

Notat

Til : Helsepersonellkommisjonen
Fra : Norsk Sykepleierforbund

Doknr. : 1246494

Innspillmøte med helsepersonellkommisjonen 09.02.22

Norsk Sykepleierforbund har aktivt arbeidet for nedsettelsen av denne kommisjonen, og vi har store forventninger til resultatet av dette arbeidet. Det er behov for en felles virkelighetsoppfatning som grunnlag for en samlet nasjonal innsats. Denne må bygge på et realistisk og balansert bilde av nå-situasjonen, av kompetanse- og personellbehovet i sektoren fremover, og hva som skal til for å møte det. Størrelsen på tjenesteyting i privat sektor har også betydning, både for prioritering og for tilgangen til helsepersonell. Kommisjonen må ta dette med i sine analyser.

I 2021 vurderte The Commonwealth Fund¹ det norske helsevesenet som best blant rike, vestlige land. Vurderingen var basert på fem kriterier: tilgang, behandling, effektivitet, rettferdighet og resultater. Vi brukte ikke mest penger, men vi oppnådde mest ut fra de ressursene vi hadde til disposisjon. Pandemien har for alvor vist oss verdien av en helsetjeneste i verdensklasse. Likevel har samfunnet måtte stenge ned av hensyn til kapasiteten i helsetjenestene. En godt utbygd, tilgjengelig og kompetent helse- og omsorgstjeneste over hele landet er, og må fortsatt være, en helt sentral faktor i vår beredskap. Da må vi slutte å se på helse- og omsorgstjenestene utelukkende som en utgift. Det er en livsviktig ressurs som resten av samfunnet er avhengig av for å fungere. NSF mener dette perspektivet må ha en tydelig plass i kommisjonens arbeid.

Personell- og kompetansesituasjonen i dag

Sykepleiere og annet helsepersonell har bidratt til pandemihåndteringen på en avgjørende måte, ved at de over tid har lagt ned en ekstraordinær innsats. Dette er ikke bærekraftig og vil på sikt kunne medføre svekket beredskap. Gjennom flere år har vi observert en økende mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. Norge er ikke selvforsynt med helsepersonell, og har gjort seg avhengig av å leie inn sykepleiere og jordmødre fra andre land. Sykepleiermangelen er global. WHO oppfordrer derfor alle sine medlemsland til å utdanne nok sykepleiere og jordmødre til å møte egne behov.²

Høy arbeidsbelastning har medført en utbredt grad av deltidsarbeid, høyt sykefravær, tidligpensjonering og frafall fra yrket, blant norske sykepleiere. Tall fra SSB viser at 20 prosent av sykepleierne ikke jobber i helsetjenesten 10 år etter endt utdanning.³ NSF's heltidsbarometer⁴ viser at kun 61 prosent av alle sykepleierstillinger som ble lyst ut i 2021 er heltidsstillinger. Ca. halvparten av alle sykepleiere i kommune- og spesialisthelsetjenesten jobber i en deltidsstilling⁵. I følge NAV⁶ mangler Norge 7000 sykepleiere, målt som ubesatte stillinger. KS Arbeidsgivermonitor viser at et flertall av kommunene opplever det som ganske eller meget utfordrende å rekruttere sykepleiere. Dette bekreftes også av NSF's lederundersøkelse⁷ hvor 61 prosent av førstelinjelederne oppgir at det

¹ <https://www.nrk.no/urix/norge-topper-karing-over-verdens-beste-helsevesener-1.15606033#:~:text=Norge%20klarer%20fra%20en%20delt,pasient%20p%C3%A5%20Rikshospitalet%20i%20Oslo.>

² <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2021/building-better-together-roadmap-to-guide-implementation-of-the-global-strategic-directions-for-nursing-and-midwifery-in-the-who-european-region-2021>

³ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sykepleiere-pa-aveie>

⁴ <https://www.nsf.no/heltidsbarometer>

⁵ <https://www.nsf.no/lonn-og-tariff/statistikk>

⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/estimert-mangel-pa-helsepersonell/sykepleiere-og-spesialsykepleiere>

⁷ https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-12/lederundersokelsen_nsf.pdf



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 994 02 409
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Org.nr: NO 960 893 506 MVA
sykepleierforbundet@invoicedrop.com

er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell når noen slutter. I kommunene gjelder det 70 prosent av førstelinjelederne. Bare 24 prosent av lederne vurderer å ha nok ansatte, mens kun 49 prosent opplever at kompetansesammensetningen er i samsvar med oppgaver og behov.

På tross av dette er det fra flere hold blitt stilt spørsmålsteget om sykepleiermangelen er reell. Som bevis benyttes tall fra OECD som viser at Norge har en høyere sykepleierdekning enn andre land, inkludert våre naboland. NSF mener sammenlikningen av OECD-land ikke gir et riktig bilde av sykepleierbemanningen i Norge. OECD-tallene teller kun antall yrkesaktive sykepleiere i tjenestene per 1000 innbyggere. Det skiller ikke mellom administrative stillinger og sykepleiere som arbeider klinisk. Det tas heller ikke hensyn til variasjon i utbredelsen av deltidsarbeid, sykefravær og permisjoner, ulik organisering av tjenestene og geografiske betingelser, samt forskjeller i arbeidsdelingen mellom tjenestene og familiene. Det er dokumentert et betydelig avvik mellom faktisk og planlagt bemanning i sykehjem. Registrene som rapporteringen til OECD baserer seg på, har ikke informasjon som viser om det blir satt inn personell, og hvilke personellgrupper som settes inn, når sykepleiere er langtidssykemeldte eller i foreldrepermisjon.⁸ Beregninger viser at dette kan utgjøre så mye som 18 prosent av sykepleierstillingene i hjemmesykepleie og sykehjem. Vi vet også at sykepleiere i Norge utfører flere oppgaver og har mindre tilgang til støttepersonell enn i mange andre land.

Den svenske koronakommisjonen⁹ rettet knusende kritikk mot håndteringen av pandemien i eldreomsorgen, og de høye dødstallene blant eldre. Det pekes på at eldreomsorgen ikke hadde høy nok bemanning, god nok kompetanse eller gode nok arbeidsforhold. Dette bidro til at smitten spredte seg, og at beboerne ikke fikk den pleie og behandling de skulle hatt ved mistenkt eller fastslått smitte av covid-19. RN4CAST studien som har vært gjennomført i over 30 land¹⁰, viser en klar sammenheng mellom sykepleierbemanning per pasient og behandlingsresultat. Mye tyder også på at den økte kostnaden ved å øke sykepleierbemanning mer enn oppveies av reduserte kostnader på andre områder (liggetid, medisiner, kirurgiske og medisinske prosedyrer mv). En norsk studie basert på tall fra Helse Sør-Øst RHF viser at sykepleiernes arbeidsbelastning og ledelsesengasjement hadde sammenheng med dødelighet første uke etter innleggelse.¹¹

I lys av dette vil NSF vil advare mot å redusere ressurstilførsel, bemanning og kompetanse, og forvente det samme resultatet. Det er en politisk prioritering og et politisk valg å opprettholde bosetting og tilgang til helse- og omsorgstjenester over hele landet. Det er også en politisk prioritering og valg å definere hvem som skal få behandling, hvilken standard og kvalitet vi skal ha, og hvilke resultater vi skal oppnå. Det innebærer også et ansvar for å være åpen om hva som prioriteres bort. Dette ansvaret kan ikke skyves ned til ledere og ansatte i tjenestene.

Innsatsområder og løsninger

NSF mener det er behov for tiltak på mange nivå for å møte etterspørselsveksten etter helse- og omsorgstjenester, uten å redusere tilbudet eller velte en større del av ansvaret over på familiene. Uformell, ulønnet hjelp eller tilsyn i Norge er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk. Til sammenligning utgjør kommunale omsorgstjenester rundt 142 000 årsverk¹². Om pårørende skal gjøre mer vil det antakelig medføre mer deltidsarbeid og redusert tilgang til arbeidskraft.¹³ Det vil også merkes i en kvinnedominert helsesektor. Et redusert helsetilbud vil gi økt ulikhet og føre til at flere faller utenfor. Det vil også få store konsekvenser for samfunnet vårt.

⁸ Gautun, H (2021) – For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. Søkelys på arbeidslivet. Idunn.

⁹ <https://www.aftenposten.no/verden/i/qAOMgE/de-ansatte-i-eldreomsorgen-ble-overlatt-til-aa-haandtere-krisen-paa-ege>

¹⁰ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300609>

¹¹ <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/12/e031704.full.pdf>

¹² <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paerørende.pdf>

¹³ Menon (2021) - Brutto produksjonstap av pårørendeinnsats i Norge. Menon-publikasjon 47/2021.

For å lykkes med dette kreves det en bred innsats og tydelig politisk prioritering på flere områder:

Forebygge sykdom og gi personer med langvarige og sammensatte behov et godt tilbud

Samhandlingsreformen løftet frem behovet for og betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid. Til tross for dette bruker vi fortsatt svært lite ressurser på forebygging. Forebyggende og helsefremmende arbeid, samt psykisk helse må prioriteres høyere, og tilbudet til barn og unge må gis særlig prioritet. Helsekompetansen i befolkningen må styrkes - her kan sykepleiere bidra mer. Som en del av dette mener NSF det er behov for en offensiv satsing på kapasitet, kompetanse og bedre organisering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er grunnmuren i helsesystemet vårt, og det er ikke gjort nok for å sikre at denne tåler vekten av fremtidens omsorgsoppgaver. Det er behov for tiltak som kan understøtte visjonene i en rekke planer og meldinger.¹⁴

Evalueringen av kompetanseløft 2020¹⁵ viser at det er behov for mer avansert kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene, sterkere virkemidler for å møte deltidsutfordringene, samt tiltak for å beholde og rekruttere nok sykepleiere og helsefagarbeidere. NSF mener ressursene i helse- og omsorgstjenestene kan og bør brukes bedre. Oppgavene må fordeles og ansvaret plasseres, slik at den samlede ressursinnsatsen blir optimal. Det er behov for en økt satsing på tverrfaglige og teambaserte tjenester – både innad i kommunene og på tvers av forvaltningsnivåene. Primærhelseteam¹⁶ og ACT-/FACT-team er eksempler på dette. Finansieringssystemene må understøtte en slik utvikling.

Beholde, mobilisere og rekruttere arbeidskraft

Heltid er ønskelig samfunnsøkonomisk, arbeidsmiljømessig og fra et likestillingsperspektiv. Manglende anerkjennelse av arbeidsmiljøbelastningene i kvinnedominerte yrker, fører til helsereelatert deltid. Faktisk avgangsalder for sykepleiere er nå 58 år. NSF mener skillet mellom frivillig og ufrivillig deltid er uhensiktsmessig og tilslørende.¹⁷ Deltidsarbeid får store konsekvenser for den enkelte i form av lavere lønn og pensjon. Koronapandemien har også vist at deltidsarbeidende med flere stillinger utgjør en smitterisiko.

I arbeidet med heltid er det avgjørende at man søker å finne løsninger som ikke bare gjør det mulig å tilby hele stillinger/lyse ut heltidsstillinger, men løsninger som gjør at sykepleiere ønsker og makter å gå i hele stillinger gjennom et helt yrkesliv – bærekraftig heltid. Tre av fire sykepleiere risikerer overbelastning.¹⁸ Helse- og omsorgssektoren må skape helsefremmende arbeidsplasser som bidrar til lavere sykefravær og hindrer tidlig frafall fra arbeidslivet. Arbeidsmiljøloven slår fast at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende, dvs. at arbeidstidsordningene i helsesektoren også skal være det. Det innebærer blant annet at bemanningsplanleggingen tar utgangspunkt i pasientenes behov og tar høyde for kjent fravær (sykefravær, ferie, permisjoner mv.). I følge FAFO fremstår det som økonomisk «ufarlig» å overføre ca. 10 prosent av de frie midlene til faste stillinger¹⁹.

Turnusarbeid er belastende og tiltak som øker belastningen ytterligere vil være lite treffsikre. Arbeidsgiverne tar blant annet til orde for å løse deltidsutfordringen med å pålegge sykepleiere mer

¹⁴ Jf Primærhelsemeldingen, handlingsplanen for allmennlegetjenesten og Nasjonal helse- og sykehusplan, samt opptrappingsplan rehabilitering, palliasjonsmeldingen mv.

¹⁵ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arsrapport-for-kompetanseloft-2020-for-2020-avsluttende-oppsummering-for-planperioden/pdf-versjon-av-rapporten/%C3%85rsrapport%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020%20for%202020%20Avsluttende%20oppsummering%20for%20planperioden.pdf/_attachment/inline/203c00f3-5c53-40b2-9a18-2230e769f632:09a2f37229fef3992b844fe9db0bd4c0152a0f6c/%C3%85rsrapport%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020%20for%202020Avsluttende%20oppsummering%20for%20planperioden.pdf

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt>

¹⁷ <https://www.faf.no/images/pub/2021/20762.pdf>

¹⁸ https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-12/2021-sintef-rapport_oppfolgingsstudie-av-sykepleierne-gjennom-covid-19-pandemien-2021_01311.pdf

¹⁹ <https://www.faf.no/images/pub/2021/10337.pdf>

helgearbeid. NSF mener tvang er en uklok tilnærming, men at det gjennom et godt partssamarbeid kan drøftes ulike tiltak som er tilpasset den enkelte virksomhet og utfordringsbilde. NSF ønsker å bidra med mer kunnskap på dette område i et eget innspill til kommisjonen.

NSF mener det er behov for et forsterket partssamarbeid om målrettede arbeidsmiljøtiltak som verner de ansatte og styrker de helsefremmende faktorene i helse- og omsorgssektoren. Det inkluderer systematisk HMS-arbeid rettet mot arbeidsmiljøeksponeringene som faktisk fører til sykefravær, bedre dimensjonering, bruk av bedriftshelsetjenesten og tiltak for å bedre rammevilkårene for ledere. Økonomisk og organisatorisk handlingsrom er en forutsetning for at ambisjonene i IA-avtalen kan nås i helsesektoren, eksempelvis for tilrettelegging av arbeid.

Et godt arbeidsmiljø kjennetegnes av at det er balanse mellom jobbinnsats og belønning. Belønning omfatter både lønn, karrieremuligheter, jobbsikkerhet, utviklingsmuligheter og uttelling for utdanning og kompetanse. En opplevd ubalanse kan være risikofaktor for fremtidig sykdom.²⁰ Investering i sykepleierkompetanse har også betydning for å bygge sterke fagmiljøer, som bidrar til at helse- og omsorgssektoren blir attraktive arbeidsplasser. Lønn er et virkemiddel for å beholde, mobilisere og rekruttere sykepleiere, både på kort og lang sikt. For å redusere inntektsforskjellene i Norge, må også utfordringer knyttet til verdsettingsdiskrimineringen av de kvinnedominerte utdanningsgruppene løses. Lønnsgapet mellom kvinner og menn må reduseres ved at bevilgende myndigheter sikrer utvidete rammer for lønnsoppgjørene i offentlig sektor.

Fordele oppgaver bedre

NSF mener det fremover må sikres en bedre personellsammensetning og oppgavedeling i tjenestene, både i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og i sykehusene. Oppgavedeling vil ikke løse mangelen på helsepersonell, men vil fremme riktig kompetanse på rett sted. Dette må gjøres på en gjennomtenkt måte og basert på en kartlegging av oppgaver og kompetansebehov knyttet til disse. Forsvarlighetskrav i lovverket må ivaretas.

NSF mener frigjort sykepleierkapasitet må benyttes til å styrke pasientbehandlingen i sykehjem, hjemmesykepleie, poliklinikker, sengeposter, hjemmesykehus, tverrfaglige team mv. Det er et betydelig potensiale for å gi store pasientgrupper bedre oppfølging og hjelp, gjennom å ta i bruk, og utvikle sykepleierkompetansen. Det vil ha stor betydning for den samlede ressursbruken i helse- og omsorgstjenestene. Det er behov for å investere i masterkompetanse, og for å utvikle nye utdanningsløp og roller for sykepleiere. Vi vil særlig trekke frem behovet for avanserte kliniske sykepleiere både i sykehus og kommuner. NSF mener det er behov for en nasjonal opptrappingsplan for å sikre en utrulling av avanserte klinisk sykepleierkompetanse i kommunene.

God ledelse på pasientnært nivå

God ledelse er avgjørende for å skape gode arbeidsplasser. Det er også avgjørende for å kunne legge til rette for god oppgavedeling, og kunne drive et kontinuerlig arbeid med å utvikle kvalitet og pasientsikkerhet. Oppgavedeling krever kompetanseutvikling, profesjonalisert ledelse, oppmerksomhet på forbedringsarbeid, tid til innovasjon og tilgang til rollemodeller/mentoring. Flertallet av lederne på pasientnært nivå er sykepleiere. De har ofte ansvar for mange pasienter, døgnkontinuerlig drift og et stort antall ansatte. Lederspennet er særlig stort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, med median lederspenn på 93 ansatte i sykehjem og 59 i hjemmetjenestene.²¹ NSF's lederundersøkelse²² viser at 43 prosent av førstelinjelederne i kommunene og 38 prosent i spesialisthelsetjenesten, opplever at de har et for stort lederspenn.

²⁰ <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2757495>

²¹ Holte KA m.fl - Leiarspenn og organisering. Samanheng med sjukefråvær og turnover. NORCE, rapport 33 2019.

²² https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-12/lederundersokelsen_nsf.pdf

Førstelinjelederne opplever også at de ikke har tilstrekkelig tilgang til stab og støttefunksjoner. Det er særlig merkantile funksjoner og fagutviklingssykepleier som etterspørres.

Tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i utdanningene

Tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i sykepleierutdanningene både på bachelor-, master- og ph.d.-nivå er avgjørende for en god helsetjeneste. Kandidatmåltallene må være i tråd med kompetansebehovet, og styres mot utdanninger hvor mangelen og kompetansebehovet er størst. Manglende kapasitet, kvalitet og relevans i praksisstudiene er en flaskehals for å øke kandidatmåltallene, særlig i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierutdanningene står overfor flere utfordringer som kommisjonen må være oppmerksom på. NSF vil komme tilbake til dette i et eget innspill til kommisjonen. På innspillmøte 9. februar ble ønsket om en y-vei løftet av flere organisasjoner. Vi viser til vedlegg til dette notatet, for en nærmere beskrivelse av resultater og erfaringer med forsøk med y-vei innenfor sykepleierutdanningen i Norge.

Investere i teknologi

Digitalisering og økt bruk av teknologi er en helt vesentlig del av løsningen på både nåtidige og fremtidige utfordringer. Sykepleietjenesten representerer den største personellmessige innsatsfaktoren. Det er behov for mer sykepleierdrevet innovasjon som kan forbedre pasientkontakt, logistikk, oppfølging, forebygging, observasjon og kartlegging. Ved å redusere repeterende arbeidsoppgaver kan det frigis relasjonell kapasitet. Etablering av gode journal- og dokumentasjonssystemer og nasjonale standarder for strukturering av data, løsninger for digital fjernoppfølging og kunnskapsformidling og velferdsteknologiske løsninger er viktige områder å satse på. Mye av teknologien foreligger allerede.

Gevinstrealisering av investeringer i teknologi tar lang tid, og må ses i sammenheng med investeringer i kompetanseutvikling og harmonisering av teknologien, og måten oppgaver fordeles og utføres på. NSF vil derfor advare mot å forskuttere effektiviseringsgevinster av ny teknologi. Gevinstene ved digitalisering går svært ofte på kvalitet og pasientsikkerhet, snarere enn på raskere/mer personellbesparende tjenester. Utøvelse av sykepleie er av natur pasientnært og personellintensivt. Utfordringen fremover dreier seg om ressurser til å ta teknologien i bruk på en hensiktsmessig måte.

Investeringer i bygg

Nye sykehusbygg er under planlegging eller oppføring i nesten alle helseforetak. Dette er en unik mulighet til å skape gode arbeidsplasser som legger til rette for effektiv pasientbehandling og bruk av personellressurser, bedre trivsel og redusert sykefravær. Personellkostnader utgjør ca. 70 % av driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten. Suboptimale bygg vil få store negative konsekvenser for driften i mange år fremover. Erfaringene fra Sykehuset Østfold Kalnes viser omkostningene ved å bygge for lite og dårlig, både for pasienter og ansatte. NSF vil oppfordre kommisjonen til å se på hvordan og i hvilken grad hensynet til arbeidsmiljø og arbeidsprosesser vektlegges i planleggingen og gjennomføringen av nye sykehusbygg og ved planlegging og bygging av sykehjem og annen heldøgns omsorg i kommunene.

Vedlegg

Erfaringer med y-veien innenfor sykepleierutdanningen

Ønske om utprøving av opptak etter en Y-veis modell ble aktualisert i forbindelse med St. 13 Utdanning for velferd – samspill i praksis (i 2012). Y-veien innebærer en modell der relevante fagbrev kunne få avkortning av utdanning. Etablering av ordningen ble stoppet for sykepleierutdanningen, siden EU-direktivet som regulerer utdanningen, ikke gir grunnlag for avkortning når utdanningen det søkes innpass for er på et lavere nivå.

Høgskolen i Oslo og Akershus (nå OsloMET) fikk finansiert et prosjekt i 2017, på oppdrag fra KD, om å etablere en **tre-sementer-ordning** (ala Y-vei) spesielt rettet mot helsefagarbeidere. Dette var første gangen helsefagarbeidere kunne søke sykepleierstudiet etter bestått fagbrev. Det var stor interesse; 273 søkere, 75 kvalifiserte og til slutt 33 håndplukkede helsefagarbeidere som fikk tilbud om studieplass.

Ordningen ble gitt navnet tre-terminsordningen, og ga helsefagarbeidere uten generell studiekompetanse mulighet til å fullføre 3-årig bachelor i sykepleie. Det ble lagt til i 9 uker i forkant av opprinnelig studiestart i august, med intensivkurs i norsk og matte. Første studieår ble gjennomført ved hjelp av omrokking av den nasjonale eksamen i AFB slik at de fikk bedre tid til å lese til eksamen, og at praksisstudiene ble flyttet til forsommeren etter. Bare halvparten av helsefagarbeiderne gikk videre til det andre studieåret. Dette til tross for at det var de best kvalifiserte og mest motiverte helsefagarbeiderne som fikk studieplass. Svake resultater, høy strykprosent og stort frafall gjorde at Oslo MET ikke ønsket å fortsette med dette studietilbudet. Det var svært resurskrevende og gjennomføringsgraden lav.^{23 24}

Mange helsefagarbeidere har gode forutsetninger for å vite hva sykepleieryrket går ut på, siden de allerede har jobbet i sektoren. Erfaringene viser imidlertid at det ikke er nok bare å trene på ferdigheten for å utføre oppgaver. Det handler om å være studieforberedt, om å ha solide kunnskaper i basisfag som f.eks. anatomi, fysiologi, biokjemi, farmakologi og sykdomslære for å for eksempel forstå hvorfor blodtrykket er som det er, hvordan behandlingen virker inn på blodtrykket, hvilke konsekvenser høyt/lavt BT får for pasienten, forebygge forverring og se situasjonen i sammenheng med både sykdommen eller skaden, og helheten for øvrig.

Vi får ikke de helsefagarbeiderne vi trenger hvis trekkplasteret skal være en snarvei inn i bachelorutdanningen i sykepleie. Snarveier inn i sykepleieryrket gir oss heller ikke flere sykepleiere. Det er stort behov for begge yrkesgruppene. Vi må i stedet bruke tid og ressurser på å sikre kvalitet og relevans i de utdanningene vi har – slik at vi får utdannet tilstrekkelig med både sykepleiere og helsearbeidere.

²³ <https://sykepleien.no/2018/07/det-er-gode-grunner-til-avslutte-dette-forsoket>

²⁴ <https://fagbladet.no/nyheter/bare-halvparten-av-helsefagarbeiderne-gar-videre-til-det-andre-studiearet-pa-sykepleie-6.91.572525.b568a0b3ca>