

Sak til Landsmøtet

Nr: 13

Saksbehandler: Hanne Karen Landbø, Magnus Buflod, Kjell Magne Mørk, Ina Smith-Meyer

Dato: 07.08.2023

Dok. nr. DM: 1338931
2023_00498

Sykepleiernes arbeidsliv i endring

Forbundsstyret anbefaler landsmøtet å fatte følgende vedtak:

Innsatsområder:

NSF skal arbeide for:

- et styrket offentlig helsevesen med kapasitet og beredskap for hele landets befolkning
- å hindre at organiseringen av helse- og omsorgstjenesten går på bekostning av medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår
- å motvirke arbeidsgiversamarbeid om å holde lønnsnivået for sykepleiere nede
- overholdelse av likebehandlingsprinsippet for innleide arbeidstakere
- å øke grunnbemanningen fremfor bruk av innleie
- å sikre medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår gjennom høy tariffavtaledekning
- å øke fagforeningsbevissthet og organisasjonsgrad blant sykepleiere ytterligere ved aktivt medlemsarbeid og nyrekruttering
- å videreutvikle forbundet som den foretrukne arbeidstakerorganisasjonen for sykepleiere
- et sterkt tillitsvalgtapparat gjennom økt rekruttering og at tillitsvalgte blir i vervet
- at tillitsvalgte skal sikres påvirkning i alle ledd i helsetjenesten

Hensikt med saken

Denne saken gir et overblikk over de viktigste utviklingstrekk og muligheter i arbeidslivet for sykepleiere. Økt privatisering og faren for et mer todelt helsevesen er viktige utviklingstrekk som påvirker sykepleiernes arbeidssituasjon. Saken peker på hvordan NSF bør jobbe for å sikre at sykepleieryrket (for)blir attraktivt med en lønn å leve av, og arbeidsvilkår til å leve med. Saken viser samtidig hvordan endringer i arbeidslivet for det enkelte medlem vil kunne gi bedre vilkår, men at endringene samlet sett kan øke risikoen for større forskjeller i lønns- og arbeidsvilkårene, dersom dette innebærer en reduksjon av organisasjonsgrad og tariffavtaledekning. Forhold av betydning for sykepleiernes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø behandles i landsmøtesak «Beholde, mobilisere og rekruttere sykepleierkompetanse».

Utviklingstrekk i sykepleiernes arbeidsmarked i landsmøteperioden 2019-2023

Landsmøtet i 2019 fremhevet i sine politiske uttalelser et krav om stans i konkurranseutsetting og privatisering. Dette ble begrunnet med at hele befolkningen har krav på likeverdige helse- og omsorgstjenester. Privatisering og konkurranseutsetting av tjenestene truer likeverdigheten, fører til

et todelt helsevesen og forringer de ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Det må derfor en særskilt innsats til for at betingelsene minst blir tilsvarende som for våre medlemmer i det offentlige.

I landsmøteperioden har flere konkurranseutsatte tjenester blitt tilbakeført til kommunen. Oslo kommune har ikke forlenget kontrakter med kommersielle drivere etter 2015. I 2022 ble et av de siste sykehjemmene tilbakeført til kommunen, noe som førte til en økning i grunnlønn på mellom 40 000 og 100 000 kroner for sykepleierne.

NSF erfarer nå at flere kommuner og helseforetak samarbeider om hva de skal tilby sykepleierne i lønn, noe som kan påvirke sykepleiernes mulighet til å få lønnsuttelling ved bytte av jobb innen offentlig sektor.

I NHO, som er tariffområdet med mange profittbaserte virksomheter, har NSF forbedret tariffvilkårene opp mot nivået som er i kommunal sektor. Samtidig er det fortsatt lavere gjennomsnittlig lønnsvekst for medlemmer som arbeider i private virksomheter.

NSF har i landsmøteperioden mottatt få henvendelser fra sykepleiere som velger å arbeide som selvstendig oppdragstakere, enten avtalt direkte med oppdragsgiver eller via digitale plattformer. Dette gjelder også de som er selvstendige oppdragstakere med direkte oppdrag, f.eks. brukerstyrt personlig assistanse (BPA). I perioden har domstolene behandlet flere saker om selvstendige oppdragstakere reelt sett var å betrakte som arbeidstakere. Utfallet har vært at kravene til å bli oppfattet som selvstendig oppdragstaker har blitt snevret inn, og flere har blitt ansett å være arbeidstakere. Dette antas å ha fått konsekvenser for organiseringen av flere helse- og omsorgstjenester som har benyttet selvstendige oppdragstakere. Digitale plattformløsninger for sykepleiertjenester har heller ikke vært aktuelt i perioden.

På innleieområdet har Støre-regjeringen gjort flere innstramminger, men har likevel åpnet opp for en videre adgang til bruk av innleide arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren ved midlertidig behov, som nå ellers er forbudt.

Av annen utvikling som har betydning for samfunnet og sykepleieres arbeidsliv, er den nylige avskaffelsen av ordningen med fritt behandlingsvalg, som trådte i kraft fra 1. januar 2023. Hva konsekvensen blir for private helsetjenester, gjenstår å se.

Inn mot kommunevalget i 2023, har offentlig versus private helsetjenester vært i fokus og de politiske partiene står fra hverandre. Høyre ønsker mangfold blant tjenestetilbyderne i motsetning til Arbeiderpartiet som vil begrense private aktører. Diskusjoner om helsepersonellmangelen, behovet for styrking av det offentlige helsevesenet, begrensninger av adgangen til etablering av private helsetilbud og hvordan vår helseberedskap skal styrkes, har preget debatten og gir en tydelig pekepinn på mulige endringer som vil påvirke sykepleiere, helsetjenesten og samfunnet.

Utviklingen av private helsetjenester i denne perioden har uansett vært sterk. En rapport fra Menon Economics fra 2022 oppsummerer det slik: «*Bedrifter i private helse- og omsorgstjenester omsatte for 57 milliarder kroner i 2020. Dette er en vekst i faktisk omsetning på rundt én prosent fra året før. Bedriftenes egne estimater anslår at inntektene økte med nærmere 10 milliarder kroner i 2021, dette gir i så fall en vekst på hele 17,3 prosent fra 2020.*». Rapporten peker også på en forventet videre vekst i 2022 på rundt 7 %. Den samme rapporten peker videre på en økning i ansatte i private helse- og omsorgstjenester på 14 % siden 2015, særlig innen psykisk helse og avhengighet. Veksten er mer enn dobbelt så stor som veksten i ansatte i offentlig helsetjeneste.

Sist, men ikke minst, har vi hatt en pandemi som har lært oss mye om hvordan vårt helsevesen fungerer - og ikke fungerer - i en krisesituasjon. Sårbarheten som viste seg i helse- og

omsorgssektoren i denne perioden, har ført til en rekke granskninger, utvalgsarbeid og ikke minst internt arbeid i sektoren for å ta tak i ulike utfordringer. En av de største utfordringene er – i økende men ikke overraskende grad – mangelen på helsepersonell. Særlig sykepleiere.

Ulike tiltak for å bøte på mangelen på sykepleiere

Interne bemanningsenheter

Bruken av interne bemanningspooler, har økt i omfang de siste årene. At virksomheter velger å organisere seg slik at de kan ivareta egne vikarbehov gjennom direkteansettelse, er å foretrekke fremfor bruk av eksterne bemanningstjenester. Likevel er det visse forutsetninger som må ligge til grunn for denne måten å benytte seg av arbeidskraften på. Det må naturligvis være en frivillig løsning for den enkelte ansatte. Dersom arbeidsgivere systematisk tilbyr deltidsstilling, men med en mulighet for å få full stilling dersom dette er i virksomhetens vikarpool, så er ikke dette en akseptabel bemanningsstrategi.

Innleie fra bemanningsforetak

En måte for virksomheter å løse mer kortvarig mangel på sykepleiere, er kjøp av bemanningstjenester. Tall NSF har innhentet viser at kostnadene til innleie av arbeidskraft i stor grad øker både i kommuner og i helseforetak. En Fafo-rapport fra 2021 anslår at ca. 1 % av de sysselsatte innen helse- og omsorgssektoren er innleide fra bemanningsforetak, og at dette tallet er økende. Tallet er et gjennomsnitt, og andelen innleide varierer derfor og kan lokalt på avdelinger være langt høyere.

Bruk av innleie er en fleksibel måte å få arbeidskraft for virksomhetene. For den enkelte innleide vil også fleksibilitet være en motivasjon ved at man kan jobbe mer intensivt i perioder og ha fri når man selv ønsker. Samtidig gjør innleie virksomheten sårbar hvis færre ønsker eller kan å la seg leie ut, slik vi så under pandemien. Bruk av vikarer påvirker også kvaliteten på tjenesten, slik en rapport fra Senter for omsorgsforskning fra 2021 viser. Det har også negativ effekt på arbeidsmiljø og pasientsikkerhet som følge av mindre kontinuitet. For den enkelte vil manglende tilhørighet til et fag- og arbeidsmiljø også kunne være negativt.

Selv om majoriteten av innleie skjer grunnet vikarbehov, som er regulert som før, så gir erfaring med bruk av innleie grunn til å være oppmerksom på om de nylige regelendringene fører til økt bruk av innleie. I tillegg er det vår erfaring at innleide sykepleiervikarer også brukes der mangelen på sykepleiere er kontinuerlig, og som i stedet skulle løst med en økning i grunnbemanning. Manglende overholdelse av likebehandlingsprinsippet, som betyr krav om blant annet minimumslønn på nivå med ansatte, er også et problem som NSF altfor ofte støter på. Både misbruk av innleie og brudd på likebehandlingsprinsippet kan blant annet motvirkes ved at lov- og avtalepålagt drøftingsplikt overholdes, noe som i liten grad gjøres i dag. En bevisstgjøring gjennom drøftinger vil bidra til at det ryddes opp i dette.

Norge er forpliktet av den såkalte «WHO-koden», som pålegger oss å sikre en etisk rekruttering av helsepersonell. Det betyr at vi ikke kan lokke sykepleiere fra land med stor mangel på helsepersonell. Dette for å unngå en reduksjon av helsetjenester i sårbare land og at ulikhet mellom rike og fattige øker.

Bedre ressursbruk og effektivisering

Når Helsepersonellkommisjonen slår fast at veksten i antall ansatte i helse- og omsorgssektoren ikke kan fortsette, er ikke alle enige om premissene for dette. En artikkel i Dag og Tid denne våren belyser dette, og viser til forsker i SSB Erling Holmøy, som har utfordret denne konklusjonen. Han ser ingen

grunn til at det ikke kan skje en vekst i denne sektoren, og at det også kan være ønskelig ut ifra et samfunnsperspektiv.

Et annet viktig poeng i kritikken fra Holmøy, er at det ikke nødvendigvis er slik at Norge bruker mye mer enn alle andre på helsetjenester til sine innbyggere. Legger man nasjonalinntekten per innbygger til grunn, så bruker ikke vårt velstående land mer enn andre land det er naturlig å sammenligne seg med. I 2019 brukte vi 11,2 % av nasjonalinntekten på helse og omsorg. USA brukte 19 %, Sveits brukte 13,6 %, Tyskland 13,4 og Frankrike 12,5 %.

Kommisjonen kommer i sin rapport med en rekke tiltak for å avdempe utfordringene som står i kø. Essensen av forslagene er at ressursene må brukes annerledes og tjenestene må effektiviseres.

En mer effektiv forvaltning

I effektiviseringsdebatten er helsetjenestenes organisering et viktig tema. Det kan innebære både ny organisering og/eller et formalisert samarbeid om ivaretagelse av tjenester mellom offentlige virksomheter.

Ett forvaltningsnivå i helsetjenestene er et tiltak som Helsepersonellkomisjonen diskuterte, og kom med forslag om en utredning av en mer helhetlig organisering av helsetjenesten, med sammenslåing som utgangspunkt. En slik organisering er ikke nytt i Norge. Frem til begynnelsen av 1980-tallet var det et sentralisert fagstyre hvor den medisinskfaglige innflytelsen var nærmest enerådende, med helsedirektøren som en hovedaktør. En organisering uten sykepleierne i sentrale lederposisjoner vil ha negative konsekvenser for sykepleietjenesten. Med andre ord er ikke dette et realistisk fremtidsscenario i en utredning som foreslått, men erfaringene er fortsatt relevante og må vektlegges.

En slik måte å organisere helsetjenestene på, kan ha noen gevinster, men har også mange fallgruver. Dersom ett forvaltningsnivå medfører at det kun blir én arbeidsgiver, vil det føre til mindre konkurranse om å tiltrekke seg sykepleieres kompetanse. Dette vil også kunne føre til dårligere lønns- og arbeidsvilkår. For sykepleiere som ønsker å bytte jobb fordi problemer har oppstått på arbeidsplassen, så vil en slik organisering gjøre det vanskeligere når det i hovedsak kun er den samme arbeidsgiveren som det er aktuelt å søke nytt arbeid hos.

En stor arbeidsgiver vil på en annen side kunne gi et bedre samarbeid om bruk av sykepleierkompetansen. Dersom målet er å bruke kompetansen mer fritt på tvers av tjenester, så vil det være flere forhold som må ivaretas for at dette vil fungere. Konstruktive partsprosesser er en klar forutsetning for å vurdere og eventuelt gjennomføre en slik organisering.

En annen måte kommuner kan velge å effektivisere tjenester på, er gjennom interkommunalt samarbeid, interkommunale selskaper eller vertskommunesamarbeid. Dette brukes i særlig omfang i dag i mindre kommuner, blant annet på områder som barnevern, NAV, PP-tjenester, legevakt, kommunale akutte døgntilbud (KAD) og utskrivningsklare pasienter (USK). Interkommunalt samarbeid om helsetjenester er ellers relativt begrenset. Med en økende mangel på helsepersonell, og liten eller ingen endring i kommunestruktur, kan dette øke i omfang. Dette kan være effektiviserende, og kan også bidra til et bredere fagmiljø. Slike samarbeid kan utfordre partssamarbeidet og medbestemmelsen, pga. uklare linjer og politisk ansvar. Dersom dette skal kunne bli effektiviserende tiltak som også sikrer at sykepleiernes interesser ivaretas, så er konstruktive partsprosesser en viktig forutsetning. Medbestemmelse, der tillitsvalgte for de berørte arbeidstakerne i de ulike virksomhetene involveres, må ligge til grunn for opprettelse og gjennomføring av slike samarbeid.

En bedre utnyttelse av sykepleiekompetansen

Tverrfaglig teamorganisering med tilføring av støttepersonell og styrking av digital kompetanse for bedre utnytting av tilgjengelig helseteknologi, er to effektiviseringstiltak som vil bli suksessfaktorer i helsetjenestene, i en fremtid med knappe personellressurser og økende antall pasienter med komplekse behov. Innholdet i dette er nærmere beskrevet i landsmøtesak «Utvikling av helse- og omsorgstjenesten».

For at dette skal kunne lykkes, er partsarbeid et avgjørende premiss. Før innføringer av nye arbeidsmetoder- og verktøy, reorganisering av tjenestene og arbeidsmetoder må de tillitsvalgte involveres i utrednings- og beslutningsprosessene. Våre tillitsvalgte må få bidra med nødvendig sykepleiefaglig argumentasjon og deres innsikt i våre medlemmers arbeidssituasjon. De tillitsvalgte er medlemmenes stemmer, og bidrar til å forankre endringer som berører den enkelte sykepleiers arbeidshverdag. Tillitsvalgtopplæringen må reflektere dette.

Skal effektiviseringen lykkes, er det også en viktig forutsetning at ledere som står ansvarlig for gjennomføringen har nødvendige rammevilkår, herunder tid og lederstøtte, for å organisere og lede ansatte i prosessen.

(Ned)prioritering og lavere kvalitetsnivå

Hver gang det er negative medieoppslag om feil eller dårlig pasientbehandling, lang ventetid eller andre negative helsetjenesteoppslag, så vet vi at befolkningen blir urolige. Forståelig nok!

Det er ikke realistisk å tro at samfunnets forventninger til kvalitetsnivået til helsetjenester vil kunne senkes fremover for å effektivisere vårt helsevesen. Kravet til kvalitet på behandling og tjenester styres ikke av politikerne alene.

En helsetjeneste som i økende grad preges av dårligere kvalitet, er ikke arbeidsplasser hvor sykepleiere og andre ansatte vil trives. Dårlig arbeidsmiljø vil kunne ha negative effekter for kvaliteten på tjenestene, og dermed også et mindre attraktivt yrke.

Dersom det offentlige helsetilbudet forvitrer, vil betalingsvillige og bemidlede kjøpe seg bedre helsetjenester enn det de vil få i det offentlige, som igjen vil føre til et mer todelt helsevesen.

Mulighet for bedre lønns- og arbeidsvilkår

Økt privatisering og et todelt helsevesen skaper nye scenarier

Flere av tiltakene som Helsepersonellkommisjonen foreslår, vil i praksis kunne skape betydelige vekstmuligheter for tilbydere av private helsetjenester. Folk flest er opptatt av å få hjelp fra sykepleiere, og ikke nødvendigvis hvor sykepleierne er ansatt. Sykepleierne selv er naturligvis opptatt av hvor de får gode lønns- og arbeidsvilkår.

Den privatiserte delen av norske helse- og omsorgstjenestene driver i stor grad på oppdrag og anbud fra det offentlige. Formålet med å sette tjenestene ut på anbud er som oftest å redusere kostnadene. I praksis skjer dette gjennom reduserte personalkostnader. Både private og ideelle virksomheter ønsker i tillegg å oppnå et økonomisk overskudd, som enten skal betales ut til eiere eller finansiere formålet til den ideelle virksomheten. Pengene går dermed ikke uavkortet til produksjon av helsetjenester.

NSFs erfaring viser at sykepleiere i anbudsutsatte virksomheter får reduserte lønns- og arbeidsvilkår over tid. Det som kanskje var gode lønns- og arbeidsvilkår i starten, opprettholdes ikke nødvendigvis av tilsvarende tariffregulerte virksomheter i offentlig sektor, slik erfaringer fra re-kommunalisering i

Oslo kommune som nevnt innledningsvis, viser. I tillegg fører uttak av profitt til lavere produksjon av helsetjenester enn om det offentlige produserer tjenesten selv, noe som var en del av begrunnelsen for avviklingen av fritt behandlingsvalg slik dette ble organisert.

Til forskjell fra en anbudsbasert privat helsesektor, vil en helprivatisert helsetjeneste være finansiert hovedsakelig av privatpersoner som betaler for tjenestene selv, direkte eller gjennom privat helseforsikring. En slik organisering kan ses som billigere for samfunnet når tjenestene ikke betales over skatteseddelen. Samtidig kan dette redusere villigheten til å finansiere et sterkt offentlig helsevesen, og dermed påvirke lønns- og arbeidsvilkårene negativt også i offentlig sektor.

NSFs klare standpunkt er at Norge må ha et sterkt offentlig helsevesen fra nord til sør, med lik tilgang på helsetjenester. Et sterkt offentlig helsevesen, er et helsevesen som har kontroll over egne tjenester og har nødvendig kapasitet og beredskap for hele landets befolkning. Mangel på sykepleiere og jordmødre vil påvirke bosettingen negativt, og ha konsekvenser for arbeidsplasser og næringsliv. Sosiale og regionale forskjeller vil kunne øke ytterligere, noe som definitivt ikke gagnar samfunnet. Gjøres ikke nødvendige investeringer i det offentlige helsevesenet, vil privatisering og utviklingen mot en todelt helsetjeneste skyte fart og være vanskelig å reversere.

Muligheten for bedre lønns- og arbeidsvilkår for den enkelte

En strengere prioritering i offentlig sektor kan bidra til et større marked for private helsetjenester. Et todelt helsevesen med et større innsalg av helprivat sektor, der bedriftenes inntjening kommer fra pasientene selv eller et forsikringsselskap, vil kunne gi sykepleiere bedre lønns- og arbeidsvilkår fordi de vil ønske å konkurrere om de beste arbeidstakerne.

I privat sektor skjer lønnsdannelsen i større grad i den enkelte bedrift. Den gjennomsnittlige lønnsveksten for sykepleiere har så langt vært lavere i privat sektor som en konsekvens av lav lønnsomhet i bedriftene. Sykepleiere i privat sektor har derfor ikke fått samme gjennomsnittlige lønnsvekst som sykepleiere i offentlig sektor. Dette kan endre seg.

Med flere arbeidsgivere å velge mellom, øker også konkurransen om arbeidskraften. Det vil virke positivt i et marked med mangel på sykepleiere. Bedriftene har større mulighet til å premiere spisskompetanse, bruk av helseteknologi, hensiktsmessig oppgavedeling, fleksibilitet og andre forhold fordi lønnsomheten er større. I privat sektor ønsker arbeidsgiver å avsette mindre til generelle tillegg. Da er rommet for individuelle tillegg desto større.

Erfaringer fra Sverige og Finland, som har en større privatisert andel av helsevesenet enn oss, er nyttige i denne sammenhengen. Selv om det generelle lønnsnivået har bedret seg noe i disse landene, og nærmet seg norsk nivå, har privatiseringen likevel ikke gitt bedre vilkår. Ser man på det helprivatiserte helsesystemet i USA, er lønnsspredningen større. Der er imidlertid både arbeidstakervernet og arbeidsgiveransvaret dårligere. Sykepleierne har derfor egne ansvarsforsikringer, med de tilleggskostnader dette medfører. Dette viser at det ikke er en automatikk i at lønns- og arbeidsvilkår for sykepleiere bedres vesentlig ved en økt fremvekst av private virksomheter som konkurrerer om deres arbeidskraft.

Individuelle muligheter kan svekke kollektivet

Tariffavtalen har vært en bærebjelke i arbeidet for å sikre alle sykepleiere gode lønns- og arbeidsvilkår. Gjennom høy organisasjonsgrad har sykepleierne forenet krefter om felles mål. Skal arbeidet med å sikre sykepleieres interesser lykkes, er det viktig at mange medlemmer står sammen.

En utfordring for NSF og våre medlemmer i privat sektor, er å få etablert tariffavtaler som sikrer forutsigbare og akseptable lønns- og arbeidsvilkår. Det skyldes at mange bedrifter har få sykepleiere

ansatt på det enkelte driftssted. Da gir ikke hovedavtalene rett til å få opprettet tariffavtale. Mange virksomheter har valgt å stå utenfor NHO eller en av de andre arbeidsgiverforeningene. Her er det vanskelig å gjennomføre konflikt for å få opprettet tariffavtale. I tillegg er det ingen automatikk i opprettelse av tariffavtaler i eksempelvis NHO, slik som det er i kommuner og helseforetak. Det må aktivt kreves tariffavtale – og NHO må akseptere – i hvert enkelt tilfelle, for hver enkelt virksomhet. Dette er svært ressurskrevende for NSF som organisasjon.

Dersom deler av medlemsmassen står uten tariffavtale, vil arbeidsgiverne kunne tilby dårligere vilkår enn de minstenivåene sykepleierne er vant med. Det vil være negativt for medlemmene i disse bedriftene, og svekke muligheten til å opprettholde vilkårene der NSF har tariffavtale.

Med vennlig hilsen
NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Lill Sverresdatter Larsen
forbundsleder

Rune Hallingstad
generalsekretær

Landsmøtets endelige vedtak: