



Foto: iStockphoto.com

# Oppmykning av regimet for arbeidstidsbestemmelser i helsevesenet

*Av Aslak Versto Storsletten, historiker og rådgiver i Civita*

## Innledning

Norge er i dag i en ny situasjon, selv om den lenge har vært varslet. Det er en sterk vekst i antallet pleietrengende eldre, noe som medfører økt behov for helse- og omsorgstjenester. Kombinert med en nedgang i den yrkesaktive delen av befolkningen, medfører dette en ny situasjon for landets helsevesen.

Vi trenger tilsynelatende flere folk til å bemanne helsevesenet vårt. Samtidig har Norge en høyere andel av de sysselsatte ansatt i helse- og omsorgssektoren enn de aller fleste andre land. Det er derfor grunn til å tro at situasjonen ikke løses med større bevilgninger alene.

Politikerne bør slutte å overby hverandre i hvem som skal bevilge mest til helsevesenet. Søkelyset må isteden rettes mot hvordan vi skal få mer helse ut av hver ansatt og hver krone. Strukturelle endringer må til.

Det ligger et stort potensial i å organisere helsevesenet på en annen måte.<sup>1</sup> Sammensetning av arbeidsstyrken (for eksempel hvor mange sykepleiere vi skal ha kontra helsefagarbeidere), oppgavedeling mellom profesjonene, bruk av teknologi, større organisatoriske enheter og samarbeidet og ansvarsfordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er alle organisatoriske faktorer som det er mulig å gjøre noe med.

Men det ligger også et stort potensial i å endre turnus- og arbeidstidsbestemmelser. Hvis vi klarer å utnytte den eksisterende arbeidsstyrken i helsevesenet bedre, gjennom endringer i bestemmelsene for turnus og arbeidstid, kan behovet for økt tilfang av arbeidskraft i fremtiden bli redusert.

Dette notatet foreslår en oppmykning av regimet for arbeidstidsbestemmelser i helsevesenet. Notatet retter i all hovedsak søkelys på primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten), samt sykepleiere og helsefagarbeidere som er ansatt der, ikke leger og spesialister, fordi det er på de rene omsorgsoppgavene rundt om i landets kommuner at bemanningsutfordringene er og blir klart størst. Notatet begynner med en problembeskrivelse, for deretter å skissere noen forslag til løsninger.

## Utfordringsbildet

Det hevdes ofte at vi har en kritisk mangel på helsepersonell i Norge. Samtidig er det slik at Norge ser ut til å ha blant de høyeste andelene helsepersonell i forhold til folketallet i Europa.<sup>2</sup> Norge bruker mer penger på helse enn noe EU-land, og vi er det landet i OECD med høyest andel av arbeidsstyrken ansatt i helsesektoren. Norge har for eksempel flere sykepleiere i forhold til folketallet enn noe EU-land. I 2019 var det 18 sykepleiere per 1000 innbyggere i Norge, som var over det dobbelte av gjennomsnittet i EU. Antall sykepleiere i Sverige, som har et relativt sammenlignbart helsevesen, var i 2019 på 10,9 per 1000 innbyggere (i Sverige har de riktignok en høyere andel helsefagarbeidere).

Tallene på andelen ansatt i helse- og omsorgssektoren har ikke forandret seg nevneverdig i de seneste årene. Samtidig som så mange er ansatt i helse- og omsorgssektoren, er det grunn til å tro at enda flere må arbeide her i fremtiden.

Mellom år 2000 og 2020 økte aldersgruppen 80 år og eldre med 40 000 personer, og mellom 2020 og 2040 vil denne gruppen øke med over 250 000 personer.<sup>3</sup> Samtidig stopper mest sannsynlig veksten i tilgjengelig arbeidskraft sakte opp. Fra midten av 2030-tallet vil antallet personer i yrkesaktiv alder falle i absolutte tall – en utvikling som vil forsterke seg ytterligere etter 2040. Muligheten for innvandring kan endre noe på dette bildet.

Økningen i antallet eldre med pleiebehov medfører trolig at en større del av arbeidskraften må jobbe i helse- og omsorgssektoren. Samtidig har veksten her allerede vært relativt sterk. Og veksten har vært større i de kommunale helse- og omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenesten.

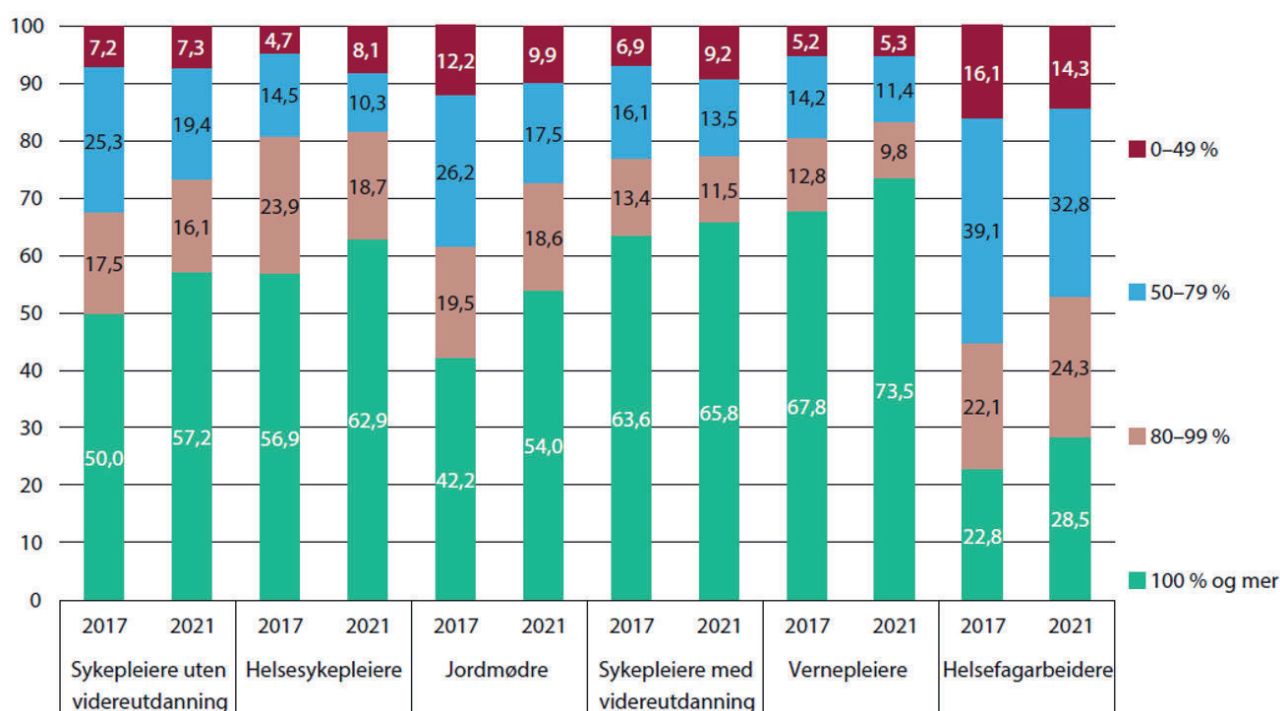
Antallet ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene økte fra om lag 208 000 i 2015 til nesten 230 000 i 2022.<sup>4</sup> Personellbehovene i kommunene vil øke ytterligere, fordi det er på de rene omsorgsoppgavene at presset blir størst. For å klare å håndtere det sterkt økende antallet eldre, må derfor den største innsatsen fremover styres mot kommunal sektor.

KS har beregnet at kommunesektoren som helhet må øke antall årsverk med om lag 46 500 frem mot 2031, dersom de skal kunne tilby samme nivå på tjenestene. Av disse årsverkene er hele 45 600 årsverk innen helse- og omsorgstjenestene.<sup>5</sup> Nesten hele økningen i antallet årsverk i kommunene må altså komme innen helse- og omsorgssektoren.

Men ansatte vokser ikke på trær. Det kommunale helsevesenet må derfor få mer ut av de ansatte som allerede finnes. Det betyr ikke at de skal «løpe fortere», men at arbeidet kan organiseres annerledes.

## Deltid og heltid

Det arbeides mye deltid i norske kommuner. Sysselsettingsutvalget viser at utfordringene med mange deltidsansatte særlig er store i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.<sup>6</sup> Også statistikk fra Kompetanseløft 2020 og 2025 bekrefter at deltidsarbeid er svært utbredt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, først og fremst i omsorgstjenestene.<sup>7</sup> Ifølge Helsedirektoratet er bruken av deltid en av hovedutfordringene i helsevesenet.<sup>8</sup>



Figur 1: Andel sysselsatte med ulike stillingsstørrelser i kommunale helse- og omsorgstjenester. 2017 og 2021. Kilde: Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4).

Som vi ser av figur 1, er det mange små stillingsbrøker i kommunale helse- og omsorgstjenester. Figuren, hentet fra Helsepersonellkomisjonens utredning, viser blant annet at i de kommunale helse- og omsorgstjenestene jobbet bare 57,2 prosent av sykepleierne uten videreutdanning, og 65,8 prosent av sykepleierne med videreutdanning, heltid i 2021, mens kun 28,5 prosent av helsefagarbeiderne jobbet heltid samme år.<sup>9</sup> Det er ikke alltid like lett å si hvor mye av deltidsarbeidet som er frivillig og hvor mye som er ufrivillig, men i kommunesektoren utgjør den ufrivillige deltiden anslagsvis en tredjedel av all deltid.<sup>10</sup> Det ser altså ut til å være et betydelig potensial i å få flere over i heltidsstillinger.

Heltid er dessuten generelt sett å foretrekke fremfor deltid.

Uønsket deltid er negativt på flere måter (dette gjelder for så vidt også ønsket deltid). Det gir et dårligere arbeids- og kompetansemiljø, fordi det hindrer faglig og sosial utvikling på arbeidsplassen og gir dårligere innsikt i kollegaers kompetanse. I tillegg gir det mindre kunnskap om, og mindre kontinuitet for, brukerne/pasientene, samt høyere administrative kostnader for arbeidsgiverne.

Videre bidrar mange små stillinger og høy deltidsandel trolig til mer innleie av vikarer. I 2022 alene leide norske kommuner inn sykepleiere til en sum av 2,69 milliarder kroner, ifølge Sykepleierforbundet.<sup>11</sup> Og personellbehovet fortsetter å øke. I 2023 er det all grunn til å tro at summen passerer tre milliarder kroner, ifølge Sykepleierforbundets tall.

Mange deltidsansatte, små stillingsbrøker og høy innleie av vikarer medfører også utfordringer for lederne i helsevesenet. En rapport fra Fafo viser at lederspennet i arbeidslivet totalt ligger på 10 ansatte per leder, i sykehusene er det i gjennomsnitt 20 ansatte per leder, mens det i kommunenes helse- og omsorgstjenester er i gjennomsnitt 40 ansatte per leder.<sup>12</sup> Dette gir naturligvis et dårligere utgangspunkt for å få tid til å utvikle tjenestene og til å utføre et godt og tilstedeværende lederskap for ansatte i helse- og omsorgssektoren.

Mer heltid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er på sin side positivt på flere måter. KS trekker frem at høy heltidsandel betyr færre ansatte å forholde seg til for den enkelte bruker/pasient, og bedre mulighet for kommunen til å jobbe systematisk med kvalitet gjennom å sette inn den riktige kompetansen til rett tid.<sup>13</sup> Heltid er også viktig for gode, sterke fagmiljøer, arbeidsplasser preget av trivsel og samhold og rekruttering av medarbeidere med formell helsefaglig kompetanse.<sup>14</sup> Større grad av heltidsarbeid vil altså utløse større kapasitet og kvalitet i tjenestene, uten samtidig å øke antallet sysselsatte.<sup>15</sup> Mer heltid kan derfor være helt avgjørende for å bidra til å dempe personellveksten i helse- og omsorgstjenestene, samtidig som det kan bidra til kvalitativt bedre tjenester.

## Roten til problemet

Til tross for at bemanningsproblemene og omfanget av deltid i helse- og omsorgssektoren lenge har vært velkjente, har ikke landets kommuner klart å kvitte seg med det store omfanget av små stillinger.

Dette har sin rot i arbeidstidsforkortelsen i 1987, hvor alle arbeidstagerne fikk to og en halv timer kortere arbeidsuke. Mens andre bransjer med skiftarbeid tilpasset turnusordningene til det nye timeantallet, valgte helsevesenet å beholde turnusen, og heller veksle inn kortere arbeidsuke i en ekstra frihelg. Partene ble den gangen enige om at ansatte som tidligere hadde jobbet annenhver helg, kunne gå over til å jobbe hver tredje helg. Med dette har partene forlatt arbeidsmiljøloven som norm og etablert en sedvane som per dags dato framstår som det største hinderet for mer utbredt heltid.<sup>16</sup> Etter at fast ansatte ikke lenger skulle jobbe mer enn hver tredje helg, oppsto det nemlig et behov for å etablere små deltidstillinger for å kunne dekke de nye turnushullene som oppsto i helgene.

Bakgrunnen for at vanlig praksis har blitt slik at sykepleiere ikke jobber oftere enn hver tredje helg, selv om arbeidsmiljøloven fastsetter at det kan arbeides annenhver helg, ligger i at arbeidsgiverne i helse- og omsorgssektoren er avhengige av en avtale om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden, noe som gjør at tillitsvalgte kan la være å inngå avtale om gjennomsnittsberegning, dersom arbeidsgivere setter opp arbeidsplaner med helgearbeid oftere enn hver tredje helg.<sup>17</sup>

Blant andre Arbeidstidsutvalget viser hvordan deltidproblematikken bare er ett av flere uheldige utslag av et grunnleggende dysfunksjonelt system for organisering av skift- og turnusarbeid.<sup>18</sup> Kort fortalt er det slik at arbeidsmiljølovens bestemmelser om alminnelig arbeidstid bare kan fravikes gjennom avtaler på ulike nivåer. Særlig omfattende unntak krever avtale med en sentral fagforening. Mange av de mest vanlige skift- og turnusordningene som benyttes, krever så omfattende unntak fra lovens hovedregler at ordningene bare er mulig å etablere ved slike avtaler. Dermed er det lagt til rette for at arbeidstidsordningene blir en forhandlingsarena, som har blitt brukt blant annet til å begrense helgearbeid for sykepleiere på en måte som gjør at turnusene ikke kan gå opp, dersom alle skal ha hele stillinger. Det er altså forhandlet frem et system som forutsetter et stort innslag av små stillingsbrøker for å dekke behovet, fordi systemet ikke går opp med hele stillinger. Arbeidstidsutvalget foreslo å endre arbeidsmiljølovens regler om gjennomsnittsberegning av arbeidstid, slik at arbeidsgiver kunne få en noe utvidet styringsrett. En slik endring vil kunne muliggjøre ordinære turnuser uten avtale.

Nylig har også Helsepersonellkommissjonen vært inne på det samme. Flertallet i kommissjonen foreslo primært at løsningen bør være å fastsette bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid i de sentrale tariffavtalene, men at lovendring må til, dersom dette ikke løses mellom partene. Flertallet i helsepersonellkommissjonen konkluderte slik:

I tillegg vurderer flertallet at dersom partene ikke kommer frem til en slik enighet, bør myndighetene iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for både å bemanne tjenesten og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.<sup>19</sup>

Dagens regjering ønsker at partene vurderer muligheten for å inngå avtaler om gjennomsnittsberegning av arbeidstid i de sentrale tariffavtalene, på linje med det som er gjort i andre sektorer.<sup>20</sup>

Men regjeringen understreker samtidig at det ikke er aktuelt i denne regjeringsperioden å sette i verk en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser som løsning, dersom partssamarbeidet ikke lykkes.

Politikere og fagforeninger har lenge snakket om såkalt «heltidskultur», og det har vært satt i gang mange tiltak som skal bidra til en slik «heltidskultur» i helsesektoren – uten at dette egentlig har resultert i noen vesentlig økt grad av heltidsarbeid.<sup>21</sup> Begrepet «heltidskultur» er i det hele tatt misvisende, fordi det er struktur, ikke kultur, som er hovedproblemet.<sup>22</sup> Den mest utbredte turnusmodellen i helse- og omsorgssektoren er basert på sju–åtte timers dag- og kveldsvakter og arbeid hver tredje helg, men denne turnusmodellen vil aldri kunne brukes, dersom målet er å utvikle en «heltidskultur» der heltidsandelen blant helsefagarbeidere og sykepleiere er på over 70–80 prosent.<sup>23</sup> Så lenge dagens turnussystem opprettholdes, vil rett og slett behovet for små stillinger fortsette å være til stede.

### **Økning i helgefrekvensen må til for å røske opp ved roten**

Frekvensen på helgearbeid har stor betydning for muligheten til å tilby heltidsstillinger. Når det legges begrensninger på hvor ofte man kan jobbe helg, blir det mer krevende å etablere flere heltidsstillinger.

Flere offentlige utvalg har drøftet dette tidligere. For eksempel viste Skift/turnusutvalget til at bemanningsproblemer i helgene var sentralt innen helse- og omsorgssektoren, og at tiltak som ikke griper tak i helgeproblematikken, bare i begrenset grad kan bidra til mindre uønsket deltid. Skift/turnusutvalget konkluderte slik:

Etter en samlet vurdering av ulike virkemidler for å få ned deltidsfrekvensen blant turnusarbeidere og møte behovet hos mange arbeidstakere for høyere stillingsandeler, mener utvalget at en ikke kan komme utenom en viss økning av helgefrekvensen i mange turnusplaner. En del av dette er knyttet til fordelingen av helgearbeidet. En del ansatte i hel, fast stilling jobber få eller ingen helger, mens andre jobber oftere i helger og med uønsket lav stillingsbrøk. I mange tilfeller vil det også være behov for at noen ansatte jobber hyppigere enn hver tredje helg. Noe hyppigere helgearbeidet for de ansatte ville også gjøre det mulig å fordele bemanningene jevnere gjennom døgnet og gjennom uken, noe som trolig ville bedre det samlede tjenestetilbudet i helse- og omsorgssektoren.<sup>24</sup>

Også flertallet i Arbeidstidsutvalget pekte på at en viktig bakgrunn for behovet for å ha mange deltidsansatte er virksomhetenes behov for å få dekket opp helgevakter.<sup>25</sup> Helsepersonellkommisjonen<sup>26</sup>, som nylig fremla sin utredning, er inne på det samme.

Dersom norske kommuner skal ha hele stillinger med samme frekvens på helgearbeidet som i dag, vil det fort føre til overbemanning. Dette kan illustreres<sup>27</sup> med en turnus der ansatte jobber 7,5 timer dag og kveld og der det aldri er mindre enn to ansatte på hver vakt. Dersom ingen skal jobbe mer enn hver tredje helg, har tjenestestedet behov for 24 ansatte. Hvis alle skal ha heltidsstillinger, medfører dette 24 årsverk. Med 24 årsverk vil tjenestestedet bli bemannet med fire ansatte

i helgene og ni til ti ansatte i ukedagene, noe som vil være både unødvendig mange ansatte og koste uforholdsmessig mye penger.

Et annet, noe forenklet, eksempel<sup>28</sup> kan illustrere poenget med at frekvensen på helgearbeid har stor betydning på stillingsstørrelser: En avdeling i en kommunal helsetjeneste har åtte pasienter. Enheten med disse åtte pasientene kan ha en bemanning på tre ansatte på dagvakt, to på kveldsvakt og én om natten. Altså seks ansatte i løpet av et døgn. Når disse seks ansatte har arbeidet en helg, skal det gå to helger før de igjen kan jobbe helg, slik praksisen ofte er i dag. Det betyr at avdelingen trenger tre ganger seks (3 x 6) ansatte for å dekke helgefrequensen på arbeid hver tredje helg. Det blir til sammen 18 ansatte. En avdeling på åtte pasienter kan utløse om lag åtte årsverk. Det betyr at 18 ansatte må dele på åtte årsverk. Hvis dette skal deles helt jevnt, blir det 44 prosent stilling på hver ansatt.

Hvis man derimot organiserer turnusarbeidet med arbeid annenhver helg, ser regnestykket annerledes ut. En helgefrequens på annenhver helg innebærer at det er nødvendig med to ganger seks (2 x 6) ansatte – altså 12 ansatte for å dekke helgene. Hvis dette skal deles jevnt, basert på åtte årsverk, gir det en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 66 prosent.

Helgefrequensen, hvor ofte man jobber helg, er med andre ord helt utslagsgivende for stillingsstørrelsene. Det finnes også beregninger fra Fafo som tyder på at en relativt beskjeden økning av antall helgevakter vil løse de største utfordringene knyttet til å bemanne disse vaktene, og at det dermed kan bidra til at flere kan bli tilbudt økt stillingsprosent.<sup>29</sup>

Til tross for at problemene med å få dekket helgevakter i helse- og omsorgssektoren, og konsekvensene dette kan ha både for bemanningen i helgene og for omfanget av ufrivillig deltid, har vært kjent i mange år, har det vært gjort for lite for å røske opp i denne problematikken. En mulig løsning er å «kjøpe seg ut av» disse utfordringene, ved at sykepleierne får bedre betalt for mer helgearbeid og mer «ugunstige» turnusordninger.

## Langvakter

Langvakter er, som ordet antyder, lange vakter i turnus. Langvakter innebærer at de ansatte har lengre vakter de dagene de er på jobb, for så å ha en etterfølgende lengre periode med fri. Langvakter blir i økende grad brukt i ulike kommuner, og gjør det mulig å finne løsninger på bemanning i helgene. En undersøkelse fra KS viser at flere institusjoner selv har tatt initiativ til innføring av langvakter, og at gevinstene har vært mange.<sup>30</sup> Færre oppmøtedager og mer kontinuitet i bemanningen har bidratt til en styrking av fag- og arbeidsmiljø, og færre vaktskifter har ført til mer ro i avdelingene. Innføringen av langvakter har i tillegg åpnet for å organisere oppgaver og ansvarsfordeling på nye måter.

Flere studier viser positive effekter av langvakter.<sup>31</sup> Fafo-forskerne Leif E. Moland og Ketil Bråthen har sett på effekter av langturnus, og finner at langvakter kan bidra til bedre tjenester og arbeidsmiljø og større stillinger.<sup>32</sup> Anne Liv Engbråten har levert en studie som peker på at langvakter bidrar til mer

kontinuitet i tjenestene, bedre livskvalitet for brukerne/pasientene, færre ansatte, større stillinger og tilfredse ansatte.<sup>33</sup> Forskerne Kari Ingstad og Nina Amble beskriver erfaringer med langvakter ved 14 sykehjem, og finner at slike langvakter åpner for en ny måte å organisere arbeidet på som gir mer kontinuitet og mer ro for både ansatte og brukere/pasienter.<sup>34</sup>

Til tross for at langvakter utprøvd i flere kommuner og ved flere institusjoner viser positive resultater for både de ansatte og brukerne/pasientene, er det fortsatt nokså lite utbredt og avhengig av at fagforeningene godkjenner turnusendringene. Innføring av langvakter på inntil 12,5 timer kan behandles lokalt gjennom samarbeid med fagforeningene lokalt, men for å kunne innføre 13,5 timers vakter, må institusjonene ha godkjenning fra fagforeningene sentralt.<sup>35</sup> Hvis de tillitsvalgte ikke er enige, enten lokalt eller sentralt, har de altså mulighet til å legge ned veto. Dette er krevende for mange kommuner, fordi fagforbundene ofte er skeptiske til langvakter.

Helsespørsmål er en av de tingene som står sentralt når fagforbundene begrunner sin motstand mot langturnus. Det er imidlertid ikke godt dokumentert at lange vakter i kommunenes pleie- og omsorgssektor nødvendigvis er mer helseskadelig enn de mer vanlige vaktene, snarere tvert imot.<sup>36</sup> For eksempel viser en norsk undersøkelse av sykefravær at ansatte som gikk lange vakter, var mindre syke enn kollegaer som gikk vanlige vakter.<sup>37</sup> Mer utstrakt bruk av langvakter ser altså ut til å være noe som bør vurderes i kommunale helse- og omsorgstjenester.

## Konklusjon

I fremtiden trenger det norske helsevesenet flere ansatte. Det er ikke til å komme utenom. Samtidig har Norge allerede en høyere andel av de sysselsatte ansatt i helse- og omsorgssektoren enn de aller fleste andre land. Vi må derfor benytte den eksisterende arbeidsstyrken i helsevesenet på en bedre måte.

Som dette notatet viser, vil en beskjeden økning av antall helgevakter løse mange av problemene. En økning i helgefrequensen, hvor ofte man jobber helg, vil bidra til å redusere utfordringene knyttet til å bemanne helgevaktene. I tillegg kan mer utbredt bruk av langvakter bidra til større stillinger, færre ansatte, bedre arbeidsmiljø og bedre tjenester.

Økt helgefrequens og økt bruk av langvakter vil kunne bidra til å redusere deltidsbehovet og bidra til at flere kan bli tilbudt økt stillingsprosent, noe som vil føre til at behovet for økt tilfang av arbeidskraft vil reduseres, samtidig som det trolig vil bidra til bedre kapasitet og kvalitet i tjenestene.

Dette er god samfunnsøkonomi.

Uansett om løsningen blir økt helgefrequens, mer bruk av langvakter eller en kombinasjon av disse to, er fagforbundene ofte en bremsekloss. Systemet gir rett og slett arbeidsgiverne begrenset styringsrett, og mye makt til fagforeningene, fordi systemet legger opp til at det må forhandles for å få det til å fungere. Dette kommer fort i konflikt med kommunenes ansvar for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Derfor bør trolig norske myndigheter gå gjennom dagens lovbestemmelser og sedvane omkring skift-/ turnusarbeid, blant annet i forhold til gjennomsnittsberegning



av arbeidstid, slik at det blir enklere for arbeidsgivere å innføre økt helgefrekvens og økt bruk av langvakter.

Det ideelle ville vært om partene inngikk avtaler om gjennomsnittsberegning av arbeidstid i de sentrale tariffavtalene, på linje med det som er gjort i andre sektorer. Men partene har lenge hatt mulighet til å løse dette på egenhånd – uten noe nevneverdig resultat. Derfor må trolig en lovendring til. Det bør iverksettes en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, slik at deltidsknuten kan løses opp.

*Civita er en liberal tankesmie, som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Den enkeltes publikasjons forfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemeldinger, slik at vi kan rette opp eller justere.*

**Ta kontakt med forfatteren på [aslak@civita.no](mailto:aslak@civita.no) eller [civita@civita.no](mailto:civita@civita.no)**

## Noter

- 1 Se for eksempel NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*
- 2 Avsnittet bygger på Civita-notat nr. 27/2020, *Hvorfor trenger Norge flere sykepleiere enn nesten alle andre land?*
- 3 Tallene i avsnitter er hentet fra NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, s. 12
- 4 Nielsen Roy A. og Leif E. Moland, *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*, Fafo-rapport 2023:30, s. 9
- 5 KS: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/sysselsettingsstatistikk/stort-behov-for-nye-medarbeidere-fremover/>
- 6 NOU 2021: 2, *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring. Tiltak for økt sysselsetting*
- 7 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, s. 157
- 8 Helsedirektoratet, *Kompetanseløft 2020. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*
- 9 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, figur 9.2, s. 156
- 10 Moland, Leif E., *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling*, Fafo-notat 2021:01, s. 10
- 11 Se for eksempel <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/JQ0VpP/innleie-av-sykepleiere-ann-mari-42-tar-fri-kun-fem-dager-i-aaret>
- 12 Nielsen Roy A. og Leif E. Moland, *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene*, Fafo-rapport 2023:30
- 13 KS: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/rapport-om-erfaringer-med-ny-organisering-av-arbeidet-i-den-kommunale-omsorgstjenesten/>
- 14 KS og KPMG, rapport, *Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg*, mai 2021, s. 24
- 15 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, s. 18
- 16 Moland, Leif E., *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling*, Fafo-notat 2021:01, s. 20
- 17 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, s. 163
- 18 Avsnittet bygger på NOU 2016:1, *Arbeidstidsutvalget. Regulering av arbeidstid – Vern og fleksibilitet*, og Civita-notat nr. 27/2020, *Hvorfor trenger Norge flere sykepleiere enn nesten alle andre land?* s. 9
- 19 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, s. 183
- 20 Meld. St. 9, *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, s. 71
- 21 Se for eksempel Tørn-prosjektet til KS
- 22 Amble, Nina, Ida Drange og Mia Vabø, *Den vanskelige deltidsknuten – en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere*, Fagbladet samfunn og økonomi. 2019(1):6-21
- 23 Moland, Leif E., *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling*, Fafo-notat 2021:01, s. 21
- 24 NOU 2008: 17, *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid. Skift/turnusutvalget 2007–2008*, s. 93
- 25 NOU 2016:1, *Arbeidstidsutvalget. Regulering av arbeidstid – Vern og fleksibilitet*, s. 212–213
- 26 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*
- 27 Eksempelet er hentet fra Moland, Leif E., *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling*, Fafo-notat 2021:01, s. 21
- 28 Eksempelet er hentet fra Fasting, Mathilde, *Arbeidstidsavtaler i offentlig sektor*, Civita-rapport, 2013, s. 41
- 29 Moland, Leif E., *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling*, Fafo-notat 2021:01

- 30 KS og KPMG, rapport, *Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg*, mai 2021, s. 14
- 31 Flere av studiene er oppsummert i Agenda Kaupang og Fafo på oppdrag fra KS, *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering*, 2021, KS
- 32 Moland, Leif E. og Ketil Bråthen, *Langturnus og hele stillinger i Bergen kommune. Arbeidstid i tjenester for utviklingshemmede og psykisk syke*, Fafo-rapport 2012:60
- 33 Engbråten, Anne Liv, *Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling – evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune*, 2015, Nordlandssykehuset og Bodø kommune
- 34 Ingstad, Kari og Nina Amble, *En ny ro med langturnus*, Nordic Journal of Nursing Research, Volume 35, 152–157, 2015
- 35 KS og KPMG, rapport, *Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg*, mai 2021, s. 14
- 36 Moland, Leif E., *Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur. En kunnskap- og eksempelsamling*, Fafo-notat 2021:01, s. 12
- 37 Vedaa, Øystein, Ståle Pallesen, Eilin K. Erevik, Erling Svensen, Siri Waage, Bjørn Bjorvatn, Børge Sivertsen og Anette Harris, *Long working hours are inversely related to sick leave in the following 3 months: a 4-year registry study*, International Archives of Occupational and Environmental Health, Springer Link, 2018