dir, 2022), og dette har skapt nye muligheter for helsefagarbeidere som vil kombinere utdanning med jobb og familieliv.

¹ <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider>

Kombinert med det økende behovet for kompetanse i helsesektoren, burde dette tilsi at det skulle være forholdsvis enkelt å satse på videreutdanning. Samtidig er det en rekke barrierer som gjør at potensialet ikke alltid realiseres. Mange helsefagarbeidere opplever begrenset tilrettelegging fra arbeidsgiver, og karriereutviklingen etter fullført utdanning kan være beskjedent (Andresen & Breines, 2024; Høst et al., 2025).

Det er derfor behov for mer inngående kunnskap om hva som gjør at videreutdanning gir reell kompetanseutnyttelse, bedre oppgavedeling og varig verdsetting i sektoren. Denne rapporten setter søkelys på dette gjennom følgende problemstillinger:

- Hvordan legger arbeidsgivere til rette for at helsefagarbeidere kan ta videreutdanning på fagskole?
- Hvilke endringer i oppgaver, nye roller og/eller lønn har fagskoleutdanning for helsefagarbeidere ført til?

For å belyse dette har vi studert fire kommuner som jobber målrettet med kompetanseøkning blant helsefagarbeidere. Hensikten har vært å få innblikk i hvordan dette gjøres på steder hvor det både er engasjement og investering i videreutdanning, for å kunne lære av deres erfaringer. I de fire casekommunene har vi intervjuet nøkkelpersoner i kommunene, avdelingsledere/ledere og helsefagarbeidere. Vi har også intervjuet informanter fra sykehjem, hjemmetjenesten og sykehus. Basert på funn fra disse kvalitative casestudiene har vi deretter sendt ut en spørreundersøkelse til helsefagarbeidere organisert i Fagforbundet (over 2000 respondenter, svarprosent på 20 prosent) for å få mer kunnskap om utbredelsen av helsefagarbeideres opplevelser av videreutdanning. Denne rapporten presenterer våre funn om tilrettelegging for videreutdanning og konsekvenser av fagskoleutdanning.

1.1 Gangen i rapporten

I neste kapittel ser vi mer på eksisterende kunnskap om helsesektoren og helsefagarbeidernes rolle. Vi presenterer også kunnskap om videreutdanning på fagskolenivå for helsefagarbeidere. I kapittel 3 presenterer vi metodene som er brukt for datainnsamlingen og hvordan vi har utført analysene. I kapittel 4–7 presenterer vi funn fra intervjuene og spørreundersøkelsen med særlig vekt på helsefagarbeideres erfaringer med videreutdanning. I kapittel 4 viser vi hvordan behovet for kompetanse forstås blant informantene, hva som motiverer helsefagarbeidere til å ta videreutdanning, men også hvilke barrierer som hindrer dem i å gjøre det. I kapittel 5 viser vi at det er varierende kjennskap til utdanningsmuligheter og at dette henger sammen med ulik formidling av informasjon. I kapittel 6 undersøker vi hvordan støtte til videreutdanning varierer og viser at mange helsefagarbeidere opplever den som utilstrekkelig. Kapittel 7 viser at videreutdanning i stor grad gir faglig trygghet, men sjelden fører til nye oppgaver, ansvar eller bedre lønn. Rapporten avsluttes med en diskusjon om hva funnene rundt forholdene til helsefagarbeideres videreutdanning sier om løsninger på kompetansebehov i helsesektoren.

2 Bakgrunn og tidligere forskning

Helsesektoren i Norge står overfor en vedvarende og økende mangel på kvalifisert arbeidskraft. Offentlige utredninger og kartlegginger peker på at alle typer helsepersonell er et knapphetsgode – spesielt sykepleiere og helsefagarbeidere (Meld. St. 13 (2011–2012); NOU 2023:4). I 2023 ble det estimert et underskudd på rundt 13 000 ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvor det største gapet var mangelen på 4650 sykepleiere og 2700 helsefagarbeidere (Helsedirektoratet, 2023). Navs årlige bedriftsundersøkelse bekrefter at helse- og omsorgssektoren er den bransjen som sliter med størst mangel på arbeidskraft i Norge (Skjøstad et al., 2025). Arbeidsgivermonitoren til Kommunesektorens Organisasjon (KS) for 2023 viser at kommunene fortsatt har store utfordringer med å rekruttere sykepleiere, og at rekrutteringsutfordringene i helse- og omsorgssektoren har økt siden 2021 (KS, 2023; Helsedirektoratet, 2023).

I den siste stortingsmeldingen om høyere yrkesfaglig utdanning understrekes det at bemanningsutfordringene ikke kan løses gjennom økt rekruttering alene (Meld. St. 11 (2024–2025)). Meldingen peker på behovet for bedre utnyttelse av kompetansen til de ansatte, noe som kan redusere behovet for å rekruttere, og løfter frem fagarbeidere som en sentral ressurs som må brukes mer målrettet og systematisk (Meld. St. 11 (2024–2025)). Årsaken til den økende mangelen på arbeidskraft handler om at andelen eldre i befolkningen øker raskt, mens andelen yrkesaktive ikke vokser i samme tempo. Det er dermed ikke mulig bare å øke bemanningen. Både Helsepersonellkommisjonen og andre offentlige dokumenter understreker at det må tas grep for å benytte de ansatte på en bedre måte (NOU 2023:4; Stiklestad, 2022). Tiltak som en større andel helsefagarbeidere som arbeider heltid eller i større deltidsstillinger enn i dag, oppgavedeling, bruk av ny teknologi og kompetanseheving gjennom utdanning, fremheves som sentrale strategier for å håndtere situasjonen (NOU 2023:4). Dette samsvarer med Meld. St. 11 (2024–2025), som fremhever at fagskoleutdanning og kompetanseutvikling for fagarbeidere, særlig innen helse og velferd, er et av de viktigste virkemidlene for å møte det langsiktige kompetansebehovet i sektoren.

2.1 Helsefagarbeiderens rolle og utfordringer

Helsefagarbeidere – tidligere utdanninger og yrkestitler var hjelpepleiere og omsorgsarbeidere – utgjør en sentral del av grunnbemanningen i den kommunale omsorgstjenesten. Helsefagarbeidere har fagbrev som kvalifiserer til praktisk pleie- og omsorgsarbeid, og anses som avgjørende for å ivareta befolkningens behov for grunnleggende helse- og omsorgstjenester (Stiklestad, 2022). Til tross for at de har en viktig rolle, preges yrkeshverdagen til helsefagarbeiderne av flere utfordringer. Mange jobber ufrivillig deltid og sliter med å få hele, faste stillinger. Tall fra SSB viser at i 2024 hadde kun 28,5 prosent av helsefagarbeiderne i kommunal helse- og omsorgstjeneste fulltidsstilling (SSB, 2025). Denne deltidskulturen skaper uforutsigbarhet for de ansatte og gir dem færre muligheter til å utvikle ferdigheter gjennom arbeidet, noe som også svekker kommunenes evne til å rekruttere, beholde og utvikle fagarbeidere (Meld. St. 11 (2024–2025)).

Forskning tyder faktisk på at mangelen på hele stillinger har bidratt til «store lekkasjer» i utdanningsløpet for helsefagarbeidere, mange elever på videregående velger bort yrket underveis når de ser begrensede muligheter for faste, fulle stillinger (Stiklestad, 2022). Selv om andelen heltidsstillinger er økende, viser tall fra 2024 at av de 18 469 utlyste helsefagarbeiderstillingene i norske kommuner, var bare 30 prosent heltidsstillinger (Fagbladet, 2025).

En studie i bruken av helsefagarbeideres kompetanse bekrefter også at denne gruppens ressurser ikke alltid blir utnyttet fullt ut. Ingulsrud og Falkum (2017) viser, basert på en spørreundersøkelse blant over 1300 helsefagarbeidere, at mange helsefagarbeidere opplever å ha kunnskaper og ferdigheter som ikke tas i bruk i arbeidshverdagen. Studien peker på at det særlig er arbeidsorganiseringen som setter begrensninger. En studie om mobilitet i helse- og omsorgstjenestene viser at deltidskulturen ikke bare påvirker rekruttering, men også mulighetene for intern mobilitet og kompetanseutvikling. Mobilitet viser her til muligheten for å endre arbeidsoppgaver eller stilling over tid, som ledd i faglig utvikling. Helsefagarbeidere har vesentlig lavere mobilitet enn arbeidstakere ellers i arbeidslivet, og små stillinger bidrar til å «låse» ansatte i stabile, men lite utviklende jobber (Nielsen & Moland, 2023).

Som følge av den vedvarende mangelen på arbeidskraft i helsesektoren de siste årene, har det blitt økt oppmerksomhet på at helsefagarbeidere skal overta enkelte sykepleieroppgaver, siden etterspørselen på sykepleiere er stor. Dette skiftet i oppgavedelingen skjer både som akutte nødløsninger ved bemanningskriser og ved planlagte tiltak for bedre arbeidsflyt. Nyere studier om oppgavedeling viser at helsefagarbeidere, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og på sykehus, får flere oppgaver som krever mer kompetanse. I en rapport om oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren dokumenteres det at det er økende press for å omfordele oppgaver mellom ulike yrkesgrupper som helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører (Bråthen & Moland, 2023). Interessant nok rapporteres det også om mindre profesjonskamp enn antatt da mangel på personell tvinger frem en mer pragmatisk holdning til hvem som gjør hva, og ved flere steder samarbeider yrkesgruppene nå bedre enn før (ibid.). En tilsvarende utvikling beskrives om oppgavedeling på sykehus, hvor helsefagarbeidere inngår i prosedyrer og arbeidsoppgaver som bidrar til bedre arbeidsflyt og avlastning av sykepleierressurser (Oslo Economics, 2022). Flere av sykehusene som forsøkte dette, vurderte ordningene som faglig forsvarlige og har videreført dem i ordinær drift (ibid.).

Det er flere eksempler på at oppgavedeling innføres i ulike deler av landet. Et konkret eksempel er Bodø kommune, som gjennom prosjektet «TØRN kommune» satte søkelys på best mulig oppgavedeling og bruk av kompetanse. Dette ga merkbart lavere sykefravær, mer fornøyde brukere av tjenestene og en mindre stressende arbeidshverdag for sykepleierne (Helsedirektoratet, 2023). I mange kommuner får helsefagarbeidere flere fagspesifikke oppgaver og et tydeligere faglig ansvar, og samtidig endres rollene også for sykepleiere og ansatte uten formell helsefaglig kompetanse, noe som kan gi bedre kompetanseutnyttelse når endringene støttes av tydelige rammer, opplæring og avlastning (Bråthen & Aspøy, 2025). Det vises til at lokal forankring, godt lederskap og stabile team er avgjørende for å lykkes, mens små stillinger og uklare forventninger kan hindre ønsket utvikling (ibid.). Erfaringer som dette illustrerer at det er mulig å finne nye måter

å fordele arbeidet i helsesektoren, og at det er mange mulige gevinster ved å satse på helsefagarbeidernes kompetanse.

2.2 Videreutdanning og fagskole for helsefagarbeidere

En måte å øke helsefagarbeideres kompetanse er videreutdanning ved fagskoler. Fagskoler tilbyr høyere yrkesfaglig utdanning, typisk ett- eller toårige deltidsstudier, som gir spisskompetanse innenfor ulike områder. Det er et omfattende tilbud av fagskoleutdanninger innen helse- og velferdsfag, tilbudt av rundt 25 ulike fagskoler på landsbasis (HK-dir, 2025). Fagskoleutdanningene har opptakskrav som bygger på fullført videregående opplæring eller tilsvarende realkompetanse. Tilbyderne omfatter både offentlige fagskoler, private aktører og ideelle/arbeidstakerorganiserte tilbydere, ofte med flere studiesteder og parallelle tilbud.

Selv om det samlede tilbudet dekker et bredt spekter av temaer, fra administrasjon og velferdsteknologi til migrasjonshelse og veiledning, er det samtidig tydelig at en mindre gruppe utdanninger går igjen hos svært mange tilbydere. Basert på hvor ofte utdanningene forekommer på tvers av tilbydere og regioner, fremstår følgende som de mest utbredte tilbudene:²

- eldreomsorg (aldring og helse, demensomsorg og alderspsykiatri)
- psykisk helse og rus (psykisk helsearbeid, miljøarbeid innen rus)
- rehabilitering
- klinisk kompetanse
- kreftomsorg og lindrende pleie
- miljøarbeid rettet mot mennesker med funksjonsnedsettelse/utviklingshemming

Allerede før covid-19-pandemien så man en trend der stadig flere fagskoleutdanninger ble tilbudt som nettbaserte eller i en kombinasjon med samlinger og nettbasert undervisning, noe som gjorde det enklere for helsefagarbeidere å ta videreutdanning. Dette kan ses i sammenheng med at slike utdanningsløp kan gjennomføres uten at studentene behøver å flytte, miste inntekt eller ta langvarig permisjon (Andresen & Breines, 2024). I Meld. St. 11 (2024–2025) understrekes det at fleksible utdanningsmodeller, som nett- og samlingsbaserte tilbud, er avgjørende for å nå voksne fagarbeidere i turnusarbeid, og at slike tilbud gjør det mulig for flere å ta formell videreutdanning uten å være borte fra arbeid i lengre perioder. I 2024 var 30 prosent stedsbasert, 54 prosent nettbasert med samlinger og 16 prosent nettbaserte tilbud (HK-dir, 2025).

Helse- og velferdsfag er blant de største fagområdene i fagskolesektoren, med 8470 studenter i 2024 – en økning på nesten 900 studenter fra året før (HK-dir, 2025, s. 4). Dette innebærer at om lag hver fjerde fagskolestudent går på en utdanning innen helse og velferd. Rapporten viser også at de fleste studentene i disse utdanningene er voksne og nesten alle (98 prosent) studerer på deltid, noe som understreker betydningen av fleksible utdanningsløp som kan kombineres med turnusarbeid (HK-dir 2025). Fagskolene utdanner årlig om lag 2500 kandidater innen helsefag, men med et samlet studenttall på 7300 i 2024 forventes antallet uteksaminerte snart å passere 3000 per år (Høst

² <https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/videregaende-opplaering/bli-helsefagarbeider/videreutdanning-pa-fagskole/> og Utdanning.no

et al., 2025, s. 31). Tre firedeler av studentene innen helse- og oppvekstfag går på helsefagutdanninger, og nesten alle kombinerer studiene med deltids- eller heltidsarbeid (NOU 2023:4).

Samtidig har veksten i helsefaglige fagskoleutdanninger vært mer moderat enn forventet, til tross for det store behovet for kompetanse i sektoren, noe som delvis forklares med at videreutdanning foreløpig gir begrenset uttelling i form av karriereutvikling eller stillingsendringer (HK-dir 2025). Selv om videreutdanning ved fagskole kan være et godt virkemiddel for kompetanseheving, viser forskning at utbyttet i form av karriereutvikling for helsefagarbeidere hittil har vært begrenset. NIFUs analyser fra 2025 viser at kandidater fra helse- og oppvekstfag i større grad enn andre blir værende i samme stilling etter videreutdanning, og at langt færre enn i andre utdanninger får nye oppgaver og mer ansvar (Høst et al., 2025). Lav mobilitet i sektoren forsterker dette bildet, ettersom helsefagarbeidere sjelden går over i nye stillinger selv når de tilegner seg mer formell kompetanse (Nielsen & Moland, 2023).

De fleste studentene har allerede mange års erfaring, og selv etter fullført utdanning fortsetter de ofte i samme type jobb og stillingsnivå. Dette skiller helse- og oppvekstutdanningene fra tekniske og maritime fag, hvor videreutdanning oftere gir tydelig lønnsvekst og nye stillinger. I helse- og oppvekstfag er lønnsutviklingen derimot flat eller svak, selv om tariffavtalen gir rett til to ekstra lønnstrinn ved relevant fagskoleutdanning. Det fremstår som en tilsynelatende motsetning at mange steder gir avtalefestet lønnsøkning, samtidig som registerdata viser manglende karriereutvikling for denne gruppen. Dette kan redusere incentivene for både arbeidstakere og arbeidsgivere til å satse på videreutdanning (Høst et al., 2025).

Det er bred enighet om at helsefagarbeidere spiller en nøkkelrolle i helse- og omsorgstjenestene, men forskningen viser at mange fortsatt jobber deltid og blir værende i stillinger med begrensede utviklingsmuligheter. Dette svekker både rekruttering, kompetanseutnyttelse og helsesektorens bærekraft. Samtidig tyder nyere studier på at det gradvis skjer endringer. Flere kommuner og sykehus tar i bruk mer systematisk oppgavedeling, og helsefagarbeidere får i økende grad oppgaver som tidligere var forbeholdt sykepleiere. Tilgangen på fleksibel videreutdanning gjennom fagskoler har også økt, noe som gir større muligheter for kompetanseheving. Likevel gjenstår viktige spørsmål om hvordan denne utviklingen faktisk skjer i praksis, noe denne rapporten søker å belyse.

3 Metode

I dette prosjektet har vi brukt både kvalitative og kvantitative metoder for å dekke problemstillingene både i bredde og dybde. Disse beskriver vi i det følgende.

3.1 Kvalitativ metode

I prosjektet har vi valgt ut fire kommuner som varierer både i tilgang på helsefagarbeidere og geografisk plassering. Utvelgelsen ble gjort i dialog med oppdragsgiver og Fagforbundet, og vi valgte ut fire kommuner i ulike deler av landet hvor det har vært en satsing på helsefagarbeideres kompetanse gjennom videreutdanning. Vi ville velge ut såkalte «best-case» kommuner for å se hvordan kommuner som har fokus på videreutdanning, legger til rette for dette og bruker helsefagarbeidernes økte kompetanse.

I hver kommune har vi samlet inn informasjon om deres praksis av kompetanseutvikling. Totalt er det gjennomført intervjuer med 13 helsefagarbeidere, to hovedtillitsvalgte i to kommuner, ti ledere og kompetanseansvarlige på arbeidsplasser (som sykehjem (inkludert et som ble drevet av en ideell organisasjon), sykehus og hjemmetjenester), samt en person fra kommuneadministrasjonen med ansvar for kompetanseutvikling. Vi har også intervjuet to representanter fra Fagforbundet sentralt.

De fleste intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt i de aktuelle kommunene, noe som ga oss mulighet til å bli kjent med de lokale forholdene hvor informantene jobber. I tillegg gjennomførte vi enkelte intervjuer på Teams, enten fordi det var mest praktisk for informantene eller fordi de ikke hadde anledning til å delta da vi var på besøk i kommunen. Alle informantene mottok skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet i forkant, inkludert opplysninger om informert samtykke og anonymitet. Deltakelse var frivillig, og informantene hadde anledning til å trekke seg når som helst.

Blant intervjuene med helsefagarbeidere gjennomførte vi et fokusgruppeintervju med fire deltakere. De øvrige intervjuene ble gjennomført som individuelle samtaler. Samtlige intervjuer ble tatt opp på lydfil og deretter transkribert. For å analysere dataene, ble intervjuene kodet tematisk i NVivo. Informantene er anonymisert i rapporten, og vi oppgir derfor ikke navn eller stillingsbetegnelser som kan gjøre dem identifiserbare.

Tabell 1. Oversikt over gjennomførte intervjuer.

Østlandet storby	Nord-Norge	Vestlandet	Østlandet
Fagutvikler i hjemmetjenesten	Avdelingsleder på sykehjem	Leder helse og omsorg i kommunen	Seksjonsleder sykehus
Koordinator for hjemmetjenesten	Avdelingsleder for omsorgsbolig	Hovedtillitsvalgt i kommunen	Seksjonsleder sykehus
Leder i hjemmetjenesten	Hovedtillitsvalgt i kommunen	Avdelingsleder på sykehjem	Seksjonsleder sykehus
Helsefagarbeider i hjemmetjenesten	Helsefagarbeider på sykehjem	Helsefagarbeider på sykehjem	Seksjonsleder sykehus

Helsefagarbeider i hjemmetjenesten	Helsefagarbeider på sykehjem	Helsefagarbeider på sykehjem	Helsefagarbeider sykehus
Helsefagarbeider i hjemmetjenesten	Helsefagarbeider på sykehjem		Helsefagarbeider sykehus
	Helsefagarbeider i omsorgsbolig		Helsefagarbeider sykehus
			Helsefagarbeider sykehus

Intervjuene og analysen ga oss innsikt i både arbeidsgivernes og -takernes perspektiver. Blant lederne og kommuneadministrasjonen fikk vi informasjon om hvordan det arbeides med utdanningspermisjon, stipendordninger, lønnstillegg og tilrettelegging for videreutdanning. Intervjuene med helsefagarbeidere som har fullført eller er i gang med fagskoleutdanning ga oss kunnskap om deres erfaringer, hvilke former for støtte de opplever å få, og hvordan utdanningen påvirker deres arbeidshverdag og samarbeid med andre yrkesgrupper. Intervjudataene danner et empirisk grunnlag som gir innsikter i de strukturelle barrierene som hindrer gjennomføring av videreutdanning for helsefagarbeidere og god bruk av deres kompetanse. Samtidig ble intervjuene utført i kommuner hvor man forsøker å legge til rette for videreutdanning, noe som betyr at forholdene i andre kommuner kan se annerledes ut.

3.2 Spørreundersøkelse

Som en del av prosjektet gjennomførte vi en spørreundersøkelse med organiserte medlemmer av Fagforbundet som hadde registrert e-posten sin. En del helsefagarbeidere er organisert i Delta, eller uorganiserte, og dette kan gi systematiske forskjeller i svarene vi har fått. Formålet med spørreundersøkelsen er å gi et bredt bilde av helsefagarbeidernes egne erfaringer rundt hvordan det legges til rette for videreutdanning og karriereutvikling, samt hvilken betydning videreutdanning har for lønn og arbeidsoppgaver. Spørsmålene i undersøkelsen omhandlet temaer som bakgrunn og arbeidssituasjon, erfaringer med videreutdanning og annen kompetanseheving, opplevd motivasjon og barrierer for formell kompetanseøkning, arbeidsgiverens rolle samt opplevde konsekvenser etter gjennomført utdanning. Utformingen av spørsmålene bygde vi på funn fra intervjuene. Det ga oss mulighet til å undersøke i hvor stor grad våre kvalitative resultater gjorde seg gjeldende i et større materiale.

Et tilfeldig utvalg på 10 000 personer som var organisert i Fagforbundet og registrert som yrkesaktive helsefagarbeidere i forbundets kontaktlister ble trukket ut. Undersøkelsen ble sendt ut til dem på e-post og SMS, med to påminnelser på e-post og en på SMS. Datainnsamlingen foregikk i perioden september–oktober 2025. Svarene ble anonymisert i det elektroniske datainnsamlingsverktøyet Walr, som ble brukt til å gjennomføre undersøkelsen. Til sammen ble undersøkelsen besvart av 2052 personer. Innledningsvis ble det stilt et spørsmål om respondenten jobber som helsefagarbeider, hjelpepleier, omsorgsarbeider, leder av helsetjenester eller i et annet relevant yrke innen helse. De som svarte at de ikke jobbet i ovennevnte yrker (72 personer), ble tatt ut av

undersøkelsen. Nettoutvalget utgjør med andre ord 1980 respondenter. Dette tilsvarer en svarprosent på 20.

Tabellen under viser sentrale kjennetegn i nettoutvalget som kjønn, alder, geografisk region, sektor og type arbeidsplass. Tilsvarende informasjon foreligger ikke for bruttoutvalget, ettersom vi kun har hatt tilgang til e-poster formidlet via Fagforbundet.

Tabell 2. Fordeling etter ulike kjennetegn i nettoutvalget.

Aldersgruppe	Antall
Under 30 år	199
30–54 år	1151
55 år eller eldre	630
Kjønn	
Mann	256
Kvinne	1724
Region	
Midt	282
Nord	198
Sør-Øst	1092
Vest	408
Type arbeidsplass (flere svar mulig)	
Sykehjem	794
Hjemmetjenesten	551
Bolig for personer med funksjonsnedsettelser	409
Sykehus	219
Annet	378
Sektor	
Kommune/fylkeskommune	1710
Stat	160
Privat	93
Annet	17
Yrke	
Helsefagarbeider	1210
Hjelpepleier	634
Omsorgsarbeider	89
Leder av helsetjenester	6
Annet yrke innen helse	41

87 prosent av de som besvarte undersøkelsen er kvinner og 13 prosent er menn. Over halvparten av respondentene er i alderen 30–54 år, og om lag en tredjedel er 55 år eller eldre. Når det gjelder geografisk fordeling, hadde flest (55 prosent) arbeidsplass i region Sør-Øst, og nest flest (20 prosent) jobbet i region Vest. Det er også en klar overvekt av kommuneansatte i nettoutvalget – 86 prosent av respondentene jobber i kommuner/fylkeskommuner. Når det gjelder type arbeidsplass, jobber størst andel av respondentene på sykehjem eller i hjemmetjenesten. Om lag hver femte oppga at de jobber på en annen type arbeidsplass, og dette omfatter blant annet rus og psykiatri, dagsenter/aktivitetssenter og krisesenter.

4 Kompetansebehov og motivasjon for videreutdanning

I dette kapittelet undersøker vi hvordan ledere, tillitsvalgte og helsefagarbeidere forstår kompetansebehovene i sektoren, og hvordan de vurderer behovet for videreutdanning blant helsefagarbeidere. Vi ser også nærmere på hva som motiverer helsefagarbeidere til å øke kompetansen, og hvordan de opplever egne muligheter for å gjennomføre videreutdanning.

4.1 Behov for kompetanse i helsesektoren

Den store mangelen på kvalifisert arbeidskraft i helsesektoren i årene som kommer var et sentralt tema blant mange av de vi intervjuet:

Nei, altså vi hører det jo hele veien, både her lokalt, men også nasjonalt. Det er jo på nyheter overalt, også er det jo voldsomt stort fokus på hvor mange sykepleiere vi kommer til å mangle. Men vi kommer også til å mangle masse, masse helsefagarbeidere. Og så er det jo litt sånn at når vi mangler så mye folk i helse, det merker vi også her, det er mindre og mindre søkere. Det gjelder ikke bare sykepleierstillinger, men også helsefag og også lærlinger (kommunalt ansatt, Vestlandet).

Mangelen på arbeidskraft ble ofte satt i sammenheng med at det blir flere eldre og færre yrkesaktive. I tillegg påpekte flere at oppgavebildet i sektoren stadig ble mer komplisert i den forstand at mange lever lenger og har mer sammensatte sykdomsbilder. Dette merker helsefagarbeiderne i deres arbeidshverdag. En helsefagarbeider med lang fartstid på et sykehjem i Nord-Norge fortalte om hennes opplevelser av endringer i pasientgruppen hun møtte:

Sånn som da jeg begynte, så var det gjerne at de var gamle, de hadde demensdiagnoser, mens nå så er de unge når de kommer inn, har kanskje en demensdiagnose i bunn, men det er rus og psykiatri også. Du må jobbe annerledes.

En leder på et annet sykehjem fortalte at kvaliteten og krav om dokumentasjon også hadde økt siden hun startet å jobbe på 1990-tallet. Hun fortalte at det generelt har blitt flere arbeidsoppgaver i sektoren i forbindelse med økt fokus på kvalitet, uten at bemanningen har endret seg i takt med det:

Beboerne skal ivaretas på en best mulig måte. Det skal dokumenteres at alt er gjort. Det er veldig mange elektroniske systemer som tar folk ut av arbeidsoppgavene hos pasienten. Pasienten må ha mye mer tid enn de hadde før og arbeidsoppgavene utenom pasienten har økt kraftig. I dag er det veldig kontrollert og som sagt, du skal jo ikke få sår ikke sant, du skal jo legge på deg og ikke minst skal alle ha tilbud om masse aktiviteter. (...) Men hva skal jeg si, det er bare et veldig mye høyere kvalitetsnivå. Mye

høyere krav fra pårørende vil jeg tro. Og fra samfunnet for øvrig, altså hva man godtar og som ikke er greit.

Kombinasjonen av mindre tilgjengelig arbeidskraft, flere arbeidsoppgaver og mer sammensatte sykdomsbilder har gjort det nødvendig å tenke nytt om hvordan arbeidet organiseres. Dette var noe både helsefagarbeiderne og ledelsen i de ulike institusjonene var klar over.

Det har i mange år har vært begrenset bruk av helsefagarbeidere på mange sykehus (Oslo Economics, 2022). I 1989 vedtok Norsk Sykepleierforbund at pasientpleien ved sykehus i hovedsak skulle utføres av sykepleiere, noe som bidro til en betydelig reduksjon av antall helsefagarbeidere på sykehus (Svendsen, 2019). Dette er nå i endring, og en avdelingsleder ved et sykehus på Østlandet forklarte viktigheten av å bruke helsefagarbeidere mer aktivt i forhold til den forespeilede mangelen på sykepleiere i fremtiden:

Jeg tenker det er viktig å være i forkant da, av en fremtid vi ser der framme om ikke så veldig lenge. Hvor vi står i skikkelig beit i forhold til mangel på sykepleiere. Og hvis vi da ikke har helsefagarbeidere, ikke har utdannet dem til å kunne være på det kompetansenivået vi tenker de skal være, og at vi stadig vekk får mer og mer kompliserte lidelser. Vi får jo flere og flere eldre og det betyr at de har ikke bare en lidelse. De har både kreft, de lever lenger med kreft, de har kols og diabetes, de har hjertesvikt, og det er ikke måte på. Sånn at pasientene blir ikke bare eldre, men sykdomsbildet blir mer og mer komplisert å forholde seg til. Så da trenger vi å øke kompetansen på de vi har.

Hun forklarte videre at folk trenger mer behandling og er kortere på sykehus:

Vi lever lenger, vi er sykere, vi behandler mye mer. Det er veldig mange som får kreft, men det er jo veldig, veldig mange som lever med det i mange, mange år. Som lever med smertepumper og dialysemaskiner hjemme, hjemmerespiratorer, altså det er jo mye mer komplisert behandling som foregår i kommunene enn det som var før. For før, med et hoftebrudd så lå du to uker på sykehus, og nå ligger du fire døgn tenker jeg.

Det er allerede mangel på sykepleiere mange steder, og det er forespeilet at denne mangelen vil øke (SSB, 2023). En konsekvens av denne mangelen er omorganisering for bedre å benytte de sykepleierne man har tilgjengelig (Bråthen & Moland, 2024).

4.2 Endrede kompetansebehov og nye oppgaver

I tråd med våre data var det liten tvil om at utfordringene helsesektoren står ovenfor påvirket organiseringen av både institusjoner og fordelingen av arbeidsoppgaver. Et av grepene som er tatt, er å opprette sykepleierteam som ikke er bundet til en avdeling eller en arbeidsplass, men som heller forflytter seg rundt til ulike steder og institusjoner ved behov. En avdelingsleder i Nord-Norge forklarte hvordan dette fungerte hos dem:

Sykepleierteamet er et team som går utenpå den ordinære bemanningen, kan du si, på de forskjellige avdelingene. Og «server» alle avdelingene med rene sykepleieroppgaver og er også tilgjengelig hvis det blir sykdom eller akutte ting som skjer. Og de er i sykehjemmet og så «server» de også omsorgsboliger. Sånn at de er mye mer tilgjengelige, fordi hjelpepleiere eller helsefagarbeidere er i avdelingen. Så nå er de på en måte oppå, de slipper å gå fra en avdeling.

Dette har i flere tilfeller gjort det nødvendig med høyere kompetanse blant helsefagarbeiderne, ettersom de ofte satt igjen med mer ansvar og måtte utføre oppgaver som tidligere hadde vært sykepleiernes. Selv om helsefagarbeiderne kunne ringe sykepleierteamet for å få støtte, var de mindre tilgjengelig enn før. I tilfeller hvor helsefagarbeidere har sykepleiere rundt seg overlates ofte mye av ansvaret til sykepleierne, mens på steder hvor det brukes sykepleierteam, er flere oppgaver tilskrevet helsefagarbeidere. Dette inkluderer, for eksempel, å gi medisiner og vurdere pasienters helsetilstand, noe som er viktig for å kunne ta avgjørelser om når man skal be om assistanse fra sykepleiere eller ringe ambulanse.

Kombinasjonen av flere og mer kompliserte arbeidsoppgaver og færre sykepleiere, krever videreutdanning og trygge helsefagarbeidere som får og tar ansvar. Mange ledere og tillitsvalgte ønsket at de ansatte skal ta videreutdanning som var relevant for deres arbeidsoppgaver: «Vi har fokus på stipendordninger vi har som kan støtte dem for å ta den. Og selvfølgelig, vi ønsker jo at så mange som mulig tar videreutdanning» (Hovedtillitsvalgt i en kommune i Nord-Norge). En avdelingsleder på et sykehjem på Vestlandet forklarte viktigheten av videreutdanning av helsefagarbeidere:

Jeg ser jo at vi trenger kompetansen, det er komplekse sykdomshistorier vi har på pasientene. Så jo mer kunnskap de sitter på, jo bedre blir jo pleien tenker jeg og bedre blir observasjonene. Og så i perioder nå, en periode så hadde jeg jo halvparten av sykepleierstillingene udekket, tre av seks, i lengre tid. Og da ble det veldig sårbart og det krever dyktige og erfarne helsefagarbeidere.

Behovet for mer spesialisert kompetanse gjennom videreutdanning var også viktig for arbeidet i hjemmetjenesten. En sykepleier som koordinerte arbeidsoppgaver og fordelte ruter for de ansatte i hjemmetjenesten i en kommune på Østlandet, forklarte hvordan mer komplekse sykdomsbilder påvirket arbeidet:

Det krever en del kompetanse for å ivareta dem hjemme, alle skal bo lengst mulig hjemme. Vi ser at brukerne blir sendt hjem tidligere enn før, man er to-tre dager på sykehuset og så skal de hjem, og når de kommer hjem fra sykehuset så ser vi at det kreves mer og mer fagkompetanse. Vi kan gjøre mye mer hjemme nå enn før, men det krever kompetanse.

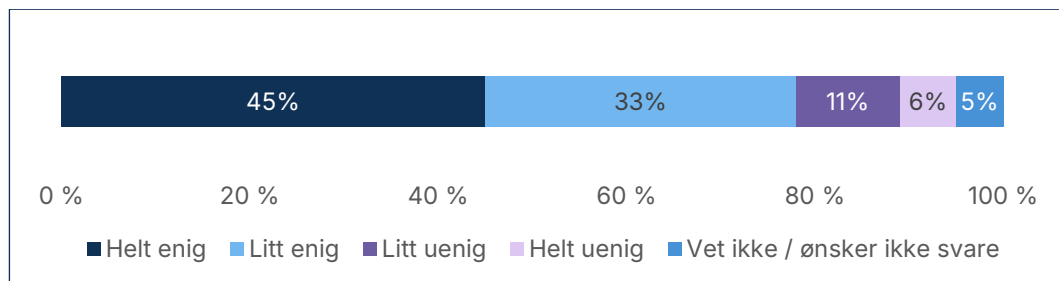
Sykehusene merket også endringene i pasientgruppen. En leder påpekte at slike endringer ga behov for at helsefagarbeiderne som jobbet ved sykehuset, tok videreutdanning som var tilpasset disse behovene:

Du trenger mer spesifisert videreutdanning, som er egentlig veldig spesifikk til den avdelingen vi jobber på. Veldig mange [pasienter] hos oss er kjempegamle, så vi må ha noen som har videreutdanning i geriatri.

I dette, og mange andre tilfeller, fremsto videreutdanning som en måte å skaffe nødvendig kompetanse, istedenfor å forsøke å rekruttere folk med ønsket kompetanse. Som en kommunalt ansatt sa: «Vi ser jo at vi må i større grad utdanne og utvikle egne ansatte, og tar sikte på å utdanne underveis».

Funnene fra spørreundersøkelsen viser også at mange helsefagarbeidere ser på videreutdanning som et viktig virkemiddel for å møte en stadig mer komplisert arbeidshverdag i helsetjenesten. I spørreundersøkelsen ba vi helsefagarbeiderne ta stilling til påstanden «Helsefagarbeidere må ta videreutdanning for å møte kravene i helsetjenesten i fremtiden». Omtrent åtte av ti svarte at de er litt eller helt enige i dette (Figur 4.1).

Figur 4.1. Svar på påstanden «Helsefagarbeidere må ta videreutdanning for å møte kravene i helsetjenesten i fremtiden» (n = 1980).



Her ser vi med andre ord at et flertall av deltakerne i vår undersøkelse mener at det er behov for kompetanseheving blant helsefagarbeidere for at de skal kunne gjøre jobben sin i årene fremover.

4.3 Helsefagarbeidernes motivasjon

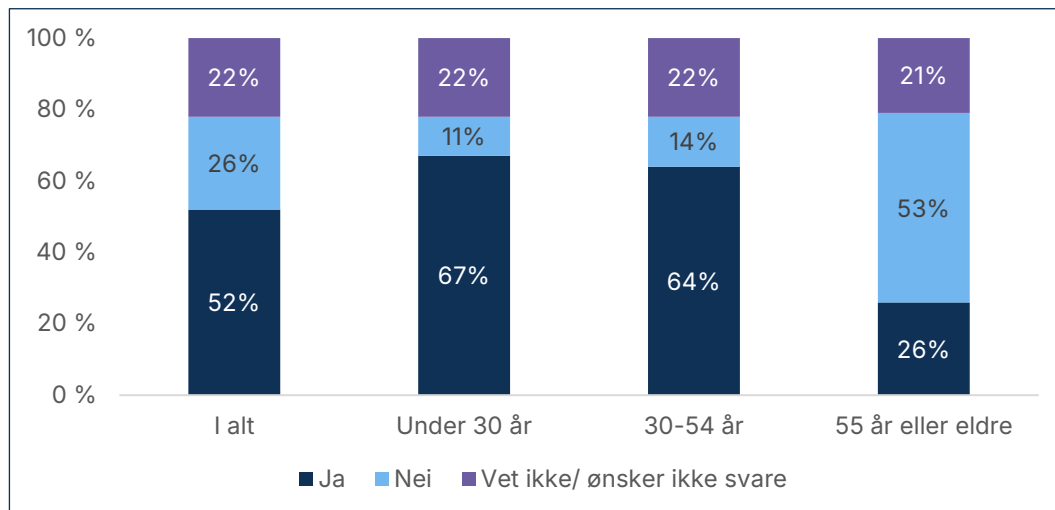
Videreutdanning var et aktuelt tema for mange av helsefagarbeiderne. For å kartlegge den enkeltes ønsker om videreutdanning, spurte vi helsefagarbeiderne om de var interessert i å ta (mer) videreutdanning. Om lag halvparten av helsefagarbeiderne som deltok i spørreundersøkelsen svarte ja på at de er interessert i å ta videreutdanning, eller ta mer videreutdanning dersom de har tatt videreutdanning tidligere (figur 4.2). Samtidig finner vi forskjeller mellom ulike grupper.

For det første viser analysene at ønsket om ytterligere videreutdanning er mindre utbredt blant de som allerede har tatt videreutdanning tidligere. Rundt en tredjedel av respondentene hadde tidligere gjennomført videreutdanning, og blant disse oppga 48 prosent at de ønsket å ta mer utdanning. Blant dem som ikke hadde videreutdanning fra før, var andelen høyere og lå på 56 prosent.

Vi finner også forskjeller etter alder. De i alderen over 55 år er i mindre grad interessert i å ta videreutdanning enn resten av helsefagarbeiderne. I denne aldersgruppen oppgir om lag en fjerdedel at de er interessert i å ta videreutdanning, mens over halvparten svarer at de ikke er interessert. Det handler muligens om at mange i denne aldersgruppen ser lite verdi i å bruke tid på å ta mer utdanning ettersom de nærmer seg

pensjonsalderen. Dette kom også frem i intervjuene hvor en tillitsvalgt fortalte at «noen syntes de var for gamle til å begynne med dette» og en leder som fortalte at hun hadde «prøvd å få mange til å søke (...), men noen begynner med at nei, jeg er for gammel for det, typ de som har jobbet her i tjue år».

Figur 4.2. «Er du interessert i å ta (mer) videreutdanning på fagskole?» (n = 1981).

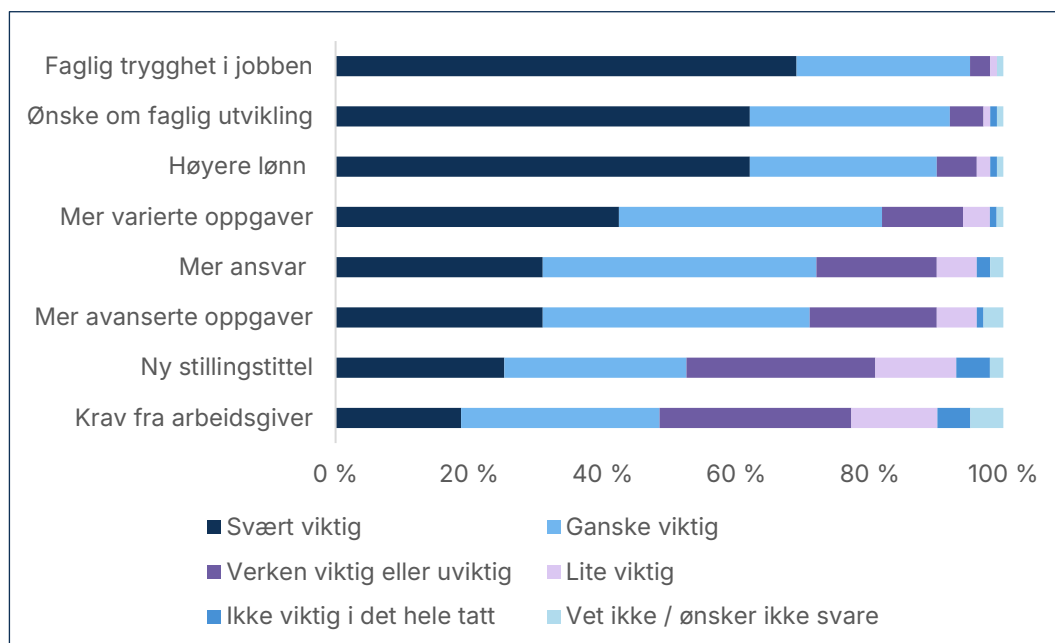


Vi finner i tillegg noen kjønnsforskjeller når det gjelder ønsker rundt det å ta videreutdanning. Mannlige helsefagarbeidere er litt mer interessert i å ta videreutdanning. 59 prosent menn svarer positivt på spørsmålet, mot 51 prosent kvinner. Dette henger mest sannsynlig sammen med at flere kvinnelige respondenter i vår undersøkelse allerede har tatt videreutdanning, og har derfor ikke behov for å studere videre.

For å se nærmere på hva slags type faglig kompetanse helsefagarbeiderne trenger, stilte vi spørsmål til dem som ønsket å ta mer utdanning om hvilke fag de er interessert i å studere. Størst andel, 34 prosent, oppga at de helst vil ta mer utdanning innen psykisk helse og rus. Nesten like mange, tre av ti, ønsket mer utdanning innen palliasjon samt demens og aldring. Det er i tillegg variasjon i fagønsker avhengig av hvilken type arbeidsplass helsefagarbeiderne jobber på, og hvilke grupper pasienter de møter i hverdagen. For eksempel ønsker de som jobber på sykehjem og i hjemmetjenesten i større grad videreutdanning innen demens, aldring og palliasjon. Helsefagarbeiderne som jobber på sykehus er mer interessert i å studere barsel, barnepleie og rehabilitering.

Det er en rekke faktorer som påvirker hvordan helsefagarbeidere tenker rundt sine muligheter til å ta videreutdanning, og som kan fremme deltakelse og gjennomføring. Figur 4.3 viser hvilke forhold helsefagarbeiderne mener gjør videreutdanning mer attraktivt.

Figur 4.3. «Hvor viktig er følgende for at du blir motivert til å ta videreutdanning?» (n = 1980).



Som vi har beskrevet, stilles det stadig høyere krav til helsefagarbeidernes kompetanse, og de møter et stadig mer sammensatt utfordringsbilde blant pasientene. Derfor er det ikke overraskende at de viktigste driverne for å ta videreutdanning handler om faglig trygghet og ønske om utvikling. Om lag to av tre helsefagarbeidere i spørreundersøkelsen oppgir at disse to faktorene er svært viktige for at de blir motivert til å ta videreutdanning.

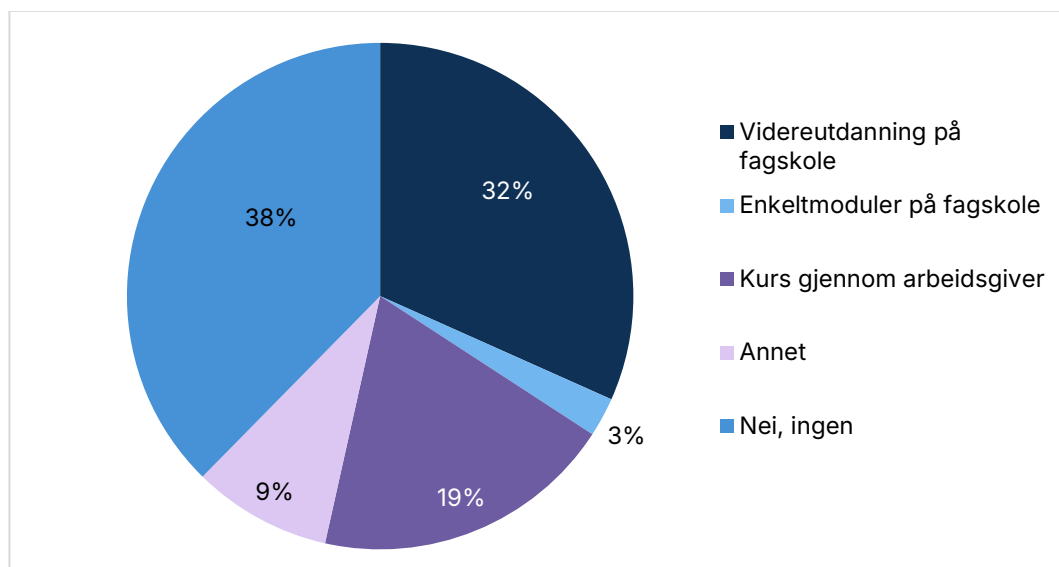
Lønnsutvikling i etterkant av studiene er en annen viktig motivasjonsfaktor for de fleste. 62 prosent av helsefagarbeiderne i undersøkelsen oppga at høyere lønn er svært viktig for at de blir motivert til å ta videreutdanning, og 28 prosent oppga i tillegg at dette er ganske viktig. Med andre ord vurderer til sammen ni av ti lønnsøkning som viktig for at de skal bli motivert til å ta videreutdanning. I motsetning er krav fra arbeidsgiver en mindre viktig motivasjonskilde til å ta videreutdanning. Kun om lag halvparten svarte at dette er en svært/ganske viktig faktor, mens nesten en femtedel oppga at krav fra arbeidsgiver er lite viktig eller ikke viktig i det hele tatt for at de skal bli motivert for å ta videreutdanning.

Disse funnene peker på at beslutningen om videreutdanning er basert på en sammensatt vurdering av en rekke forhold som kan stå i veien for å satse på mer utdanning. Det kan for eksempel handle om egen og familiens økonomi, livssituasjon eller om en hektisk hverdag som ikke etterlater rom for utdanning i tillegg til jobb og familieforpliktelser. Det kan også handle om forhold på arbeidsplassen som fleksibilitet, tilrettelegging for kompetanseheving, og kunnskap om hvilke muligheter som finnes (Andresen & Breines, 2024).

4.4 Gjennomføring av videreutdanning

Til tross for at det er mange som kan tenke seg å ta videreutdanning, finner vi at en langt lavere andel faktisk har tatt fagskoleutdanning. Om lag en tredjedel (32 prosent) av helsefagarbeiderne i vår undersøkelse oppga at de hadde gjennomført eller var i gang med videreutdanning på fagskole. I tillegg svarte 28 prosent at de hadde gjennomført eller var i gang med kurs gjennom arbeidsgiver eller annen videreutdanning, mens 38 prosent hadde ingen videreutdanning eller kurs.

Figur 4.4. Har du tatt eller er du i gang med følgende videreutdanning eller kurs (flere svar mulig)? (n = 1981)



Vi har også sett nærmere på hva som kjennetegner dem som tar videreutdanning blant våre respondenter, for å få et mer nyansert bilde av hvilke grupper som kan være over- eller underrepresentert. Vi så for det første at det er mer vanlig med videreutdanning blant kvinner enn menn. 35 prosent av kvinnelige helsefagarbeidere i vår undersøkelse har tatt videreutdanning, mot 23 prosent av mannlige helsefagarbeidere. Nesten halvparten av mennene (47 prosent) har ikke hatt noe kurs eller videreutdanning, mens det samme gjelder for 39 prosent av kvinnene. I tillegg så vi noen forskjeller i graden av videreutdanning etter alder: Det er relativt færre i den yngste aldersgruppen under 30 år som har tatt videreutdanning, 24 prosent, mot 35 prosent blant de i alderen 30 år og over. Det er kanskje ikke overraskende, siden det er flest nyutdannete med kortere arbeidserfaring i denne aldersgruppen.

Vi fant også at typen arbeidsplass man jobber på kan ha sammenheng med om man velger å ta mer utdanning. Andelen som har tatt videreutdanning, er høyest på sykehus (38 prosent) og lavest på sykehjem (30 prosent) og i hjemmetjenesten (31 prosent). Helsefagarbeidere som jobber i hjemmetjenesten, svarer oftest at de ikke har tatt noe form for videreutdanning eller kurs. Samtidig er det nå vanlig at folk skal bli boende lengst mulig hjemme, noe som kan øke behovet for kompetanse blant dem som jobber i hjemmetjenesten.

Når det gjelder geografiske variasjoner, finner vi at det er noe mindre vanlig å ta videreutdanning blant helsefagarbeiderne som jobber i helseregionene Nord og Midt-Norge. I disse to regionene har henholdsvis 29 og 28 prosent tatt videreutdanning. Til

sammenlikning gjelder det samme for 35 prosent av helsefagarbeiderne i region Sør-Øst og 38 prosent av dem som jobbet i Vest. Andelen som har tatt kurs i regi av arbeidsgiver lå derimot på omtrent samme nivå i alle de fire regionene. Om lag halvparten av de som tok videreutdanning, gjennomførte den for mindre enn fem år siden. I tillegg finner vi at flesteparten videreutdanner seg på deltid – hele 88 prosent oppgir dette, men når det gjelder hvilke fagområder det er vanligst å videreutdanne seg i, har flest tatt videreutdanning innen demens og aldring, psykisk helse og rus samt kreftomsorg.

Det er også mange som ikke ønsker å studere videre. En som jobbet i en lederstilling ved et sykehus delte sine erfaringer med å forsøke å rekruttere helsefagarbeidere til videreutdanning:

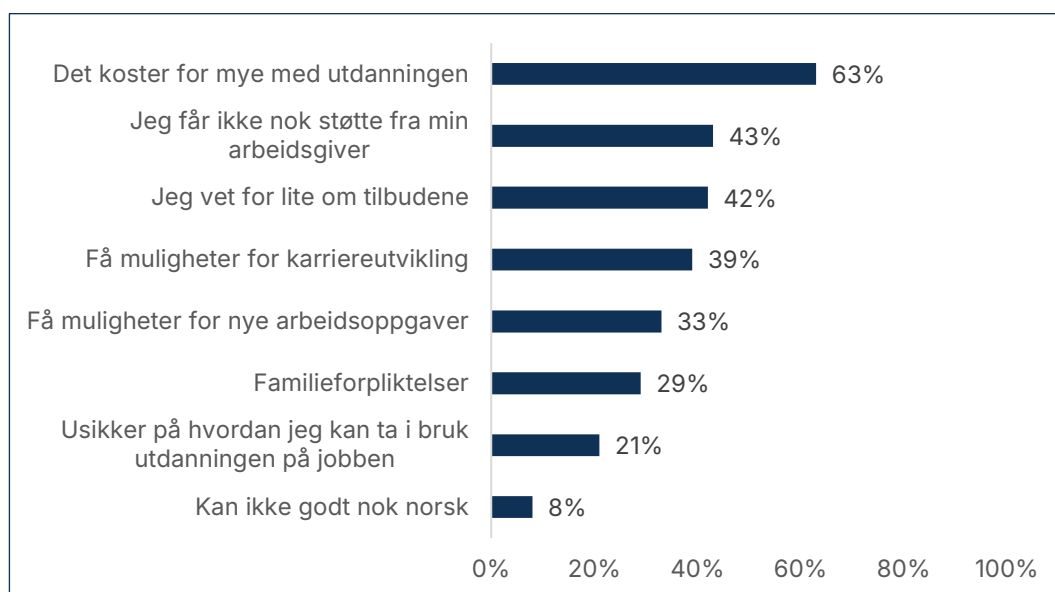
Det er jo mange som sier «nei, det passer ikke nå». Det er jo noen som begrunner det med økonomi, men noen begynner det med at «nei, jeg er for gammel for det», type de som har jobbet her i tjue år.

Også helsefagarbeidere fortalte at deres forsøk på å overbevise kolleger om verdien av å ta videreutdanning ble møtt med skepsis blant enkelte:

De orker ikke, det er så mange hos oss som bare nei, uff, det kan jeg ikke, det blir for mye jobb, og det er skummelt å gjøre, det er mange unnskyldninger.

For å måle hva som påvirket valget om å ta videreutdanning for helsefagarbeidere, spurte vi i undersøkelsen om hvilke barrierer de opplevde (Figur 4.5).

Figur 4.5. Opplevde barrierer for å ta videreutdanning blant helsefagarbeidere som ikke har gjennomført videreutdanning tidligere (flere svar mulig). (n = 1371).



Klart flest – 63 prosent – trekker frem kostnader i forbindelse med videreutdanning som en viktig barriere. Utgifter til utdanning ser ut til å være en mer utbredt utfordring for noen grupper enn andre. For eksempel finner vi variasjon mellom aldersgrupper: Helsefagarbeidere i alderen under 55 år oppgir oftere kostnader som barriere sammenliknet med dem som er 55 år eller eldre. I tillegg finner vi noen små variasjoner basert på

arbeidsplassens geografiske beliggenhet. Det er relativt flere i region Sør-Øst som mener at det koster for mye med utdanningen (66 prosent), mens tilsvarende andel er lavest i Vest og utgjør 59 prosent.

Nest flest, 43 prosent, mener at utilstrekkelig støtte fra arbeidsgiver hindrer dem fra å ta videreutdanning. Arbeidsgiverstøtte kan ha mange ulike former, og trenger ikke nødvendigvis kun handle om økonomisk tilrettelegging. En del helsefagarbeidere har behov for praktisk tilrettelegging i arbeidshverdagen, for eksempel når det gjelder tilpasninger i turnus eller arbeidstid. For noen handler arbeidsgiverens støtte om god informasjonsdeling og veiledning både i forkant, underveis og etter at studiene er gjennomført. Videre i rapporten ser vi nærmere på helsefagarbeidernes behov for informasjon og erfaringer med tilrettelegging fra arbeidsgivere.

5 Informasjon om utdanningsmuligheter

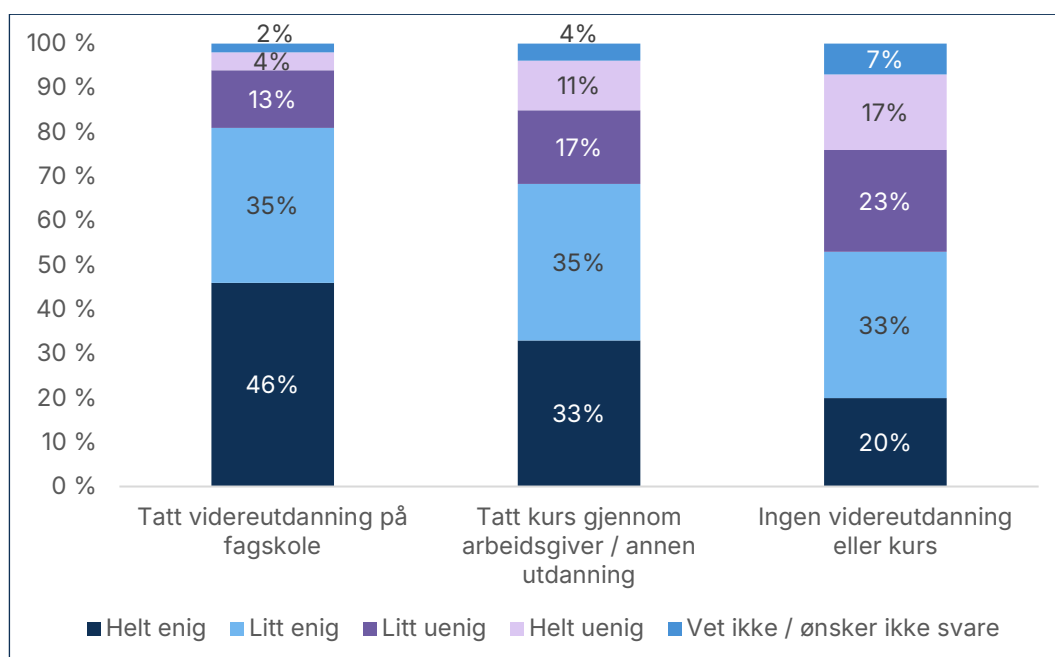
For at helsefagarbeiderne skal vurdere om de ønsker å øke sin kompetanse gjennom høyere yrkesfaglig utdanning, er det nødvendig med kunnskap om fagskoletilbudene, og informasjon om hva utdanningen leder til. I det følgende ser vi nærmere på hva slags kjennskap helsefagarbeiderne har til videreutdanningstilbudene og hvordan arbeidsgiverne informerer om dette, og konsekvensene av mangelfull informasjon.

5.1 Kjennskap til videreutdanningstilbud

Det fremstår som at mange helsefagarbeidere har en viss kunnskap om videreutdanningstilbudene på fagskolene. Om lag to av tre helsefagarbeidere i spørreundersøkelsen sier seg enige i at de vet godt hvilke tilbud som finnes om videreutdanning for helsefagarbeidere. Samtidig varierer denne andelen mellom ulike grupper respondenter. For det første så vi at er det relativt flere blant av de eldre som har god kjennskap til videreutdanningstilbud. I aldersgruppen 55 år eller eldre svarer 75 prosent at de vet godt hvilke tilbud som finnes, mens det samme gjelder for 61 prosent i aldersgruppen 30–54 år og 59 prosent i alderen under 30 år. For det andre har kvinnelige helsefagarbeidere litt bedre kjennskap til utdanningstilbud enn deres mannlige kolleger. 66 prosent av kvinnene og 60 prosent av mennene i vår undersøkelse sier seg enige i at de er godt kjent med tilbudene.

Som vist i figuren under, har det i tillegg mye å si om man selv har gjennomført videreutdanning eller annen utdanning. Blant dem som selv har gjennomført eller var i gang med videreutdanning, svarer åtte av ti (81 prosent) at de har godt kjennskap til videreutdanningstilbudene for helsefagarbeidere. Dette er en mye høyere andel enn blant dem uten gjennomført videreutdanning eller kurs, der litt over halvparten svarte det samme.

Figur 5.1. Svar på påstanden «Jeg vet godt hvilke tilbud som finnes om videreutdanning for helsefagarbeidere», fordelt etter hvorvidt respondenten har gjennomført videreutdanning eller kurs. (n = 1980).



Forskjellene vist i figuren over er ikke overraskende. Det er naturlig at helsefagarbeidere som selv har tatt videreutdanning har bedre kjennskap til de tilgjengelige mulighetene og tilbudene. Samtidig tyder disse forskjellene på at kunnskapen om utdanningstilbud i større grad er samlet blant dem som allerede har erfaring med videreutdanning, og når i langt mindre grad dem som kunne trenge denne informasjonen mest. Hele 40 prosent av helsefagarbeiderne uten videreutdanning oppgir å ha lite kjennskap til eksisterende tilbud. Dette tyder på betydelig potensial for å nå flere helsefagarbeidere med informasjon om utdanningsmuligheter.

En av grunnene til at mange helsefagarbeidere har kjennskap til muligheter for videreutdanning er at de får informasjon gjennom arbeidsplassen. Blant lederne vi intervjuet hadde flere fokus på å informere de ansatte om muligheter for videreutdanning på fagskole. En avdelingsleder i Nord-Norge sa at hun og andre ledere ga informasjon til sine ansatte på følgende måter:

Vi sender ut invitasjon til folk om at de kan ta utdanning, det kan være psykisk helse eller det kan være miljøarbeid eller demens. Og vi tar det jo opp på medarbeidersamtale også i forhold til egen utvikling og «hva tenker du framover?» Det er jo en fin mulighet til å oppfordre og finne ut om folk er interesserte.

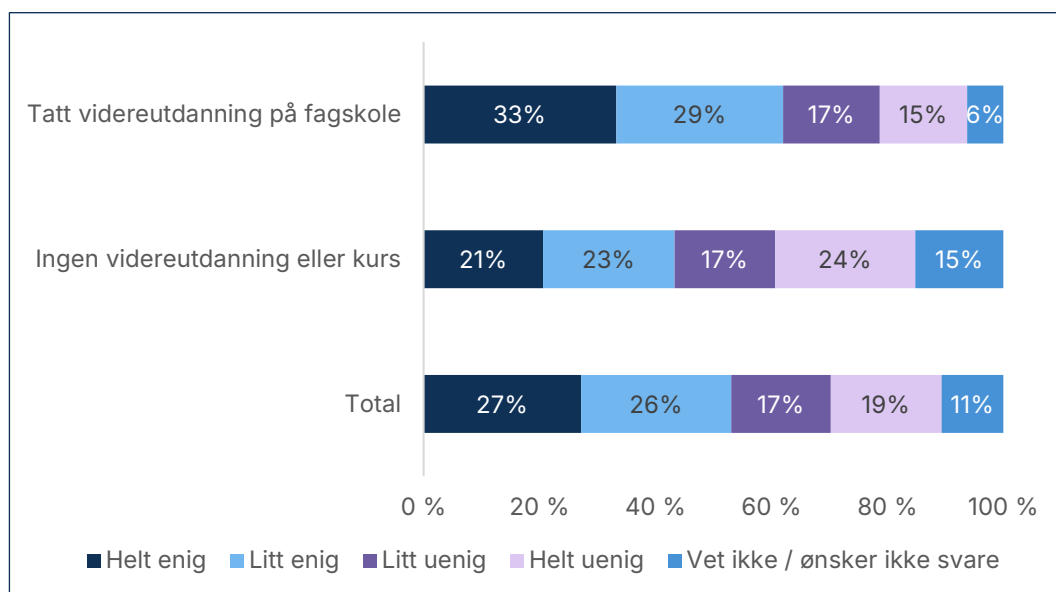
Det var tydelig at lederne på ulike institusjoner og steder oppfordret ansatte til å søke videreutdanning. En leder ved et sykehus sa at hun var aktiv pådriver for å få flere til å ta videreutdanning: «For nå da det var søknadsfrist den 15. april, så har jo jeg gått rundt og prøvd å få mange til å søke». Til tross for slike initiativ, kunne det være utfordrende å holde oversikt for ledere som mottok informasjon fra ulike kilder over utdanningstilbud og muligheter ettersom det var mye informasjon som ble sirkulert. En avdelingsleder på et sykehjem nevnte at det var vanskelig å holde oversikt og at informasjon om videreutdanning kunne bli oversett når det var fokus på andre ting som hastet mer, som å skaffe nok vikarer før sommerferien.

Kjennskap til muligheter til å ta videreutdanning kan altså ses i sammenheng med hvordan ledere snakker om kompetanse med sine ansatte. En helsefagarbeider fortalte at hun hadde blitt spurt om hun var interessert i å studere, noe som var avgjørende for hennes valg om å søke videreutdanning:

Etter at jeg hadde jobbet i noen år, et eller to år, så spurte avdelingslederen om jeg hadde lyst til å studere videre for å få mer kompetanse. Så det er den muligheten, «hvis du har lyst til å lære videre, så kan du søke», sa hun til meg, så jeg har søkt.

Dette var også noe vi kartla i spørreundersøkelsen. Helsefagarbeiderne ble bedt om å ta stilling til påstanden: «Vi snakker om kompetanse på medarbeidersamtaler med arbeidsgiver». Litt over halvparten, 53 prosent, sier seg enige i dette, mens 32 prosent er uenige. Med andre ord brukes medarbeidersamtalene i varierende grad til å snakke om kompetanse. Vi finner i tillegg at helsefagarbeidere som har gjennomført videreutdanning oftere snakker om kompetanse på medarbeidersamtaler, sammenliknet med dem uten videreutdanning eller andre kurs. Dette er vist i figuren under.

Figur 5.2. Svar på påstanden «Vi snakker om kompetanse på medarbeidersamtaler med arbeidsgiver», etter type videreutdanning. (n = 1980).



Det kan være flere forklaringer på hvorfor helsefagarbeidere med videreutdanning oftere snakker om kompetanse i medarbeidersamtaler enn andre. For eksempel kan det handle om at disse ansatte oftere tar initiativ til å diskutere kompetanse, basert på egne erfaringer med utdanning. Dette kan også tyde på at ikke alle arbeidsgivere benytter medarbeidersamtaler som arena for å motivere ansatte til å ta mer utdanning.

5.2 Informasjonsflyt

Arbeidspresstet mange opplever i helsesektoren, kombinert med ulike kanaler for informasjonsdeling og lederstiler, medførte at flyten av informasjon varierte. En helsefagarbeider som jobbet på et sykehus, delte hvordan hun ble klar over muligheten til å studere:

Jeg fikk da vite det på avdelingen, og så ble det da sagt at en kunne sende så og så mange [på videreutdanning]. Men jeg vet i andre avdelinger så har liksom ikke avdelingsledere informert like godt om det. Så det har vært andre avdelinger som ikke har hatt søkere.

I dette tilfellet fremstår det som at forskjellene mellom søknader til videreutdanning er et resultat av ulik informasjonspraksis. Forskjellig kapasitet til å følge opp og informere ansatte om videreutdanningsmuligheter førte til ulike praksiser mellom institusjoner, men også mellom avdelinger på samme institusjon.

Det er nødvendig med tydelig informasjon om videreutdanningstilbudene til helsefagarbeidere. I intervjuene fant vi at for dem som skulle begynne på studier var det særlig viktig at ledelsen var tydelig på hvordan slike studier ville passe inn med arbeidet. En helsefagarbeider på et sykehus på Østlandet hadde vært bekymret for hvordan hun skulle få hverdagen til å gå opp, og hadde gjennom dialog med arbeidsgiver fått klarhet i hvordan hun kunne balansere studier og jobb:

For man jobber jo 100 prosent og det er tredelt turnus, man har jo ikke så mye fritid fra før av liksom. Så jeg tenkte at med studie da så kommer det jo til å bli enda mindre enn det jeg har. Men så sa jo sjefen vår at de legger til rette for å ha skole en dag i uka på Teams og så har vi samlinger kanskje hver tredje måned-ish. Og da er du jo tre dager på skolen, og de legger til rette sånn at vi får permisjon med lønn når vi er på skolen eller har Teams-møte. Så det går jo ikke utover arbeidsturnusen min og det er ikke sånn at jeg må ta igjen en vakt fordi jeg er på skolen. Og når vi fikk det forklart på den måten og så hvordan første års studentene gjorde det på samme studie, da valgte jeg å søke.

Tydelighet fra ledelsen om arbeidsforhold under videreutdanning bidro i dette tilfellet til å motivere, ettersom helsefagarbeideren ble betrygget om hvordan arbeidsmengden skulle balanseres med tid til å studere.

Det var ikke bare arbeidsgivere som delte informasjon om videreutdanningsmuligheter. Tillitsvalgte fortalte at de var pådrivere for å informere om utdanningsmuligheter og rettigheter. En helsefagarbeider som også var tillitsvalgt på Vestlandet fortalte om formidling av informasjon gjennom ulike kanaler som medlemsmøter, arrangementer og Facebook. En hovedtillitsvalgt i en annen kommune forklarte hvordan hun distribuerte informasjon:

Det skal jo sendes ut sentralt til medlemmene, så de skal jo få [informasjon] fra Fagforbundet. Som hos oss så gir jo jeg alle tillitsvalgte dette her, og så er det opp til dem å spre det ut til sine medlemmer. Vi sender det også ut til seksjonslederne, så det er jo et håp om at de sender det videre. Men det har vi ikke kontroll på, også er det mye e-poster som går ut til hvert enkelt medlem. Så informasjonsflyten skal være der, men så er det jo ikke alle som leser mailer, eller de tror det bare er reklame.

Tillitsvalgte snakket også med kolleger på arbeidsplassene for å gi informasjon. En helsefagarbeider som jobber i hjemmetjenesten, fortalte at hun hadde fått informasjon på denne måten:

Jeg snakket først med hun som er tillitsvalgt hos oss, pratet med henne om hvordan det er og sånne ting. Og hun sa at det er best egentlig å prate først med arbeidsgiver, hvis hun aksepterer det så blir det lettere for deg, hvis de trenger sånn utdanning og sånn. Så snakket jeg med arbeidsgiver og pratet med henne og hun var helt enig [om å ta videreutdanning].

Grunnen til at tillitsvalgt på denne arbeidsplassen hadde gitt beskjed til helsefagarbeideren om å snakke med arbeidsgiver først, var at hun selv hadde startet videreutdanning på eget initiativ og dermed ikke fått støtte fra sin arbeidsgiver. Som tillitsvalgt var hun opptatt av å gi sine medarbeidere god informasjon før de startet. Derfor sa hun følgende til andre helsefagarbeidere som vurderte å ta videreutdanning:

Husk at hvis dere skal ta videreutdanning, husk at dere skal gi beskjed til lederen og samarbeide med lederen. At dere skal ta permisjon med lønn, og dere må ha det skriftlig og ikke muntlig, fordi at ting kan trekkes tilbake, skriftlig er alltid godt.

Hun ville ikke at andre skulle kaste bort tid og penger ved å gå frem på «feil» måte, som hun selv hadde gjort, og ønsket at andre skulle ha en bedre opplevelse enn hun hadde hatt. Videre påpekte hun viktigheten av informasjon om videreutdanning: «Jeg synes bare at informasjon er veldig viktig. Informasjon, informasjon, informasjon til alle».

På grunn av ulik informasjonsflyt varierte det om helsefagarbeiderne visste om behovet for å avklare videreutdanning med ledelsen før de satte i gang. Noen visste ikke at de skulle høre med ledelsen før de satte i gang med videreutdanning, mens andre var klar over dette kravet, som en helsefagarbeider på Østlandet forklarte:

Du må prate først med arbeidsgiver for at arbeidsgiver vet at når du blir ferdig med studiet at du kan få høyere lønn og sånn. Og hva studerer du og sånne ting. Det står i reglene som jeg leste, der arbeidsgiver egentlig kan nekte. De kan nekte, de burde ikke, men de kan nekte videreutdanning. Så det er sånn, derfor det er best å avtale på forkant. Fordi etter at du er ferdig med skolen kan de si: Du kan ikke få høyere lønn.

Etter flere tilfeller på ulike arbeidsplasser hvor ansatte ikke fikk anerkjent utdanningen og lønnsøkning, hadde noen tillitsvalgte begynt å anbefale helsefagarbeiderne å få en skriftlig avtale med leder om at de støtter videreutdanningen. Det var også for å forsikre seg at avtalen ble opprettholdt hvis lederen sluttet og en ny person kom inn.

Det fremstår som at ledere og tillitsvalgte forsøker å gi informasjon om helsefagarbeidernes muligheter til videreutdanning, men at det varierer mellom arbeidststeder. Dette gjør at noen helsefagarbeidere har bedre grunnlag for å forstå utdanningsmuligheter enn andre. Et eksempel på dette var en helsefagarbeider på Vestlandet som fortalte at hun hadde fått en e-post fra arbeidsgiver om at hun kunne melde seg opp for å ta videreutdanning, men at det ikke var helt tydelig hva hun måtte gjøre for å benytte seg av muligheten. Hun beskrev seg selv som sjenert og hun nølte med å ta kontakt med ledere for å skaffe mer informasjon, men sa at hun hadde fått hjelp av en kollega til å finne ut av søknadsprosessen. Et annet eksempel er en mannlig helsefagarbeider på Østlandet som hadde fått informasjon om muligheter for videreutdanning fra arbeidsgiver. Først hadde han kontaktet en fagsykepleier på arbeidstedet for å få råd om fremgangsmåten, deretter hadde han snakket med ledelsen for å informere om hva han ønsket å studere og avklare hva slags støtte han kunne få fra dem. Eksempelene viser at uklar informasjon og uformelle prosesser rundt oppstart av videreutdanning kan påvirke om helsefagarbeidere oppfatter videreutdanning som en reell mulighet til å styrke egen kompetanse. Selv om helsefagarbeideren på Vestlandet framsto mer utilpass og nølende enn helsefagarbeideren på Østlandet, peker begge eksemplene i samme retning.

5.3 Mangelfull informasjon

Det er mange som har kjennskap til videreutdanningsmuligheter, men det er ikke bestandig informasjonen de har fått om videreutdanningen stemmer. Det var flere tilfeller hvor

informasjonen som var gitt på forhånd om videreutdanningen ikke samsvarte med forholdene under studiene. I flere tilfeller opplevde helsefagarbeidere at viktige detaljer ikke var inkludert i beskrivelsene av utdanningsløpet. Noen helsefagarbeidere påpekte at videreutdanningen hadde blitt fremstilt som gratis, men at den i realiteten ikke var det. Dette ble illustrert av en helsefagarbeider som jobbet nattevakt på et sykehjem, og som hadde mottatt en e-post fra sin leder med informasjon om at videreutdanningen var gratis. Hun fant etter hvert ut at hun måtte betale studieavgift på 500 kroner hvert halvår, noe hun ikke syntes var så mye, men som betydde at det ikke var gratis. I tillegg var det utgifter til bøker på rundt 5000–6000 i året, men som hun kunne søke om å få tilbakebetalt. Hun fortalte at det «var en mølle uten like» og at det ble trukket skatt av tilbakebetalingen slik at hun ikke fikk tilbake samme sum som det hun hadde lagt ut for bøkene. Informasjonen om at videreutdanningen var gratis syntes hun dermed var noe misledende.

Den samme helsefagarbeideren påpekte også annen mangelfull informasjon som hun hadde fått før hun begynte på studiene. Da hun, etter å ha fullført første år på fagskolen, søkte om høyere lønn fra arbeidsgiver, fikk hun beskjed om at hun burde ha meldt ifra før hun startet studiet for å ha rett til høyere lønn. I informasjonen fra arbeidsgiver hadde det ikke stått noe om at man måtte melde fra til arbeidsgiver, og hun var frustrert over å få beskjed i etterkant om at det var et krav om å få utdanningen godkjent på forhånd:

Det nytter ikke å skrive i mailen at dere kan gå opp i lønn og ditt og datt og så når jeg spør så, «nei, men det burde du gjort før studiet begynte i 2024». Og de kom jo med masse informasjon «du kan ha rett på ditt og rett på datt» og sånne ting. Og da tenker jeg, dere informerte om så mye, men akkurat det med lønn. Nei, da tenker jeg, all informasjon vi fikk, hvorfor holdt dere tilbake akkurat det, at det er mitt ansvar.

Siden kommunen refunderte utgiftene til pensum, tok hun det som et tegn på at arbeidsgiver allerede var informert om at hun tok videreutdanning. Det fremsto derfor som urimelig at lønnsøkningen skulle avhenge av en annen, utydelig prosess – særlig når det ikke var gitt noen informasjon om dette på forhånd. Flere helsefagarbeidere, fra ulike deler av landet og i ulike typer tjenester, fortalte at de hadde begynt på videreutdanning uten å få støtte underveis, og at de i etterkant ble nektet lønnstillegg fordi utdanningen ikke var formelt avklart med ledelsen. Dette skjedde på steder hvor det ikke fantes tydelig informasjon om at en slik avklaring var et krav.

Det var flere helsefagarbeidere som var skuffet over forholdet mellom informasjonen de fikk og de faktiske forholdene rundt videreutdanning. En helsefagarbeider på et sykehus fant ut etter studiestart at hun måtte ta helgevaktene hun var satt opp på samtidig som hun var i praksis ved annen institusjon. Dette medførte at hun ville få fem veldig intensive praksisuker med lite fri i helgene. Hun sa at «det ble ikke nevnt, og det sto heller ikke i kontrakten», og at hvis hun hadde visst om dette før studiet startet ville hun ikke tatt videreutdanning da det ville bli krevende å gjennomføre praksis på fulltid og jobbe helger i tillegg. Slike og andre uklarheter bidro til å skape frustrasjon blant dem som brukt tid og penger på å øke sin kompetanse.

6 Arbeidsgiveres støtte til videreutdanning

I foregående kapitler har vi sett på helsefagarbeideres motivasjon til å ta videreutdanning, og hva som kan hindre dem i å starte og fullføre et slikt løp. Vi har vist hvordan manglende informasjon om videreutdanningstilbud og rettigheter kan utgjøre en viktig barriere. Arbeidsgivers støtte og tilrettelegging spiller også en sentral rolle, og som vi så i kapittel 4, oppleves manglende støtte som en av de største hindringene for å ta videreutdanning. I dette kapitlet går vi nærmere inn på hvilke former for støtte helsefagarbeiderne etterspør, og hvilken støtte de faktisk får underveis i utdanningen. Våre funn peker på både utilstrekkelig støtte og stor variasjon i praksis mellom arbeidsgivere. Vi undersøker også mulige forklaringer på dette.

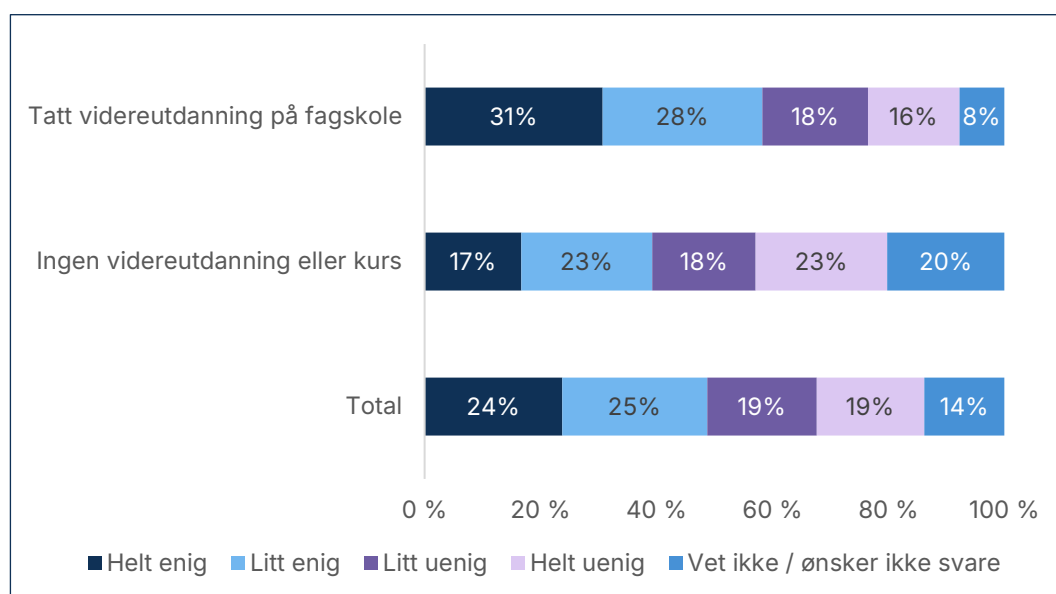
6.1 Utilstrekkelig grad av arbeidsgiverstøtte

Det er forskjellig hvor mye støtte arbeidsgivere gir til helsefagarbeideres videreutdanning. Tidligere forskning har vist at det er store forskjeller i arbeidsgivernes tilrettelegging for nettbasert fagskoleutdanning, avhengig av fagretning. Studenter i tekniske fag mottar ofte omfattende støtte, sammenliknet med studenter i helsefag (Andresen & Breines, 2024). Vi finner i tillegg at støtten varierer mellom helsefagarbeidere.

Om lag halvparten av helsefagarbeiderne i vår undersøkelse (49 prosent) er helt eller litt enige i at deres arbeidsgiver legger til rette for at de kan ta videreutdanning, mens 38 prosent er litt eller helt uenige i påstanden (figur 6.1). Graden av opplevd støtte varierer mellom ulike typer arbeidsplasser som sykehus, sykehjem, hjemmetjenesten eller boliger for personer med funksjonsnedsettelser, men at forskjellene er relativt små og ikke signifikante. Helsefagarbeiderne på sykehus opplever i noe mindre grad at arbeidsgiver legger til rette for videreutdanning. 44 prosent av dem som jobber på sykehus er enige i denne påstanden, mot 51 prosent av dem som jobber på sykehjem og i hjemmetjenesten.

De som allerede hadde tatt og hadde konkrete erfaringer med videreutdanning på fagskole, mente til en viss grad at deres arbeidsgiver hadde lagt til rette for det. Seks av ti helsefagarbeidere med videreutdanning oppga at deres arbeidsgiver la til rette for videreutdanning. Blant dem som ikke har tatt noe videreutdanning, svarte fire av ti at de trodde arbeidsgiver ville legge til rette for deres utdanning.

Figur 6.1. Svar på påstanden «Min arbeidsgiver legger til rette for videreutdanning», etter type videreutdanning. (n = 1980).

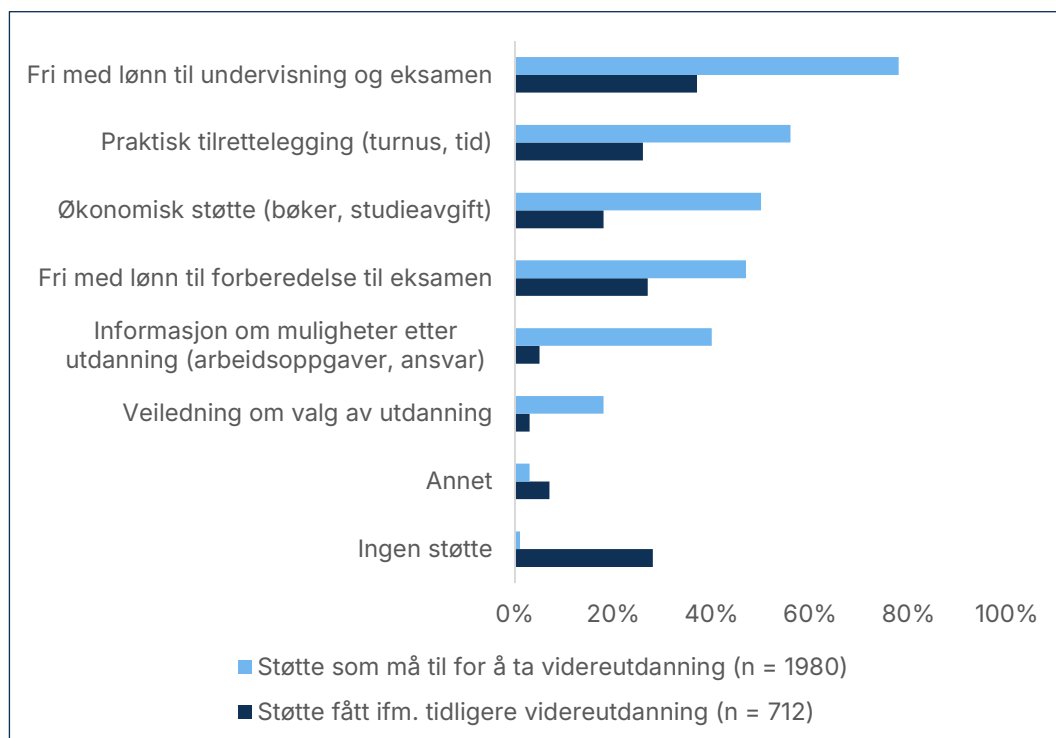


Vi så ingen systematiske forskjeller i opplevd grad av støtte mellom de ulike gruppene av helsefagarbeidere fordelt etter kjennetegn som alder, kjønn, hvilket fylke de jobber i eller hvor lenge de har jobbet som helsefagarbeider. Dette er ikke overraskende, og peker på at det først og fremst er forhold hos arbeidsgiveren som ligger bak forskjellene belyst i figuren over. Selv om vi ikke har data på hvordan heltid versus deltid påvirker tilretteleggingen av videreutdanningen, kan det antas at de med større stillingsprosent er i bedre posisjon for å få støtte.

Vi har i tillegg undersøkt hvorvidt helsefagarbeidere opplever at arbeidsgiverstøtten er tilstrekkelig, og hvilke typer støtte de helst ønsker seg. I undersøkelsen spurte vi først dem som har gjennomført videreutdanning om hvilken type støtte de fikk fra sin arbeidsgiver da de tok utdanningen. Videre ba vi respondentene om å oppgi hva slags støtte de trenger fra sin arbeidsgiver for at de skal ta videreutdanning i fremtiden. Våre funn tyder på at mange helsefagarbeidere har behov for støtte fra sin arbeidsgiver, og at disse behovene er langt større enn den faktiske støtten de fikk i forbindelse med tidligere videreutdanning. Figur 6.2 viser dette.

Et annet spørsmål vi stilte var hva slags støtte helsefagarbeidere trenger fra arbeidsgiver. Da svarer klart flest at de ønsker fri med lønn til undervisning og eksamen. Nesten åtte av ti (78 prosent) mener at denne typen støtte må til for at de skal ta videreutdanning i fremtiden. Samtidig er det en mye lavere andel som fikk fri med lønn til undervisning og eksamen da de gjennomførte sin videreutdanning, 37 prosent.

Figur 6.2. Andelen som fikk støtte fra arbeidsgiver i forbindelse med videreutdanning, og andelen som trenger støtte i fremtiden, etter type støtte (flere svar mulig). (n = 712).



Andre støttetiltak, som mange har behov for, er praktisk tilrettelegging (for eksempel turnus og arbeidstid) og økonomisk støtte til blant annet innkjøp av bøker eller studieavgift. Henholdsvis 56 og 50 prosent ønsker denne typen tilrettelegging fra arbeidsgiveren sin. Dette er i tråd med våre funn om at kostnader og manglende støtte fra arbeidsgiver oppleves som de to største barrierene for å ta videreutdanning. Samtidig er andelen som faktisk har fått denne støtten i forbindelse med tidligere videreutdanning relativt liten. Kun en av fire (26 prosent) oppgir at de fikk praktisk tilrettelegging av arbeidstid og turnus, og 18 prosent oppgir at de fikk økonomisk støtte fra sin arbeidsgiver.

Vi så samme tendenser når det gjelder arbeidsgiverstøtte i form av veiledning om valg av utdanning og informasjon om hvilke muligheter og fordeler videreutdanningen kan føre til. Andelen som oppgir at de har fått dette fra sin arbeidsgiver i forbindelse med videreutdanning er svært lav. Mens 40 prosent har behov for informasjon om sine muligheter etter gjennomført videreutdanning, er det kun fem prosent som oppgir at de har fått denne informasjonen da de tok utdanningen. Dette tyder på et udekket behov for dialog og veiledning fra arbeidsgiver i forkant av studiene, både når det gjelder valg av spesialisering, og hvordan utdanningen kan bidra til nye muligheter og karriereutvikling. Ettersom denne typen veiledning og informasjon er et relativt enkelt og lite kostnadskrevende tiltak sammenliknet med andre former for støtte, er det overraskende at så få arbeidsgivere tilbyr det i praksis.

Vi fant altså et gap mellom helsefagarbeidernes uttalte behov for ulik støtte fra arbeidsgiver, og hvor mye støtte de faktisk får når de tar videreutdanningen. Våre funn tyder på at mange ikke får den støtten de ønsker seg. Om lag en fjerdedel (28 prosent) av respondentene som har gjennomført videreutdanning, svarer at de ikke har fått noe støtte fra arbeidsgiveren sin i forbindelse med dette. Det fremstår som at arbeidsgiverne har

en viktig rolle for å bidra til kompetanseutvikling ettersom dette er avgjørende for at helsefagarbeiderne skal ta og fullføre videreutdanning.

6.2 Varierende praksis

I tillegg til et generelt lavt nivå av støtte, fant vi at det er ulik praksis rundt hvordan arbeidsgivere støtter og tilrettelegger for videreutdanning blant de ansatte. Det var variasjoner mellom kommuner, hvor noen legger inn mye innsats for å tilby god tilrettelegging for videreutdanning. Andre har anstrengt økonomi og dermed begrensede muligheter til å støtte helsefagarbeideres videreutdanning.

Ledere fortalte at de måtte vurdere hvilke kompetansebehov det var på arbeidsplassen for å avgjøre hvem som skulle få støtte til videreutdanning. Disse avgjørelsene krevde samtaler med helsefagarbeiderne for å få innsikt i hvilken utdanning de ønsket å ta, slik at lederne kunne vurdere om denne kompetansen var relevant på arbeidsplassen og om de ville bruke midler og gi fri. Disse vurderingene kunne lede til variasjon i støtte internt i kommuner, og til og med blant ansatte som jobber på samme institusjon.

En helsefagarbeider på et sykehus på Østlandet hadde fått studiedager med lønn, mens en kollega på samme avdeling som også tok en relevant utdanning hadde ikke fått det. Hun visste ikke årsaken, men reflekterte rundt dette: «Kanskje fordi hun begynte før meg ikke sant. Så kanskje derfor var det lett for meg?» Det var flere tilfeller hvor de første ansatte som tok videreutdanning møtte utfordringer i forhold til støtte, men at det var en læringsprosess som gjorde det enklere for dem som kom etter.

Slike forskjeller ble lagt merke til blant helsefagarbeiderne. En som jobber på et sykehus hadde selv observert ulikheter i økonomisk støtte til helsefagarbeidere både på egen institusjon, innad i kommunen og ulike steder i landet. Hun så at det var ulik praksis på egen arbeidsplass, og hadde møtt ansatte i hjemmetjenesten som hun mente fikk mer støtte enn de på sykehuset hvor hun jobbet. I tillegg hadde hun vært på undervisningssamlinger gjennom fagskolen og møtt helsefagarbeidere fra andre steder i landet:

Jeg har jo veldig mange andre i klassen, noen fra Bergen og noen fra Trondheim som reiser langt og jeg ser veldig stor forskjell. For de får ikke noen støtte. De må ta ferie, det er så dyrt for dem stakkars, jeg skjønner ikke at de gjør det nesten. Reise fra Bergen med fly og så hotell her, og så dra på skolen, og de får null støtte av ledelsen, det er helt vilt.

Hun mente at dette var «veldig forskjellsbehandling» og at støtten til å ta videreutdanning skulle være lik for alle. Hun påpekte også at det er uheldig at noen fikk mer støtte enn andre fordi de sto på kravene, noe eksemplene over viser da det kommer frem at det er opp til helsefagarbeiderne selv å få det de har rett på.

Det var også andre omstendigheter rundt støtte som skapte utfordringer. For ledere var det ofte krevende å allokere tid som de ansatte kunne bruke til å studere. En avdelingsleder på Østlandet fortalte at praksistiden i videreutdanning gjorde det vanskelig å sørge for tilstrekkelig bemanning. Dette skyldtes at studentene har fem ukers praksis i helsetjenesten, hvor arbeidstiden følger tariffavtaler med 35,5 timers uke ved tredelt turnus mens

fagskolen hun viste til opererte med en norm på 37,5 timer per uke, basert på dagarbeid. Denne diskrepansen skapte praktiske problemer, særlig når utdanningsinstitusjonen forventet at studentene skulle ha fri i helgene, mens praksisstedene var avhengige av helgebemannning for å opprettholde pasientsikkerheten. Hun påpekte behovet for bedre samordning mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet for å sikre god opplæring og forsvarlig drift.

En helsefagarbeider ved samme institusjon var som følge av uklarheten rundt arbeidstid versus praksistid veldig misfornøyd med praksisopplegget. For henne betydde det at hun skulle være i praksis fem dager i uka, og deretter dra tilbake til sin avdeling og jobbe i helgen. Hun hadde nektet å gjøre dette, og saken hadde blitt løst ved å flytte praksisen til et annet tidspunkt.

I tillegg var det helsefagarbeidere som opplevde at de måtte kjempe for å få fri til eksamen. En helsefagarbeider i en kommune på Vestlandet forklarte at hun hadde hatt en lang prosess for å få fridagene hun hadde rett til:

Den første eksamen jeg hadde, så søkte jeg om fri, for vi hadde rett på to dager fri i forkant av eksamen, samtidig som du har fri på eksamen. Jeg hadde fri på eksamen, men jeg hadde arbeidshelg i forkant. Så jeg søkte om å få fri og fikk avslag. (...) Så tenkte jeg fader, jeg har aldri brukt Fagforbundet til noen ting, så det skal jeg gjøre nå. Så jeg sendte en mail og der var det helt klinkende klart, jo, du har rett på fri. (...) Det var en sånn mølle, jeg holdt på en måned tror jeg, og da jeg hadde eksamen så tok jeg fri de to dagene i forkant. For jeg hadde fortsatt ikke fått svar fra leder. (...) Jeg fikk innvilget fri tre måneder etter jeg hadde hatt eksamen.

En kollega av henne som jobbet på samme institusjon og som hadde begynt samtidig på samme videreutdanning hadde derimot fått mer støtte: «Vi har to forskjellige ledere. Hun fikk fri, fikk beskjed en måned før eksamen at jo da vi leier inn folk til deg, jeg fikk nei. Det er en dør som skiller avdelingene.» Slike opplevelser av forskjellsbehandling og ulik praksis innenfor samme institusjon bidro til å skape misnøye blant ansatte.

I intervjuene kommer det frem at manglende støtte kan ha negative konsekvenser ikke bare for den enkelte som tar videreutdanning, men også for arbeidsmiljø og kunnskapsdeling på arbeidsplassen. En helsefagarbeider som følte seg motarbeidet av ledelsen ønsket ikke å bruke egen tid på dele erfaringer fra studiene med kolleger:

Vi har personalmøter innimellom. Og så er vi jo to stykker som tar [videreutdanning], og da er det sånn, «vi vil sette av en time til deg på det ene personalmøtet der du skal fortelle hva du har lært». Og i utgangspunktet så er jo det kjempe, jeg gjør det mye når vi går i jobb, jeg forteller videre hva jeg har lært. Men da er det sånn, at hvis ikke jeg skal få noe igjen, hvis jeg skal kjempe for å få fri til eksamen, jeg skal kjempe for å få økt lønn, da kommer ikke jeg inn på fritiden min og holder kurs for kollegaene mine heller.

Denne helsefagarbeideren opplevde å ha fått utilstrekkelig støtte og belønning, men opplevde at arbeidsgiver var interessert i resultatene av videreutdanningen og den kunnskapen hun har tilegnet seg, men ikke like opptatt av å belønne og tilrettelegge for hennes kompetanseheving. Sitatet over viser hvordan dette kan føre til svekket motivasjon til å spre egen kompetanse til andre på arbeidsplassen, særlig i situasjoner som går utover de formelle arbeidsoppgavene.

De som opplevde å ha fått god støtte satt pris på det arbeidsgiverne gjorde for å øke deres kompetanse. En helsefagarbeider i hjemmetjenesten i en kommune på Østlandet uttrykte begeistring over å ha fått en slik mulighet:

Jeg er veldig takknemlig for at arbeidsgiver har gjort så mye for meg, jeg synes i hvert fall den praksisdelen er veldig viktig, for jeg fikk ha den selvstendigheten å velge på hvilken måte jeg ønsket å ha praksisen min. Og at de har allerede betalt min praksis i forhold til den møteplikten jeg hadde gjennom videreutdanningen i demens.

Denne takknemligheten for noe som i mange andre sektorer tas for gitt, kan ses i sammenheng med at helsefagarbeidere har lave forventninger.

Våre funn tyder på at varierende støtte til videreutdanning fra arbeidsgiver i en del tilfeller skyldes ledernes kompetanse og kunnskap om regelverk. Noen helsefagarbeidere opplevde at deres ledere ikke hadde oversikt over grunnleggende rettigheter, og dermed måtte klage og be om støtte fra ansattrepresentanter. En helsefagarbeider hadde opplevd mye uklarhet fra ledelsen og motstand i hennes utdanningsløp, og delte sin frustrasjon:

Jeg tenker jo at en ting er de som er ledere og som behandler søknader om fri faktisk er oppdatert på regelverk. Det sto svart på hvitt på Fagforbundet sin side, at du har rett på ditt og datt. Det er nå en ting, at de må sette seg inn i regelverk, og det gjelder ikke bare mine ledere, fordi at samme svaret var fra rådhuset. Så det kan godt være at mine ledere er feilinformert fra sine ledere igjen.

Slike omstendigheter skapte frustrasjon for helsefagarbeiderne som ønsket å øke sin kompetanse. Det var få av helsefagarbeiderne vi intervjuet som ga uttrykk for at de var villige til å utfordre ledelsen, slik som denne helsefagarbeideren hadde gjort. Hun begrunnet det med at hennes mann jobbet i en bedrift i et mannsdominert yrke hvor de som tok videreutdanning fikk mer støtte og at hun derfor visste hva hun hadde rett på og sto på kravene sine.

Det var også varierende erfaringer om ordningene rundt utbetaling av støtten som helsefagarbeiderne hadde krav på. For eksempel kunne man søke om å få tilbakebetalt kostnaden til bøker eller studieavgift, men man måtte først legge ut for dette. Flere av våre informanter syntes dette var krevende, og ikke alle hadde råd til å betale fra egen lomme. En helsefagarbeider hadde lånt bøker av kolleger, ettersom det var tungvint å få penger tilbake: «For du skal jo betale først og gjøre alt først. Så du skal legge ut alt med penger og kjøp av materiell og så venter du at du skal få og så får du ikke hele beløpet heller». En annen helsefagarbeider hadde kjøpt bøkene med en ekstern

betalingssløsning slik at betalingene ble delt opp over tid. Siden vedkommende nedbetalte dette månedlig var han usikker på om han kunne få støtte, og avsto fra å søke om kompensasjon. En helsefagarbeider ved et sykehus på Østlandet fortalte at hun skulle få studieavgiften dekket av arbeidsgiver, men hun hadde betalt to semestre av egen lomme fordi kvitteringen hun hadde sendt ikke ble godkjent – uten at hun helt forsto årsaken til dette. Hun vurderte å kontakte fagforeningen etter fullført studie for å se om hun kunne få dette og utgiftene for bøker dekket.

6.3 Økonomiske rammer

I intervjuene kom det tydelig frem at lederne opererer innenfor gitte rammer, der særlig de økonomiske omstendighetene legger føringer for hva slags støtte de kan gi helsefagarbeidere i forbindelse med videreutdanning. For å kunne legge til rette for fri til studietid, samlinger eller eksamen er arbeidsgivere i mange tilfeller avhengige av intern eller ekstern finansiering. Det kommer også frem at det er variasjoner i hvordan ulike institusjoner skaffer slik finansiering.

For det første kan krevende kommuneøkonomi spille inn som en viktig forklaringsfaktor når det gjelder mangelfull og varierende støtte fra arbeidsgivere. I en kommune på Vestlandet, som vi gjennomførte intervjuer i, var det store økonomiske utfordringer, og en avdelingsleder fortalte at hun måtte vurdere hver enkelt forespørsel om støtte til videreutdanning:

Altså de gangene folk spør om videreutdanning, for det har jo ikke skjedd så veldig ofte, så kommer det jo litt an på hva de vil ta. Er det noen som vil gå inn i det som på en måte beveger seg vekk fra, altså vil du ta noe innen barn når du jobber på sykehjem, så vil de jo ikke få dekket noe her for vi vil jo ikke få nytte av det. Så det krever jo at faget er relevant i forhold til jobben her.

I tillegg hadde sykehjemmet fått beskjed om å spare penger, noe som påvirket mulighetene for å støtte kompetanseøkning blant de ansatte:

Akkurat nå er det vanvittig som [kommunen] skal spare. Så det er økonomien mye det går på, men at vi i alle fall prøver å tilrettelegge, de som går nå, har fått fri alle de dagene de trenger å få fri, med lønn. Vi skal drifte på samme måten som før, men vi skal spare. Det er det samme hvert år, så det er jo litt demotiverende rett og slett. Jeg sitter med det økonomiske ansvaret, men det går jo skeis uansett. Så at det da kan bli litt vanskeligere å få fri med lønn til utdanning videre de neste årene, det kan godt være, det er ikke vi som avgjør det, vi som ledere, jeg og virksomhetslederen, men vi tilrår. Og så er det de høyere i systemet som avgjør om det blir permisjon med lønn og alt dette her.

Under slike omstendigheter fremstår det som krevende å organisere støtte til kompetansehevingen. Ledere på avdelinger og institusjoner har begrensede midler og må forholde seg til sine lederes prioriteringer.

Det var samtidig noen kommuner i våre kvalitative undersøkelser som prioriterte midler til videreutdanning, særlig der det var vanskelig å rekruttere relevant kompetanse. En avdelingsleder i en kommune i Nord-Norge fortalte at de tilbød omfattende støtte til sine ansatte. Hun ga et eksempel på en helsefagarbeider som var i gang med videreutdanning: «Hun får dekket reise, hun får dekket oppholdet, og hun får fri med lønn når hun har eksamen og samlinger». Det var mulig å gi støtte fordi det var få ansatte i kommunen som tok videreutdanning, til tross for at ledelsen promoterte det. Helsefagarbeiderne vi intervjuet i denne kommunen bekreftet inntrykket arbeidsgiveren ga oss. En av helsefagarbeiderne illustrerte dette med å vise til den eneste gangen hun hadde måttet ta initiativ for å få fri til å studere:

Det var en hjemmeeksamen som skulle være inne en søndag og så hadde jeg arbeidshelg. Da måtte jeg be skolen om å sende en bekreftelse på at det var eksamen for at jeg kunne få de eksamensdagene i forkant. Det er eneste jeg har gjort av ekstra innsats for å få det.

Det var også andre helsefagarbeidere i samme kommune som hadde vært usikker på om hjemmeeksamen som gikk over to døgn ville være god nok grunn til å få fri i en arbeidshelg. Også de hadde fått dette innvilget, og var fornøyd med at det lot seg gjøre å kombinere jobb og studier. Denne kommunen viet kompetanseheving mye oppmerksomhet, og siden det var få som ønsket å ta videreutdanning var det mulig å støtte de som gjorde det.

I andre kommuner kom prioriteringen av kompetanseheving til uttrykk gjennom en aktiv innsats og etablerte rutiner for å skaffe midler. På Vestlandet søkte en kommune årlig om «Kompetanseinnovasjonstilskudd» fra Statsforvalteren. Dette var både til utdanninger og videreutdanninger, og kommunen hadde en årlig gjennomgang av kompetansebehovene til virksomhetene for å kunne spisse det inn i søknadene. Det krevde mye arbeid å søke midler, men en hovedtillitsvalgt som tidligere hadde jobbet med disse søknadene forklarte at de gjorde det fordi det var viktig:

Vi har jo fått prosjektmidler også til forskjellige ting, både innenfor velferdsteknologi og heltidskultur. Så vi synes det har hatt en betydning absolutt for utviklingen i helse- og omsorgstjenestene i forhold til kompetanse. Og som gir muligheter som vi ikke kunne hatt hvis ikke. Så vi vet jo at har vi ikke midlene, så vil jo det være vanskeligere å støtte opp om den enkelte.

Slike midler fremstår som avgjørende for kommuner og institusjoner, ettersom det i mange tilfeller er eneste mulighet for å dekke kostnader i forbindelse med videreutdanning, som dekking av vikarer og støtte til reiser.

Lederen for et sykehjem som var drevet av en ideell organisasjon forklarte at selve søknaden om støtte til videreutdanning var enkel: «Egentlig så skriver du bare inn tall, altså, og så regner de ut hvor mye det vil koste å ha dem ute. Så det er det beløpet jeg søker om». Utfordringen handlet om at det var stor usikkerhet rundt hvor mye støtte de ville få. Denne lederen følte at hun måtte forsøke å oppmuntre ansatte til å søke videreutdanning,

samtidig som det var uklart om hun faktisk ville få midler til å kjøpe dem fri fra ordinære vakter. Hun forklarte at hun hadde søkt om mye, «men jeg får jo ikke alle de pengene, men vi får noe». Siden det var flere helsefagarbeidere som hadde søkt seg inn på fagskole, ville det bli en utfordring siden sykehjemmet kun får midler til de utdanningene kommunen ønsker. Institusjonen var altså avhengig av eksterne aktører for å legge til rette for videreutdanning av helsefagarbeidere.

På sykehus er det andre finansieringskilder. En helsefagarbeider på Østlandet fortalte at sykehuset hun jobbet ved hadde midler til å støtte et spesifikt antall studenter, men at det var flere avdelinger som ikke hadde søkere og at det dermed hadde blitt mer midler til hennes avdeling dette året. I år var det tre personer fra denne avdelingen som tok videreutdanning, men følgende år ville det bare være én som ville få støtte.

Noen av finansieringsmidlene institusjonene har tilgang til fremstår som noe begrenset, og det er en viss grad av uforutsigbarhet i finansieringen som kan påvirke både kommuners og institusjoners arbeid med å legge til rette for videreutdanning. En leder ved et sykehjem nevnte at noen av midlene de søkte om måtte brukes på navngitte personer og at søknadsfristen er i slutten av februar, men at det var en krevende tidslinje å forholde seg til: «Du får svar på sommeren og så må du bruke opp pengene innen året har gått. Det er litt tungvint. Og for det første, folk har ikke søkt noe sted. De har heller ikke kommet inn noe sted». Selv om søknaden i seg selv ikke var så krevende for denne lederen, var det frustrerende med en slik ordning. Institusjonen hadde fått midler flere ganger, men det ble poengtert at det var mye etterarbeid:

Det er verre med rapporteringen for da skal du rapportere på hvor mye penger du har brukt og da må du gå på hver enkelt ansatt på deres lønnstrinn og regne ut hvor mange timer, hva er dokumentert at de har vært borte? Det er fryktelig mye jobb.

Det administrative arbeidet med å søke og rapportere om midler kan være en byrde for kommuner og institusjoner med knappe ressurser.

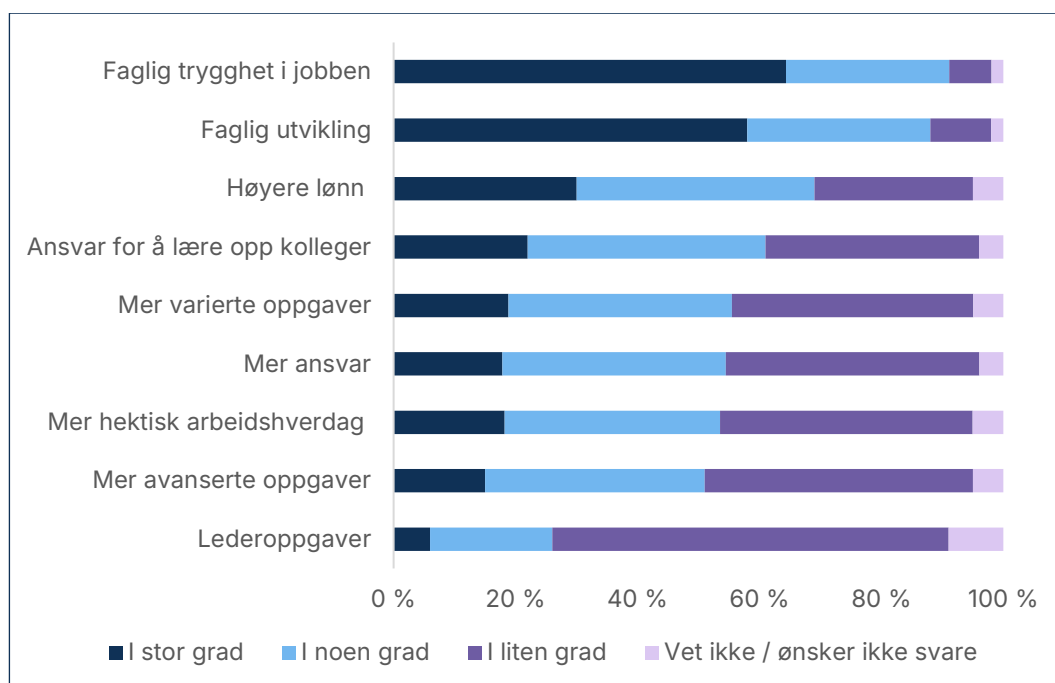
Oppsummert finner vi at ledere i enkeltvirksomheter har begrensede muligheter til å ta avgjørelser om videreutdanning ettersom den overordnede økonomiske rammen påvirker styringen. For helsefagarbeiderne var det ikke alltid tydelig hvorfor noen fikk støtte og andre ikke. Den uforutsigbare støtten gjorde at det ikke bestandig var enkelt for helsefagarbeidere å forstå prioriteringene til ledelsen. Disse omstendighetene og uklarhetene kan gjøre det vanskeligere for helsefagarbeidere å orientere seg om mulighetene for støtte og for å ta videreutdanning. I neste kapittel skifter vi fokus fra støtte til å se nærmere på konsekvenser av videreutdanning.

7 Konsekvenser av videreutdanning

Så langt i rapporten har vi sett på mulige drivere og barrierer for å starte og gjennomføre videreutdanning, basert på perspektivene til helsefagarbeiderne selv, lederne og tillitsvalgte. Og vi har sett at kompetanseheving i seg selv ikke automatisk fører til nye arbeidsoppgaver, mer ansvar eller høyere lønn. I dette kapitlet ser vi derfor på erfaringer av hva kompetansehevingen fører til, og hvordan den nye kompetansen tas i bruk i arbeidshverdagen.

I spørreundersøkelsen ba vi helsefagarbeiderne som har tatt videreutdanning om å vurdere i hvor stor grad utdanningen har ført til ulike endringer i deres arbeidshverdag. Som figur 7.1 viser, oppgir en overveiende andel – ni av ti – at videreutdanningen har ført til faglig trygghet i jobben og faglig utvikling i stor eller noen grad. Samtidig er det langt færre som opplever at de har fått mer avanserte eller varierte oppgaver, eller mer ansvar. For eksempel svarer 44 prosent at videreutdanningen i liten grad har ført til mer avanserte oppgaver, og 42 prosent har ikke opplevd å få mer ansvar. Om lag to tredjedeler av respondentene (69 prosent) oppgir at videreutdanningen i stor eller noen grad har gitt dem høyere lønn.

Figur 7.1. «I hvilken grad har videreutdanningen du har tatt ført til ...?» (n = 712).



Videre i dette kapitlet undersøker vi nærmere hvilke konkrete utslag videreutdanningen får for helsefagarbeiderne og tjenestene de inngår i. Vi ser for det første på hvordan videreutdanning påvirker helsefagarbeidernes faglige og personlige utvikling. For det andre analyserer vi i hvilken grad og på hvilke måter den nye kompetansen faktisk tas i bruk i arbeidshverdagen, gjennom endret oppgavesammensetning og ansvar. Til slutt drøfter vi de formelle og uformelle rammene rundt belønning for fullført videreutdanning, med særlig vekt på lønn, oppgaver og karrieremuligheter.

7.1 Faglig trygghet og personlig utvikling

Som vi beskrev over, er økt trygghet i jobben og faglig utvikling de to mest utbredte konsekvensene av videreutdanningen, ifølge helsefagarbeiderne i vår spørreundersøkelse. Funn fra kvalitative intervjuer peker i samme retning. Blant helsefagarbeiderne vi intervjuet, og deres ledere, ble det fremhevet at videreutdanningen ga merkbare faglige og personlige gevinster.

Flere ledere pekte på at utdanningen bidro til økt refleksjonsevne og en tydeligere forståelse av sammenhenger i arbeidshverdagen. Andre beskrev hvordan helsefagarbeiderne fremsto tryggere i rollen, mer bevisste på sine valg og bedre rustet til å møte komplekse situasjoner på jobb. Utdanningen ble oppfattet som et kompetanseløft som både styrket enkeltpersonene og bidro til kvalitet i tjenestene. En leder uttrykte dette slik:

Jeg merker engasjementet og selvfølgelig får de brukt kompetansen sin, spesielt de som har tatt [videreutdanning i] rus. For på begge avdelingene er det en del mennesker med utfordringer knyttet til rus, både eldre og yngre. Vi ser jo at de bruker det de har lært (leder Nord-Norge).

Denne lederen jobbet i en kommune som satset stort på utdanning. Først og fremst hadde de arbeidet med å legge til rette for at ansatte uten formell helsefaglig kompetanse kunne ta fagbrev, men nå ville de satse på videreutdanning av helsefagarbeidere.

Også i de andre kommunene vi undersøkte, var arbeidsgiverne opptatt av at de som tok videreutdanning fikk mye ut av det. En leder ved et sykehus viste til at helsefagarbeiderne hun kjente til som hadde fullført fagskoleutdanning endret seg siden det var «akkurat som de får litt sånn rakere rygg, og de er jo stolte av seg selv». En leder ved et sykehjem på Østlandet mente hun ville fått mye igjen hvis de hadde hatt økonomi til å frikjøpe flere helsefagarbeidere til å ta videreutdanning:

Intervjuer: Hvis [kommunen] sa at nå velger vi å satse maks på videreutdanning for helsefagarbeidere, dere får så mye penger dere vil til å kjøpe dem fri, hva hadde du gjort da?

Leder: Da hadde jeg jobbet beinhardt for å få fire–fem på hver avdeling ut.

Intervjuer: Si litt mer om det, hva ville du fått igjen da som leder her?

Leder: Da ville jeg fått igjen ansatte med et høyere refleksjonsnivå som jeg kunne være enda tryggere på at de har den kompetansen de trenger – av oppdatert kompetanse. For selv om vi har mange sykepleiere, så vil vi gjerne at hjelpepleierne våre kan så mye som mulig, altså de skal ikke holdes unna de spennende oppgavene. (...) Vi skal ha den beste kvaliteten slik at det er veldig bra for beboerne, også skal det være gøy å jobbe og at flest mulig kan mest mulig.

Dette inntrykket fra ledelsen om at kompetanseutvikling ga økt trygget ble også bekreftet av helsefagarbeiderne vi intervjuet. For mange helsefagarbeidere handlet videreutdanningen om å gjøre en god jobb og føle seg trygg på seg selv. En helsefagarbeider på Østlandet hadde jobbet i hjemmetjenesten i nesten 20 år og syntes jobben hadde begynt å bli kjedelig. Hun fortalte at hun hadde tatt videreutdanning og at dette hadde gitt henne kunnskap som ga henne ny glede i jobben.

Mange måtte kombinere familieliv og jobb med studiene, og fant individuelle løsninger på hvor og når det passet best å studere. Nettstudier var et alternativ som ga flere den fleksibiliteten som gjorde det mulig for dem å studere til tross for at de gikk i turnus. Det var likevel en utfordring å komme i gang for noen, noe en helsefagarbeider i 50-årene som jobbet i hjemmetjenesten på Østlandet fortalte om:

I starten gruet jeg meg veldig mye og jeg tenkte å slutte, fordi det var veldig krevende. Du må skrive på en annen måte, vi skal skrive hvilken bok du har funnet (informasjonen), hvilken kilde. Å, herregud, det var det verste. Jeg vet at jeg har lest noe, men jeg husker ikke i hvilken bok, hvilken side, da må du finne ut sånne ting. Du har det i hodet og det er litt vanskelig, jeg er utlending og da blir det også litt [vanskelig] å formulere en setning på en annen måte og si med andre ord og sånne ting. Så det tar litt mer tid egentlig for oss, enn for dere norske. Det er krevende, og man må sette seg og konsentrere seg og skrive og tenke på det.

Selv om hun hadde et annet morsmål enn norsk og opplevde det som krevende å studere igjen etter mange år i arbeid, beskrev hun studietiden som både verdifull og motiverende. Hun uttrykte stor faglig glede og engasjement, og sa: «Jeg elsker det, det var gøy, og egentlig – du tenker helt annerledes på mennesker som er psykisk syke og de som er rusavhengige». Erfaringene fra studiet ga henne ny innsikt som hun opplevde som direkte relevant for arbeidsoppgavene sine. Hun følte at hun tok i bruk kunnskapen i praksis og at utdanningen gjorde henne bedre rustet til jobben.

Dette med å se arbeidsoppgavene i et nytt perspektiv, som et resultat av videreutdanningen, ble nevnt av flere. En annen helsefagarbeider som jobbet i hjemmetjenesten i en kommune på Østlandet fortalte om hvordan hun hadde begynt å forstå brukerne på andre måter som følge av fagskoleutdanningen:

Lærerne var veldig flinke til (...) å få deg til å forstå hvorfor personer med demens er på den måten som de er i dag. Det viser seg at det er en sykdom som kommer etter hvert, med hjerneforandringer. Jeg forstår mer helheten av hele sykdommen og får mer forståelse enn jeg hadde tidligere. Før så var det bare, du jobber med kroppen, du gjør det du må fordi det er en jobb. Men nå trives jeg med ting jeg gjør, og nå har jeg forståelse for at det jeg gjør, det gir mening til hver enkelt pasient eller bruker som du jobber med og passer på.

En helsefagarbeider beskrev hvordan hun var blitt mye mer bevisst på valgene hun gjorde som følge av videreutdanningen, og at hun i større grad reflekterte over hva som

var best for brukerne. Hun mente at hun hadde tenkt på valgene sine tidligere også, «men ikke i den dybden som man har kompetanse til å gjøre nå». For å beskrive hva hun mente trakk hun frem et eksempel med brukere som slet med psykiske problemer eller rus. Hun hadde større forståelse for hva som faktisk «skjedde i kroppen» og en mye større forståelse for diagnosene. En annen helsefagarbeider som jobbet på sykehjem, trakk frem kunnskapen om kommunikasjon som de hadde lært på studiet. Hun fortalte:

For eksempel når det er vanskelig å snakke med pasienten, så vet du jo allerede hva slags sykdom eller psykisk plage som brukeren har. (...) Det er ikke alltid du kan kommunisere med dem, du må kanskje finne en annen måte, du må bruke kroppsspråket ditt. (...) Hvordan du står, hvor har du hendene dine, hvordan står føttene dine?

Det å føle seg tryggere på hvordan man skal møte brukere med mer kompliserte diagnoser ved å for eksempel være mer bevisst på kroppsspråket var det flere som trakk frem. Helsefagarbeiderne beskrev at de lærte enkle grep som de opplevde fikk store konsekvenser for brukeren og dermed deres egen arbeidshverdag. En helsefagarbeider som jobbet i omsorgsbolig, beskrev hvordan hun også var blitt mer bevisst på hvordan hun løste arbeidsoppgavene sine:

Refleksjon, det har jeg jo gjort masse, og det har styrket meg og jeg har blitt god på det. Hvis vi sitter og diskuterer eller hvis det er en problemstilling på jobb, så kan jeg nå si at hvorfor tenker du sånn? Hva mener du med det du sier nå, hvorfor gjør vi det sånn? Der jeg tidligere bare hadde tenkt at ok, da gjør vi det sånn da. At man blir, ja, mer bevisst på de valgene man tar.

På Østlandet snakket vi med en helsefagarbeider som jobbet i hjemmetjenesten som fortalte om hvordan slike endringsprosesser gjennom videreutdanning hadde positive konsekvenser for arbeidet:

Jeg er mer enn fornøyd med jobben min, fordi med den erfaringen, den videreutdanningen og at jeg ble mer klok av det studiet, fikk meg til å bli bedre rustet i arbeidslivet. Så jeg er på en måte ikke redd for å gå hjem til folk med demens eller psykiatri eller de som har alkoholproblemer. Da vet du på en måte hvordan du skal forholde deg til dem, og for meg er det veldig viktig å ha den utrustningen som helsepersonell, for da takler du nye ting i hverdagen, og du blir ikke lei.

Denne helsefagarbeideren trakk frem at hun følte seg mer kompetent i arbeidshverdagen, hun var også tryggere fordi hun hadde fått kunnskap og kompetanse om utfordringene til flere av brukerne. Hun mente også at det styrket forholdet til kollegene siden de satt pris på kompetansen og spurte henne om råd. Det gjorde at hun følte at hun «er en ressurs på jobb som føler at du er noe, du er viktig for den jobben du gjør».

Mange opplevde økt forståelse for egen jobb og større faglig stolthet gjennom studiene. Ved å lære mer om ulike sykdommer, hvordan de påvirker kroppen, og hvilke vurderinger leger og sykepleiere gjør, fikk de en dypere innsikt i arbeidsoppgavene sine.

Dette bidro til at jobben fremsto som mer meningsfull og faglig forankret. Erfaringene peker på at videreutdanning først og fremst gir et løft i refleksjonsevne og faglig trygghet, men også at dette kan få direkte betydning for kvaliteten på tjenestene i møte med komplekse pasientbehov. Gitt disse erfaringene blir det desto viktigere at kompetansen også faktisk utnyttes i arbeidshverdagen. Som vi skal se i neste avsnitt, er imidlertid ikke dette alltid tilfelle.

7.2 Bruk av kompetanse

Til tross for at både ledere og helsefagarbeidere selv opplevde betydelige endringer gjennom videreutdanning fortalte de fleste av helsefagarbeiderne vi intervjuet at de i liten grad hadde fått endrede oppgaver etter gjennomført utdanning. De utførte stort sett de samme oppgavene som tidligere, selv om det var med en opplevelse av å gjennomføre eget arbeid med høyere kvalitet. Dette bekrefter resultatene fra vår spørreundersøkelse (se figur 7.1), og er også i tråd med funn fra tidligere forskning som har vist at sammenliknet med andre videreutdanninger var det færre helsefagarbeidere som fikk mer ansvar eller nye oppgaver (Høst et al., 2025).

Profesjonskampen mellom sykepleiere og helsefagarbeidere har pågått i flere år og bidratt til at mange helsefagarbeidere ikke har fått gjøre oppgaver som har inngått i opplæringen deres (Bråthen & Moland, 2023). Cirka 200 kommuner har blitt en del av TØRN-programmet, hvor oppgavedeling står sentralt, men dette er fremdeles på pilotnivå mange steder og effektene kan forventes om noen år (Bråthen & Aspøy, 2025). Mange steder fremstår oppgavedelingen som noe vilkårlig, og en hovedtillitsvalgt i en kommune på Vestlandet beskrev det slik:

Ja, det er ganske tilfeldig, det har mye med arbeidsplassen å gjøre, hvilke oppgaver som er der. Hvordan bemanningen er, altså hvilken kompetanse er det på plassen fra før? For jeg tror hvis du kommer som helsefagarbeider og har nettopp bestått klinisk vurderingskompetanse, men så er du på kveldsvakt med tre andre sykepleiere, så er det ikke du som setter den nåla for eksempel. Nei, det tror jeg at jeg kan si 100 prosent sikkert.

Hvordan helsefagarbeidernes kompetanse tas i bruk varierer. På et sykehjem eller sykehus kan dette blant annet handle om hvordan arbeidet er organisert, og hvilke andre yrkesgrupper helsefagarbeideren samarbeider med. Er det for eksempel mange sykepleiere til stede, slik det kommer frem av sitatet over, vil helsefagarbeiderne ikke nødvendigvis få utføre oppgaver som ligger nærmere sykepleiernes ansvarsområde. Fordelingen av oppgaver og større ansvar til helsefagarbeidere krever aktivt arbeid med oppgavedeling:

Så oppgavene, ja, de kommer til å få flere oppgaver, men vi må bare jobbe oss fram til hva de skal være. Både andre oppgaver, og så ønsker de selv mer ansvar i avdelingen og ha noe som heter ansvarsvakt som bare sykepleiere har nå. Men før de får ansvarsvakta, så må jo noen av oppgavene være på plass, hvis ikke, så greier de jo ikke ansvarsvakta hvis ikke de kan fullføre oppgavene, da. Da blir de jo bare en som er på

topp, og ikke liksom gjør det de skal gjøre hvis den ansvarsvakta hadde vært en sykepleier (leder sykehus).

Fordelingen av arbeidet er komplisert også i hjemmetjenesten hvor rullering av vakter og ulike ruter spiller inn på hvilke brukere hver helsefagarbeider jobber med. En helsefagarbeider som jobbet i hjemmetjenesten på Østlandet viste til at hun hadde videreutdanning i demens, men at ruten ikke var tilpasset dette og at det heller var tilfeldig om hun jobbet med denne brukergruppen.

På små arbeidsplasser er det enklere å holde oversikt over hver enkelt helsefagarbeiders kompetanse, mens på steder med mange ansatte, og særlig der det er mange helsefagarbeidere som jobber deltid, kan det være krevende å vite hvem som har tatt videreutdanning og ulike kurs. Dette bidro i noen tilfeller til utfordringer med å matche kompetanse med brukernes behov. En koordinator i hjemmetjenesten i en kommune på Østlandet fortalte om hvordan hun forsøkte å få til dette:

I hjemmetjenesten er det mye rart som skjer, vi vet jo ikke hva vi kommer til før vi har kommet til brukeren og er på jobb. Så kan det plutselig komme beskjed fra nattevakta: «den brukeren var litt dårlig». Ok, men Anders³ har den kompetansen, så da kan han gå og observere den brukeren og kartlegge siden han har den utdannelsen. Vi kan bruke ham i stedet for noen andre, det kan gjøres på den måten. Fordi vi ser nå hvis noen brukere er dårlige og noe har skjedd, og vi har jo folk som har hatt akuttkurs, og som har fått utstyr så de kan ta målinger på brukeren. Så når jeg vet at noen av dem er på jobb og ser at en bruker er dårlig, så ringer jeg: «Kan du gå innom den brukeren og ta målinger og sjekke?»

Det kunne likevel være utfordrende å bruke helsefagarbeideres kompetanse på best mulig måte. Hun forklarte videre hvordan dette var begrenset av datasystemene de bruker:

Det jobbes med et system som heter Gericia [pasientjournalsystem og administrativt system for pleie- og omsorgssektoren] – det er veldig gammelt, men det jobbes med at det kan registreres kompetanse på ansatte. For det er en jobb som må gjøres for at det skal være på plass, men jeg tror det er registrert i systemet, men det må jo komme på plass og at det blir synlig på skjermen. Når du klikker på ansatt og at det står der, den kompetansen eller faget for eksempel. Det har begynt å bli registrert på et system som heter GAT [ressurssystem som blant annet brukes for turnus], hvor det er registrert alle ansatte. Og så står det hvor de jobber og så står det for eksempel hvis de har hatt opplæring i insulin og for å gi medisiner og sånn, så står det når du klikker på den ansatte. Men det er et annet system i tillegg, så vi må ha to systemer oppe. Og det er ikke alle som har tilgang til det, men jeg som koordinator har det så da går du og klikker på

³ Anonymisert navn

en ansatt og hvis det ikke står at de kan sette insulin, så må jeg spørre, kan den personen gjøre det eller ikke?

Det at det ikke finnes noen enkel måte å synliggjøre ansattes kompetanse på gjør det mer krevende å benytte deres kunnskap på en god måte i en travel arbeidshverdag. I tillegg er det flere hensyn som skal tas når en arbeidshverdag skal koordineres. Arbeidet til koordinatoren handler ikke bare om å bruke de ansattes formelle kompetanse, men i fordelingen av ruter i hjemmetjenesten må hun også ta hensyn til geografi og ansattes og brukeres preferanser og kjemi:

Det må jo være geografisk fordelt, at folk kan ikke gå litt overalt. Og når vi kjenner brukerne godt og du kjenner de ansatte godt, er det noen som kanskje ikke har like god kjemi eller noen vil jo ha kvinner, noen liker menn. Så det er små ting som kan gjøre jobben lettere. Det trenger ikke nødvendigvis være fag, men hvis man har god kjemi med noen kan for eksempel bare noe så enkelt som å dusje (være enklere).

Dette illustrerer at kompetansebehovene i helsesektoren ikke bare er avhengige av økt formell utdanning. Det trengs også strategisk arbeid med oppgavedeling for å identifisere hva slags kompetanse som trengs og hva som finnes, og hvem som skal gjøre hva. Slike prosesser kan bidra til å synliggjøre helsefagarbeidernes kompetanse og finne måter å balansere bruken av den opp mot andre behov i travle arbeidshverdager.

Flere informanter understreket at muligheten til å ta i bruk kompetansen varierer mellom tjenestesteder. I hjemmetjenesten og små enheter er helsefagarbeiderne ofte mer selvstendige, noe som gir større rom til å anvende kunnskap fra videreutdanningen i møte med brukere. På større sykehjem og sykehus er derimot profesjonsgrensene tydeligere, og mange fortalte at det var vanskelig å få slippe til i oppgaver som tradisjonelt har vært sykepleiernes ansvar. Dette innebærer at to helsefagarbeidere med samme utdanning kan få svært ulik erfaring, avhengig av hvor de jobber.

I tillegg er det heller ikke nødvendigvis alltid enkelt for ledelsen å vite hvordan man best kan benytte kompetansen. En leder på et sykehus forklarte prosessene rundt dette på deres institusjon. De hadde flere helsefagarbeidere som var i ferd med å avslutte videreutdanninger som var laget i samarbeid med en fagskole og sykehuset. Hun hadde vært i møter med ledelsen ved sykehuset, fagskolen og andre faglig ansvarlige for å finne ut hva planen var for å bruke den nye kompetansen. Hun hadde tatt opp teamet på flere møter og spurt:

Hva skal vi bruke denne nye kompetansen til? (...) Hva er tanken nå? Nå kommer første kull ut og hva er de nye oppgavene? Jeg spør fagskolen og de vet ikke. Jeg spør faglig kompetanse (på sykehuset) og de kaster ballen tilbake til oss. Men det må jo dere se på, hva tenker dere? Så jeg tenker vi på medisin, som jeg tilhører, må sette oss sammen og se på det. Men mine medarbeidere spruter jo av energi, de har kommet med masse forslag.

Noe av denne utfordringen med bruk av kompetanse kan ses i sammenheng med oppgavedelingen mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. På et sykehus på Østlandet fortalte en ansatt i en lederstilling at det hadde vært skepsis blant sykepleierne til å la helsefagarbeiderne overta enkelte oppgaver:

Det var jo store protester da vi i sin tid utviklet den første videreutdanningen i kirurgisk virksomhet. Det var litt sånn kamp, men min erfaring er at vi må stå i den kampen og så får vi se resultatet. Det jeg hører nå, er at avdelingslederne der ute er veldig fornøyde med de helsefagarbeiderne som har tatt den videreutdanningen. Det var store protester i forhold til å ansette helsefagarbeidere på intensivavdelingen. Men så har de ansatt helsefagarbeidere, de er strålende fornøyde. De må liksom få den erfaringen og da må vi tåle å stå i den motstanden. Fordi at det er jo nødvendige prosesser dette her.

Den samme lederen ga også et eksempel på hvordan prosesser rundt oppgavedeling kunne oppstå som resultat av arbeidsmengde:

Sånn som på hjerteavdelingen vår nå, så har man sett at det har vært en del komplikasjoner i forbindelse med å sette venefloner. Og de har jo vært litt forsiktige med å la helsefagarbeideren gjøre den oppgaven. Men så har de funnet ut at de skulle prøve å teste ut om man skulle bytte venefloner oftere, sånn at disse infeksjonene ikke kom. (...) Og nå har de trent opp helsefagarbeidere sånn at de også kan bytte venefloner fordi da blir det mindre på sykepleierne. Det vi ser nå er at infeksjonene går ned. Betydelig ned.

I dette tilfellet var det altså mengden arbeid som gjorde det vanskelig for sykepleierne å få tid til å utføre dette på egen hånd, og da ble det lettere å dele denne oppgaven med helsefagarbeidere.

Det økende kompetansebehovet på tvers av helsesektoren betyr at det er tett samarbeid med fagskoler for å utvikle relevante utdanninger. Flere nevnte at de hadde jobbet tett med fagskoler for å skreddersy utdanningsløpene for å gjøre dem mest mulig relevante for behovene på deres arbeidsplass. En kommunalt ansatt på Vestlandet forklarte deres involvering i dette:

Det har vært faste samarbeidsmøter mellom kommunen og leverandør av disse fagskolene. I det tilfellet her så har vi hatt et veldig godt samarbeid med fagskolen. (...) Og da har jo også lederne vært veldig på i forhold til å få ansatte med på disse kursene.

Et gjennomgående poeng i intervjuene var at det i stor grad var lederens holdninger og prioriteringer som avgjorde hvordan videreutdannede helsefagarbeideres kompetanse ble tatt i bruk. Enkelte beskrev at de hadde ledere som ga dem mulighet til å prøve nye oppgaver og delte ansvar på en måte som løftet både individet og avdelingen. Andre fortalte at ingenting endret seg etter fullført utdanning, fordi lederen ikke tok initiativ til å bruke kompetansen systematisk. Selv om det i de fleste tilfeller ikke skjer formelle

endringer i stilling eller ansvar etter gjennomført videreutdanning, finnes det eksempler på at kommuner prøver ut nye modeller for å utnytte kompetansen bedre. Enkelte steder har helsefagarbeidere fått lederansvar i situasjoner der knappheten på sykepleiere har gjort det nødvendig å tenke nytt om oppgave- og ansvarsfordeling. Som en avdelingsleder i nord uttrykte det:

Jeg vet at [et anonymt sykehjem] har ansatt to helsefagarbeidere som avdelingsledere. I forhold til knapphet på sykepleiere. Sånn at det kan være ting som man kan gi til dem, det kan godt hende, men vi er liksom ikke kommet dit ennå. Og det vil jo være personavhengig også. Og hva du vil. Men det tenker jeg er helt innenfor å diskutere og tenke på (avdelingsleder, nord).

Blant helsefagarbeiderne vi intervjuet var det ikke vanlig å ha ambisjoner om å få lederstillinger, men det var flere som ønsket seg mer ansvar, for eksempel ved å kunne få ansvarsvakter.

7.3 Lønn og belønning for fullført videreutdanning

Det er relativt mange helsefagarbeidere som får høyere lønn som følge av videreutdanning. Som vist i figur 7.1, mener 30 prosent av helsefagarbeiderne at videreutdanning i stor grad har ført til lønnsøkning, og 39 prosent svarer at videreutdanning i noen grad har ført til høyere lønn. Svarene viser forskjeller mellom ulike typer arbeidsplasser. Lønnsøkning ser ut til å være noe vanligere blant helsefagarbeidere som jobber på sykehjem eller i boliger for personer med funksjonsnedsettelse. Her oppgir 72 prosent at de har fått høyere lønn etter videreutdanning. Blant dem som arbeider på sykehus er andelen en del lavere – kun 60 prosent opplever at videreutdanningen i stor eller noen grad har ført til positiv lønnsutvikling.

De kvalitative intervjuene viste et uoversiktlig og til dels uforutsigbart bilde når det gjelder lønn. Det var mye snakk om at helsefagarbeidere fikk flere oppgaver, uavhengig av videreutdanning. Flere informanter opplevde at de ble gitt kursing for å kunne gjøre nye oppgaver – også oppgaver som tradisjonelt har ligget til sykepleierne – uten at dette ble gjenspeilet på lønnsnivået. Her illustrert av en helsefagarbeider:

De vil at vi skal gjøre flere oppgaver da. De ville at vi skulle begynne med sondeernæring også. Jeg synes det er gøy, men det er urettferdig at vi skal ta over sykepleieroppgaver og få mindre betalt enn dem.

Denne helsefagarbeideren holdt på med videreutdanning, og var veldig interessert i nye oppgaver og mer utfordringer. Samtidig var det en opplevelse at man fikk mer ansvar uten nødvendigvis å bli kompensert for dette.

Ved gjennomført videreutdanning på 60 studiepoeng fra fagskole viser tariffavtalen mellom KS og Fagforbundet at den gir rett til to ekstra lønnstrinn, men likevel ser vi at det ikke er noen garanti for at dette blir praktisert. Flere informanter fortalte at helsefagarbeidere enten måtte kjempe for å få tillegg, eller at det ikke ble gitt noen uttelling i det

hele tatt. En måte man kunne sikre seg på var ved å få en utdanningskontrakt i forkant, men det var det altså ikke alle som var klar over.

8 Avslutning

Det er bred politisk enighet om at helsesektoren står overfor store kompetanseutfordringer i årene som kommer. Videreutdanning og bedre bruk av helsefagarbeidere er løftet frem som et viktig virkemiddel for å møte disse utfordringene. Samtidig er videreutdanning uten organisatoriske grep lite effektivt. Denne rapporten har undersøkt helsefagarbeidernes erfaringer med videreutdanning ved fagskoler, med særlig vekt på hva som fremmer og hemmer gjennomføring og bruk av kompetansen de tilegner seg. Funnene bygger på kvalitative intervjuer med kommunalt ansatte, ledere og helsefagarbeidere i fire casekommuner og en spørreundersøkelse med svar fra rundt 2000 helsefagarbeidere.

Samlet viser analysene at både ledere og helsefagarbeidere opplever et økende behov for kompetanse i helsesektoren, blant annet som følge av endrede arbeidsoppgaver, nye organisasjonsformer og økt kompleksitet i tjenestene. Mange helsefagarbeidere er motivert for videreutdanning, ofte begrunnet i et ønske om å gjøre en god jobb, oppleve faglig utvikling og føle mer trygghet i arbeidshverdagen. Samtidig viser rapporten at det finnes betydelige barrierer for å ta videreutdanning. Mangelfull og varierende informasjon om utdanningsmuligheter og rettigheter, kombinert med praktiske og økonomiske utfordringer som kostnader, turnus, fravær, praksis og eksamen, gjør videreutdanning krevende å gjennomføre for mange.

Støtten helsefagarbeidere mottar fra arbeidsgiver varierer betydelig, både mellom kommuner og sykehus, mellom og innad i kommuner, og innen avdelinger på samme arbeidsplass. Flere opplever at den støtten de har behov for ikke samsvarer med støtten de faktisk får, og noen beskriver at de må kjempe for rettigheter de formelt har krav på. Variasjonen bidrar til ulik tilgang til videreutdanning og øker risikoen for at ansatte i allerede krevende arbeidssituasjoner velger ikke å starte på eller fullføre utdanningsløpet.

Når helsefagarbeidere fullfører videreutdanning, viser funnene tydelige faglige og personlige gevinster. Mange opplever økt faglig trygghet, bedre forståelse av arbeidsoppgaver og relasjoner til brukere og pasienter samt styrket evne til refleksjon. Ledere påpeker at dette øker kvaliteten i tjenestene. I tråd med tidligere studier (Høst et al., 2025) finner vi at videreutdanningen, som følge av lite strategisk oppgavedeling, i liten grad fører til endringer i arbeidsoppgaver, økt ansvar eller formell anerkjennelse. Lønnsopprykk skjer ikke alltid automatisk, og de fleste forblir i de samme stillingene som før videreutdanningen.

Rapporten avdekker dermed et gjennomgående paradoks: Videreutdanning gir reelle gevinster på individnivå, men får begrenset betydning på organisasjonsnivå. Kompetansen styrker kvaliteten på arbeidet helsefagarbeidere allerede utfører, men brukes i liten grad strategisk til rolleutvikling, oppgavedeling eller etablering av nye karriereveier. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at fagskoleutdanning i helsesektoren sjelden gir formell uttelling i ansvar og status, i motsetning til fagskoleutdanning i flere tekniske fag (Andresen & Breines, 2024). Samtidig er det mye utviklingsarbeid i gang i mange kommuner. Dersom utvalget i større grad hadde inkludert kommuner der dette

arbeidet står sentralt, heller enn kommuner med hovedvekt på videreutdanning, kunne intervjuene ha gitt et annet bilde.

Mangelen på uttelling må også forstås i lys av etablerte skillelinjer i helsesektoren. Helsefagarbeidere forblir i stor grad i samme kategori selv etter fullført videreutdanning, i motsetning til sykepleiere som får tydeligere titler og roller gjennom videreutdanning (som for eksempel kreftsykepleier), og ansatte uten formell helsefaglig kompetanse som endrer stilling til helsefagarbeider når de fullfører fagbrev. Det finnes også ufaglærte som går inn i nye roller med noe kompetanseheving (Jordell et al., 2025). Fraværet av formelle karriereveier bidrar til at kompetansen blir lite synlig, og gjør det vanskelig å organisere arbeidet rundt helsefagarbeidere med videreutdanning.

Dette kan ikke først og fremst forklares med motvilje hos arbeidsgiverne. Funnene peker heller på strukturelle rammebetingelser preget av stram økonomi, bemanningsutfordringer og behov for kortsiktige prioriteringer. I et presset helsevesen blir det krevende både å støtte ansatte i utdanningsløpet og utvikle organisatoriske løsninger som gjør det mulig å ta i bruk den nye kompetansen. Samtidig innebærer denne kortsiktigheten en risiko for at investeringer i videreutdanning ikke gir ønsket avkastning på lang sikt.

Flere helsefagarbeidere gir uttrykk for frustrasjon over å ikke få brukt kompetansen de har tilegnet seg, særlig i en situasjon der behovet for arbeidskraft og kompetanse er økende. Selv om mange ikke ønsker å ta over nye oppgaver uten økt lønn og anerkjennelse, opplever flere at manglende muligheter for ansvar og utvikling begrenser både motivasjon og opplevelsen av mening i arbeidet. I denne sammenhengen fremstår videreutdanning på fagskolenivå som en mulighet som ikke utnyttes fullt ut.

Avslutningsvis viser rapporten at videreutdanning på fagskolenivå har et betydelig, men delvis uforløst potensial. Det finnes klare gevinster for den enkelte helsefagarbeider og for kvaliteten i tjenestene, men uten bedre tilrettelegging, tydeligere kobling mellom kompetanse og oppgaver, og strukturell anerkjennelse i form av karriereutvikling, vil dette potensialet forbli underutnyttet. Skal videreutdanning fungere som et reelt virkemiddel for å møte fremtidens kompetanseutfordringer i helsesektoren, må satsingen skje samtidig som det tas organisatoriske og strukturelle grep som gjør det mulig å ta i bruk kompetansen på en mer systematisk og meningsfull måte.

9 Referanser

- Andresen, S. & Breines, M.R. (2024). *Fagskoler i en brytningstid: Muligheter og begrensninger ved nett-baserte utdanningstilbud*. Fafo-rapport 2024:46.
- Bråthen, K. & Aspøy, T.M. (2025). *Ny rolle for helsefagarbeidere? Oppgaver og ansvar i endring*. Fafo-rapport 2025:20
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2023). *Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren: En undersøkelse blant helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører*. Fafo-rapport 2023:07.
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2024). *Ny tårn for effektive helse- og omsorgstjenester Underveisevaluering av Tårn-programmet*. Fafo-rapport 2024: 05.
- Fagbladet. (2025). En av tre utlyste helsefagarbeider-jobber er heltid: – Det går i sneglefart. <https://www.fagbladet.no/nyheter/en-av-tre-utlyste-helsefagarbeider-jobber-er-heltid-det-gar-i-sneglefart/157878>
- Helsedirektoratet. (2023). *Kompetanseløft 2025 – Årsrapport 2022*. Oslo: Helsedirektoratet. (Kap. 3.3 «Rekruttering og utvikling i årsverk»).
- Helsedirektoratet. (2022) *Tilstandsrapport for høgare yrkesfagleg utdanning 2022*. Rapport nr. 12/2022. Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse.
- HK-dir. (2025) *Tilstandsrapport for høgare yrkesfagleg utdanning 2025*. Rapport nr. 07/2025. Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse.
- HK-dir. (2022) *Tilstandsrapport for høgare yrkesfagleg utdanning 2022*. Rapport nr. 12/2022. Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse.
- Høst, H., Furholt, J. & Lyckander, R.H. (2025). *Hvordan samarbeider fagskolene med arbeidslivet om utdanningene?* Del 2: Helse- og oppvekstutdanninger. NIFU-rapport 2025:6. Oslo: NIFU.
- Ingulsrud, M.H. & E, Falkum. (2017). *Helsefagarbeidernes muligheter for utvikling og bruk av kunnskap og ferdigheter i jobben*. Arbeidsforskningsinstituttet. Høyskolen i Oslo og Akershus.
- Jordell, H., Yssen, S. & Moland, L.E. (2025). *Nye stillinger for ikke-faglærte i pleie- og omsorgstjenestene: En kartlegging av potensialet i nye stillingstyper for bedre oppgaveløsning, økt rekruttering og arbeidsinkludering*. Fafo-rapport 2025:08
- Kompetansebehovsutvalget. (2020). *Fremtidige kompetansebehov III – Læring og kompetanse i alle ledd*. NOU 2020:2. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- KS. (2023). *Arbeidsgivermonitor 2023*. Oslo: Kommunesektorens organisasjon.
- Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd.
- Nielsen, R.A. & Moland, L.E. (2023). *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*. Fafo-rapport 2023:30.
- Norges offentlige utredninger. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. NOU 2023:4 (Helsepersonellkomisjonen). Oslo: Helse- og omsorgsdep.
- Oslo Economics. (2022). Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus. 2022–66.
- Skjøstad, O., Sørbo, J. & Myklathun, K.H. (2025). *Navs bedriftsundersøkelse 2025: Stor mangel på folk med fagbrev*. Nav-rapport 2025:4. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- SSB. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/_attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf
- SSB. (2025). Statistikkbanken. Helse- og sosialpersonell. <https://www.ssb.no/statbank/table/13848/>
- Stiklestad, S.S. (2022). Helsefagarbeidere i deltidsfella. *Samfunn og økonomi*, 1(2022), 77–93. (Fagfelle-vurdert artikkel).

Svendsen, K. (2019). Sykepleierforbundet om helsefagarbeidere: – Vi burde hatt en mer positiv tilnærming til samarbeid på tvers av profesjonene. Fagbladet. <https://www.fagbladet.no/nyheter/sykepleierforbundet-om-helsefagarbeidere-vi-burde-hatt-en-mer-positiv-tilnaerming-til-samarbeid-pa-tvers-av-profesjonene/191363>

