




# Får vi nok personell til omsorgstjenestene?

Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015

PER OLAF AAMODT OG TROND TJERBO

**NIFU**

 **NIBR**  
Norsk institutt for by- og regionforskning



Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015  
Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning  
Oppdragsgiver: Helsedirektoratet  
Forsidefoto: Scanpix

ISBN 978-82-7218-842-8

NIFU

Postadresse: PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo.

Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

E-post: [post@nifu.no](mailto:post@nifu.no)

[www.nifu.no](http://www.nifu.no)

[www.nifurapport.no](http://www.nifurapport.no)

Grafisk design og trykk: Wera as

# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sammendrag</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>1 Bakgrunn og formål</b> .....   | <b>9</b>  |
| 1.1 Om Kompetanseløftet 2015 .....  | 10        |
| 1.1.1 Målene for Kompetanseløftet: .....  | 11        |
| 1.1.2 Økonomiske rammer .....   | 11        |
| 1.2 Evalueringsprosjektet .....   | 11        |
| 1.3 Analytisk ramme: Hvordan skal Kompetanseløftet 2015 forstås? .....                              | 12        |
| <b>2 Mange av de sentrale målene er nådd</b> .....  | <b>14</b> |
| 2.1 Betydelig vekst i antall årsverk .....  | 15        |
| 2.2 Økende kompetanse? .....  | 15        |
| 2.3 Introduksjonen av helsefagarbeidere skaper utfordringer .....                                   | 16        |
| 2.3.1 Sterk nedgang i antall utdannede .....  | 16        |
| 2.3.2 Søkning og gjennomføring i helse- og sosialfag .....  | 17        |
| 2.3.3 Svak utvikling varsler nedgang i antall helsefagarbeidere/hjelpepleiere? .....                | 18        |
| 2.3.4 Innvandringens betydning er økende .....  | 19        |
| 2.3.5 Synspunkter i kommunene .....   | 20        |
| 2.4 Mindre deltidsarbeid? .....   | 20        |
| 2.5 Andre kvalifiseringsveier .....   | 21        |
| 2.5.1 Fagskoler .....   | 21        |
| 2.5.2 Desentraliserte høgstudier .....  | 21        |
| 2.5.3 Videreutdanning for høgstudietdannet personell .....  | 21        |
| 2.6 Hvor er det størst rekrutteringsproblemer? Betydningen av kommunestørrelse og sentralitet ..... | 22        |
| 2.7 Varierende måloppnåelse .....   | 23        |
| <b>3 Gode relasjoner mellom partene</b> .....   | <b>24</b> |
| 3.1 Organisering, styring og koordinering i sentralforvaltningen .....                              | 25        |
| 3.2 Organisering og koordinering på regionalt nivå .....  | 25        |
| 3.2.1 Relasjonen mellom kommuner og fylkesmenn .....  | 26        |
| 3.3 Samspillet med utdanningsinstitusjonene .....   | 26        |
| 4 Kommunenes arbeid med Kompetanseløftet .....  | 28        |
| 4.1 Stort mangfold i kommunal sektor .....  | 29        |
| 4.2 Det strategiske arbeidet i kommunene .....  | 29        |
| 4.3 Regionale mønstre .....   | 30        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>5</b> | <b>Samlet vurdering</b> .....                | <b>31</b> |
| 5.1      | En vellykket plan? .....                     | 32        |
| 5.2      | Noen kritiske faktorer .....                 | 33        |
| 5.2.1    | Tilgang av høgscoleutdannet personell .....  | 33        |
| 5.2.2    | Svak rekruttering av helsefagarbeidere ..... | 33        |
| 5.2.3    | Regionale forskjeller .....                  | 33        |
| 5.3      | Perspektivene framover .....                 | 33        |
|          | <b>Litteratur</b> .....                      | <b>36</b> |

## Forord

Kompetanseløftet 2015 er Regjeringens plan for rekruttering og kvalifisering av personell til den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Planen ble lansert i Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Utviklingen i befolkningens aldersprofil vil øke behovene for flere og bedre kvalifiserte ansatte innenfor denne sektoren betydelig. Kompetanseløftet er et svar på behovene i planperioden fram til 2015, men danner også et utgangspunkt for de tiltak som må settes inn for å løse bemanningsbehovene på noe lengre sikt.

I 2007 lyste Helsedirektoratet ut et oppdrag med å evaluere iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 i den første delen av planens virkningstid fram til 2010. Oppdraget gikk til NIFU og NIBR i fellesskap. Underveis i prosjektet er det publisert en rekke delrapporter.

Denne siste rapporten fra prosjektet tar sikte på å gi et kortfattet sammendrag og en samlet analyse av de viktigste resultatene fra evalueringen. Trond Tjerbo og Per Olaf Aamodt har stått for utformingen av denne rapporten, og har vært prosjektledere ved NIBR og NIFU. Prosjektgruppen har bestått av Inger Marie Stigen, Marit Helgesen og Trond Tjerbo fra NIBR, og Terje Næss, Clara Åse Arnesen, Håkon Høst, Nicoline Frølich og Per Olaf Aamodt fra NIFU. En referansegruppe bestående av Jon B. Warenius, Sarpsborg kommune, Irene Hanssen, Fylkesmannen i Hedmark, Karin Bergvik, Fylkesmannen i Østfold og Erling Steen, Aust-Agder fylkeskommune, har gitt nyttige innspill til prosjektarbeidet. Underveis i prosjektet er det holdt løpende kontakt mellom forskergruppen og Helsedirektoratet.

*Oslo, januar 2012*

*Sveinung Skule  
Direktør, NIFU*

*Hilde Lorentzen  
Instituttssjef, NIBR*

# Sammendrag



Foto: Scanpix

Det har skjedd en betydelig vekst i sysselsetting og antall årsverk i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester i perioden fra 2005 til 2010. Veksten er på over 18 000 årsverk; av disse er over 16 000 fagutdannet personell. Kompetanseløftets mål om 10 000 nye fagutdannede årsverk fra 2004 til 2009 er dermed overoppfylt med over 50 prosent. En del av forklaringen på veksten i antall årsverk er at omfang av deltidsarbeid er redusert.

Målet for Kompetanseløftet 2015 var at andelen årsverk med høyere utdanning skulle øke fra 24 til 34 prosent fra 2004 til 2015. Legger vi til grunn at det her tenkes på alle former for høyere utdanning, ikke bare med helse- og sosialfaglig utdanning, kan dette målet være innenfor rekkevidde. I 2010 var andelen over 29 prosent. Antall årsverk med annen helsefaglig utdanning enn sykepleie har økt mindre enn forventet.

Etter 2008 er de første helsefagarbeidere blitt utdannet, denne utdanningen var tenkt å skulle erstatte den hjelpepleierutdanningen og utdanningen til omsorgsarbeiderfaget. Antall utdannede helsefagarbeidere er foreløpig betydelig lavere enn det samlede antallet hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som ble utdannet i årene før 2009. Etter 2008 har veksten i antall årsverk med fagutdanning på videregående nivå stanset opp, og det var en svak nedgang fra 2009 til 2010. Hvis ikke kvalifiseringen på dette nivået tar seg opp, vil nedgangen trolig fortsette.

Det er en betydelig mobilitet i sektoren, og hver femte av de ansatte i 2010 var ikke i hovedstilling året før. Det klare flertallet av disse var uten godkjent helse- og sosialutdanning. Selv om det rekrutteres mange med fagutdanning, er majoriteten av de nyansatte uten slik utdanning. Disse utgjør igjen den viktigste rekrutteringsbasen for helsefagarbeiderkategorien (tidligere hjelpepleierkategorien). De befinner seg i et bredt alderssegment.

Av de rundt 1000 helsefagarbeiderne som er kommet med i personellstatistikken har omtrent hver tredje innvandrerbakgrunn. Svært mange

fra Filippinene blir nå autorisert som helsefagarbeidere. I tillegg blir det fortsatt autorisert mange svensker som hjelpepleiere. Hele nettoøkningen i sysselsatte på dette utdanningsnivået de senere årene representeres av personer med innvandringsbakgrunn.

Innvandring er avgjørende også for veksten i antall sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren. Av en årlig vekst på rundt 1000 sykepleiere de siste årene, står sykepleiere med innvandringsbakgrunn for om lag 40 prosent. Også her er Filippinene og Sverige de viktigste leverandørene. De fleste sykepleiere i pleie og omsorg med annen nasjonsbakgrunn enn norsk er fra disse to landene. I statistikken over nye, autoriserte sykepleiere er svenskene den dominerende nasjonskategorien ved siden av de norske.

Implementeringen av Kompetanseløftet innebærer et komplekst samspill mellom aktører på ulike nivåer. Hovedinntrykket er at dette samspillet i det store og hele har forløpt positivt. Ikke minst er samarbeid og informasjonsflyt mellom fylkesmannsembetene og de enkelte kommunene en viktig forutsetning, siden det er fylkesmennene som tildeler de økonomiske tilskuddene til kommunene. Dette samarbeidet oppleves som konstruktivt av begge parter.

Informantene i kommunene har opplevd selve iverksettingen av planen og spesielt relasjonen til fylkesmannsembetene som positiv. De fleste av intervjupersonene mente i 2009 at deres kommune hadde en god dialog med fylkesmannens representanter. De oppfattet informasjonen som god og dialogen som enkel. Dette samsvarer med resultater fra NIBRs spørreundersøkelser til kommunene i 2008 og 2010. Når kontaktpersonene i kommunene blir bedt om å vurdere Fylkesmannens rolle i Kompetanseløftet er et klart flertall positive. Om lag åtte av ti er enige i at kommunikasjonen fungerer godt, at det er lett å henvende seg og at Fylkesmannen er tydelig på prioriteringer og tiltak som faller innenfor søknadsrammen.

Kommunene rapporterer om noe mindre vansker med å skaffe kvalifisert personell i 2010 enn i 2008. Dette kan tyde på at grunnbemanningen i pleie og omsorgssektoren faktisk har bedret seg i denne perioden. Vi kan selvsagt ikke, ut fra disse tallene alene, konkludere med at Kompetanseløftet 2015 har vært en direkte årsak til denne utviklingen, men funnene indikerer at det i løpet av de to årene har funnet sted en endring i ønsket retning.

De minste kommunene har større vansker med å rekruttere kvalifisert personell enn middels store og større kommuner. Men det er verdt å merke seg at de aller største byene også har betydelige problemer, noe som trolig henger sammen med sterk konkurranse om arbeidskraften.

I hovedsak viser evalueringen at mange av de sentrale målene er oppnådd gjennom Kompetanseløftet, og selve implementeringen har i det store og hele gått bra. De ulike aktørene på ulike nivåer synes å ha samhandlet på en god måte, og kommunene opplever å ha fått god støtte. Selv om bevilgningene fra Kompetanseløftet til kommunene er betydelige, er de likevel begrenset tatt i betraktning denne sektorens omfang. Evalueringsgruppens vurdering er derfor at man har fått positive effekter i forhold til de bevilgede beløpene.

Når det er oppnådd mange gode resultater, skyldes det at planen har hatt virkninger som går ut over det som følger av de økonomiske

overføringene alene. Ikke minst har det trolig vært viktig at økonomisk støtte krever at kommunen arbeider aktivt og strategisk med bemannings- og kompetanseplaner, og at dette strategiske arbeidet i seg selv har bidratt til økt oppmerksomhet i kommunene. Det er likevel grunn til å reise spørsmål om hvor strategisk kommunene arbeider med Kompetanseløftet.

Målene i Kompetanseløftet kan bare nås dersom kommunene selv iverksetter lokale tiltak. Dette kan gi seg utslag i økende forskjeller mellom kommuner.

Iverksetting av statlige tiltak kan forstås enten som hierarkisk styrt, eller som en mer nedena-og-opp-prosess. Siden Kompetanseløftet 2015 som en del av Omsorgsplan 2015 er en stor politisk satsning og en høyt prioritert del av regjeringens politikk, er det grunn til å forvente at det settes et betydelig politisk og administrativt trykk for å få til en vellykket satsning. Samtidig setter kommunenes sentrale rolle i iverksettingen begrensninger for en hierarkisk styringsmodell. Iverksettingen har hatt et klart preg av samarbeid og styringsdialog på tvers av de ulike styringsnivåene, noe som representerer en «mykere» form for sentral styring. Iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 kombinerer med andre ord en hierarkisk modell med betydelig ansvar lagt til det kommunale nivået. Målstrukturen i Kompetanseløftet er kompleks, med en blanding av delmål og virkemidler, men det er ikke gitt at dette har hatt vært negativt.



# 1

## Bakgrunn og formål

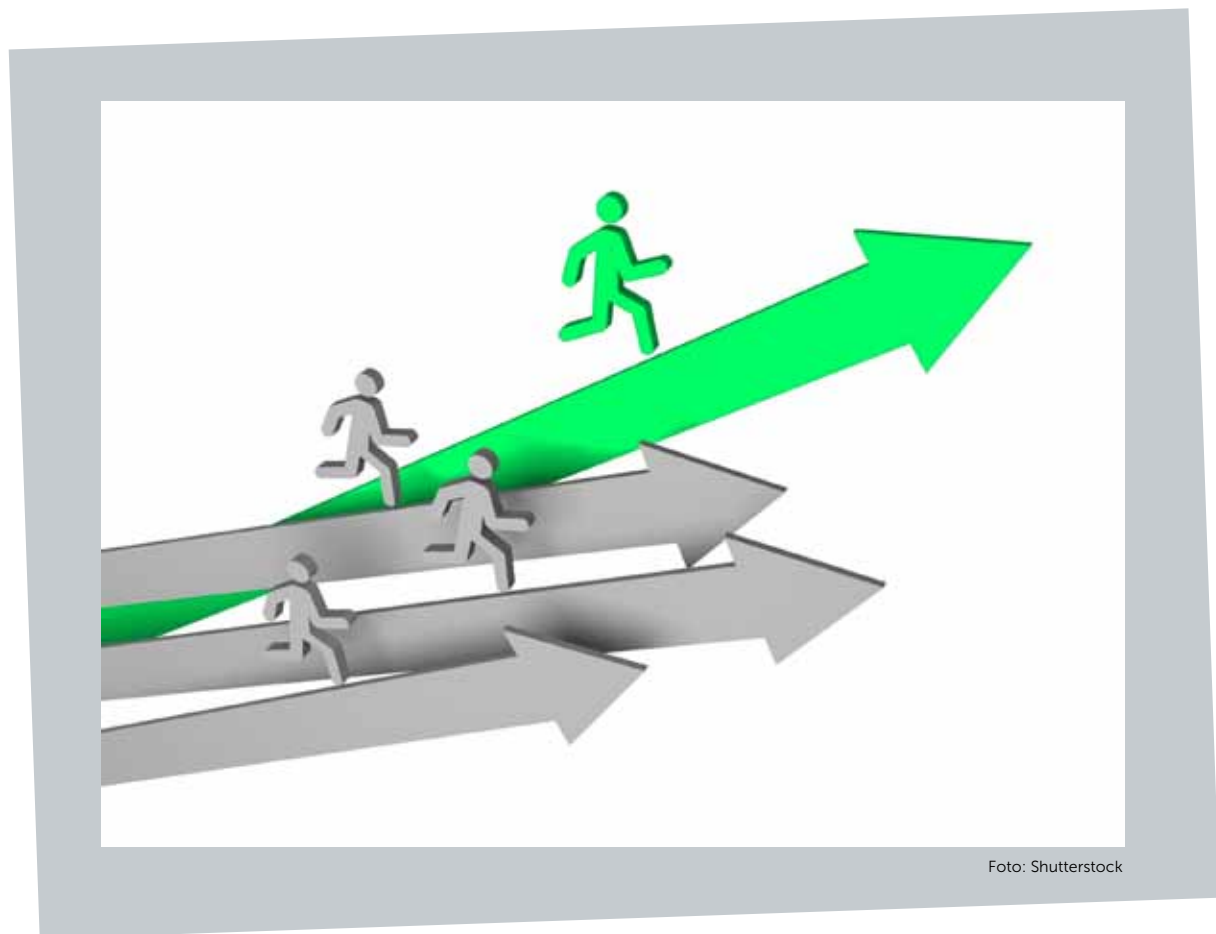


Foto: Shutterstock

## 1.1 Om Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er en nasjonal handlingsplan for å styrke rekruttering og kvalifisering av personell til den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Planen ble lansert i Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Denne planen føyer seg inn i rekken av tidligere planer på feltet, hvor den første planperioden var fra 1998 til 2001 («Rett person på rett plass»). De tidligere planene omfattet imidlertid hele helse- sosialsektoren.

Utviklingen av disse handlingsplanene illustrerer de store utfordringene vi står overfor med å bemanne den kommunale helsesektoren i de nærmeste tiårene som følge av blant annet den store veksten i antall eldre i befolkningen. Også Ansvarsreformen og Opptappingsplanen for psykisk helse er et viktig bakteppe, og bidrar ytterligere til behovet for ikke bare en vekst i antall sysselsatte, men også for økt kompetanse i sektoren.

### 1.1.1 Målene for Kompetanseløftet

Målene for Kompetanseløftet 2015 er spesifisert på følgende måte (St.meld. nr. 25, 2005–2006 s.74):

- øke bemanningen i omsorgssektoren ut fra nivået i 2004 med 10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen utgangen av 2009
- heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, gjennom blant annet å legge til rette for at andelen personell med høgskoleutdanning i omsorgstjenesten økes
- sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4.500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak
- skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet
- styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Disse overordnede målsettingene kan karakteriseres som en blanding av kvantitative og mer kvalitative målsettinger, samt av brede og mer

avgrensede og spesifikke tiltak. Noen av målene er presise og kvantifiserbare. I handlingsplanen legges det vekt på en rekke tiltak (St.meld nr. 25 (2005–2006) s. 16–17, 72ff) – se tekstboks.

### Tiltak under Kompetanseløftet 2015

- Aksjon helsefagarbeider: rekruttere til helsefagarbeiderutdanning og etablere læreplasser.
- Kvalifisering av personell: kvalifisere ulike personellgrupper som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole gjennom opplæring, tilleggsutdanning, fagprøve og vurdering av realkompetanse.
- Rekrutteringskampanje: rekruttere flere inn i omsorgstjenesten og oppnå større tverrfaglighet.
- Øke andelen med høyere utdanning: øke andelen med høgskoleutdanning.
- Desentraliserte høgskolestudier: legge til rette for desentraliserte studietilbud på høgskolenivå.
- Fagskoleutdanning for personell med videregående opplæring: videreutdanne personell gjennom fagskoleordningen.
- Videre- og etterutdanning for høgskoleutdannet personell: etablere videreutdanningstilbud innen blant annet geriatri, demens, veiledning og rehabilitering.
- Øke andelen som arbeider heltid: redusere bruken av deltid i helse- og omsorgssektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte.
- Flink med folk i første rekke: legge til rette for god ledelse og stimulere til ledelsesutvikling lokalt.
- Forbedring av arbeidsmiljø: legge til rette for godt arbeidsmiljø, for redusere sykefravær, minske andel som går ut av sektoren til attføring eller uførepensjon

### 1.1.2 Økonomiske rammer

Et sentralt element i tiltaket er de ressursene som stilles til rådighet. Den totale budsjettammen for Kompetanseløftet økte fra 151 mill. kr. i 2007 til 290 mill. kr. i 2011. Bevilgningen for 2012 er på 299 mill. kr. Budsjettammen for Kompetanseløftet 2015 utgjør forholdsvis beskjedne beløp sett i forhold til størrelsen på denne sektoren. Dersom vi fordeler rammen for 2010 på alle årsverkene, utgjør beløpet i overkant av kr. 2 100 per årsverk.

Ved siden av de økonomiske tilskuddene som tildeles som en del av planen, skulle kravet om kommunale planer og strategier bidra til å bevisstgjøre kommunene. Planarbeidet er ment å skulle stimulere kommunene til å handle mer strategisk i forhold til sine kompetansebehov i sektoren.

## 1.2 Evalueringsprosjektet

I mai 2007 inviterte Helsedirektoratet (da Sosial- og helsedirektoratet) til anbud på en evaluering av Kompetanseløftet for perioden fram til 2011. I utlysningen ble formålet med evalueringen formulert slik:

1. Evaluere i hvilken grad tiltakene i handlingsplanen samlet og hver for seg fører til oppfyllelse av mål og måltall
2. Evaluere sentrale helsemyndigheters monitorering av måloppnåelse, herunder å vurdere bruk av datakilder og datakildenes kvalitet
3. Undersøke om det finnes felles kjennetegn med hensyn til kommuner hvor handlingsplanen har god effekt, eventuelt liten effekt, på personellsituasjonen i omsorgstjenesten, og i særlig grad vurdere effekt i storbyer med særlige utfordringer
4. Undersøke i hvilken grad handlingsplanen imøtekommer krav til nye arbeidsformer og annen/relevant kompetanse i forhold til ulike brukergrupper
5. Vurdere om erfaringer fra den forrige handlingsplanperioden på helse- og sosialpersonellfeltet (2003–2006) er tilstrekkelig utnyttet i handlingsplanen
6. Evaluere bruken av handlingsplankonseptet og øremerkede midler for å nå målsettingene

Oppgaven med å evaluere handlingsplanen ble gitt til NIBR og NIFU, som deler på arbeidsoppgavene i prosjektet. NIFU har blant annet hovedansvaret å belyse hvordan måltallene er blitt oppfylt, mens NIBR har hatt sitt hovedfokus spesielt på hvordan Kompetanseløftet er blitt implementert i kommunene, men også på samspillet mellom de ulike aktørene.

Evalueringen trekker vekster på mange ulike datakilder, og anvender både kvantitative og kvalitative metoder. Oppfølgingen av de kvantitative målene er utført med data fra SSBs selssettingsregister (fra 2007) og data fra det samme registeret hentet via Helsedirektoratet. Det er gjennomført to spørreskjemaundersøkelser blant kontaktpersoner i kommunene i 2008 og 2010. Det er videre gjennomført intervjuer på sentralt nivå, i fylkesmannsembetene, i kommuner og høyskoler. I tillegg bygger evalueringen på dokumentanalyse.

I denne sammendragsrapporten er det først og fremst lagt vekt på å rapportere om måloppnåelse, samspillet mellom nivåene i iverksettingen, samt om virksomheten på kommunalt nivå.

I løpet av evalueringsperioden er det gitt ut underveisrapporter fra både NIBR og NIFU:

Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 1. NIFU STEP rapport 12/2009 <http://www.nifu.no/Norway/Sitepages/PublicationDetails.aspx?ItemId=2043&PublicationID=500>

Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 2. NIFU STEP rapport 3/2010 <http://www.nifu.no/Norway/Sitepages/PublicationDetails.aspx?ItemId=2043&PublicationID=557>

Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 3. NIFU rapport 1/2011 <http://www.nifu.no/Norway/Sitepages/PublicationDetails.aspx?ItemId=2043&PublicationID=669>

NIBR, underveisnotat nr. 1 (2009): <http://www.nibr.no/pub1092>

NIBR, underveisnotat nr. 2 (2011): <http://www.nibr.no/pub1411>

NIBR, underveisnotat nr. 3 (2011): <http://www.nibr.no/pub1417>

En sluttrapport med oppsummering av de viktigste resultatene fra evalueringen foreligger i rapporten: Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015. NIBR-rapport 2012:3 Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

### 1.3 Analytisk ramme: Hvordan skal Kompetanseløftet 2015 forstås?

Kompetanseløftet 2015 er en *statlig* handlingsplan for å styrke rekrutteringen og kompetansen innenfor pleie- og omsorgssektoren, som er et kommunalt ansvar. Ideen bak handlingsplanen er å bidra til at kommunene rekrutterer tilstrekkelig personell til sektoren, og at det skjer en heving av de ansattes kompetanse. Satsningen forutsetter et komplekst samspill mellom aktører på flere nivåer i styringssystemet. Den sentrale styringslinjen går fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet via fylkesmennene til kommunene, men involverer også andre aktører på sentralt og regionalt nivå: Kunnskapsdepartementet, Utdanningsdirektoratet, universiteter og høyskoler, fylkeskommunene, videregående opplæring og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) sentralt og regionalt. Gjennomføringen av planen forutsetter dermed et samspill mellom aktører på forskjellige nivåer som ikke nødvendigvis har sammenfallende oppfatninger, og som innretter sin del av satsningen på ulikt vis.

Iverksettelsesprosessen i Kompetanseløftet 2015 kan forstås i lys av et klassisk bidrag innenfor iverksettingsteori fra Van Meter og Van Horn (1975) med tillegninger av Kjellberg og Reitan (1995). Evalueringsgruppen har tillempet denne

modellen ytterligere. Denne modellen og relevansen for Kompetanseløftet 2015 er mer inngående beskrevet i Tjerbo m.fl. 2012.

Det første sentrale elementet i den analytiske modellen handler om *målsetting*. Kompetanseløftet 2015 har en blanding av mål, delmål og virkemidler som til sammen utgjør en kompleks målstruktur. En slik kompleksitet kan være utfordrende for tiltakets iverksettere, men behøver ikke å stå i veien for effektiv gjennomføring av tiltak. Kompleksiteten kan også gi betydelig fleksibilitet og dermed øke gjennomføringsgraden (Kjellberg og Reitan 1995, Christensen m.fl. 2009).

Det andre sentrale elementet i modellen er de *ressursene* som stilles til rådighet for tiltaket, og da spesielt de økonomiske ressursene. Som nevnt i avsnittet om virkemidler, utgjør bevilgningene i Kompetanseløftet 2015 relativt beskjedne beløp sett i forhold til omfanget av denne sektoren. I hvilken grad man kunne ha oppnådd sterkere resultater ved å fordele større midler er imidlertid et åpent spørsmål.

Et tredje element, som evalueringsgruppen har inkorporert i den analytiske modellen er betydningen av *politikktype*. Med utgangspunkt i Lowi (1964, 1972) kan det sondres mellom fordelingspolitikk, reguleringspolitikk og omfordelingspolitikk. Kompetanseløftet 2015 er ikke helt enkelt å plassere innenfor en slik analytisk tilnæringsmåte. Ved sin fordeling av midler har tiltaket et klart element av fordelingspolitikk, og det er dermed ikke overraskende om satsningen framstår som relativt fritt for de konfliktene som gjerne følger av (oppfattet) omfordeling. Samtidig har kravene til det strategiske arbeidet i kommunene et klart mål om å påvirke kommunale prioriteringer. Dette skjer imidlertid på en «myk» måte, ikke gjennom regulering.

Et fjerde element i den analytiske modellen omhandler *trekk ved iverksettingen*, spesielt organisatoriske forhold og interorganisatoriske forhold. Det karakteristiske ved

Kompetanseløftet 2015 er at iverksettingen foregår innenfor et flernivåsystem, som innebærer at myndighet delegeres til underliggende nivåer i systemet med derav følgende behov for vertikal samordning. Samtidig forutsetter iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 også en horisontal samordning mellom enheter på samme forvaltningsnivå og politikkområder. Flernivåaspektet bør også modifiseres noe på grunn av det kommunale selvstyret – kommunene er ikke underliggende statlige etater. De fatter selvstendige politiske beslutninger som angår pleie- og omsorgssektoren og tilpasser den nasjonale politikken på området til lokale forhold.

I tillegg til de nevnte fire elementene, er det viktig å trekke inn *generelle* økonomiske og politiske forhold. Eksempelvis kan mulighetene for å rekruttere personell til pleie- og omsorgssektoren være enklere i perioder med svake økonomiske konjunkturer og stigende arbeidsledighet.

Vi vet også at både etablerte rekrutteringsmønstre og tilbudet av utdannet arbeidskraft legger sterke føringer både på planene for og rekrutteringen til dette arbeidsfeltet (Høst 2012). Og ikke minst vil trekk ved kommunene selv spille inn, vi tenker her både på kommuneøkonomi og kommunestørrelse.

Iverksetting av statlige tiltak kan forstås som hierarkisk styrt, eller som en mer nedenfra-og-opp-prosess. Siden Kompetanseløftet 2015 som en del av Omsorgsplan 2015 er en stor politisk satsning og en høyt prioritert del av regjeringens politikk, er det grunn til å forvente at det settes et betydelig politisk og administrativt trykk for å få til en vellykket satsning. Samtidig setter kommunenes sentrale rolle i iverksettingen begrensninger for en hierarkisk styringsmodell. Vi forventer derfor at iverksettingen også har et klart preg av samarbeid og styringsdialog på tvers av de ulike styringsnivåene, noe som representerer en «mykere» form for sentral styring.

## 2

Mange av de sentrale målene er nådd



Foto: Scanpix

## 2.1 Betydelig vekst i antall årsverk

Kompetanseløftet 2015 formulerte en rekke konkrete måltall for utviklingen i antall årsverk og kompetansenivåer. Ett av formålene med evalueringssprosjektet har vært å overvåke utviklingen i forhold til disse måltallene. Ved hjelp av data som Helsedirektoratet har framskaffet fra Statistisk sentralbyrås sysselsettingsregister, har vi fulgt utviklingen fra 2005 og fram til siste oppdatering av registeret for 2010. Resultater fram til 2009 er publisert i Aamodt m.fl. (2011).

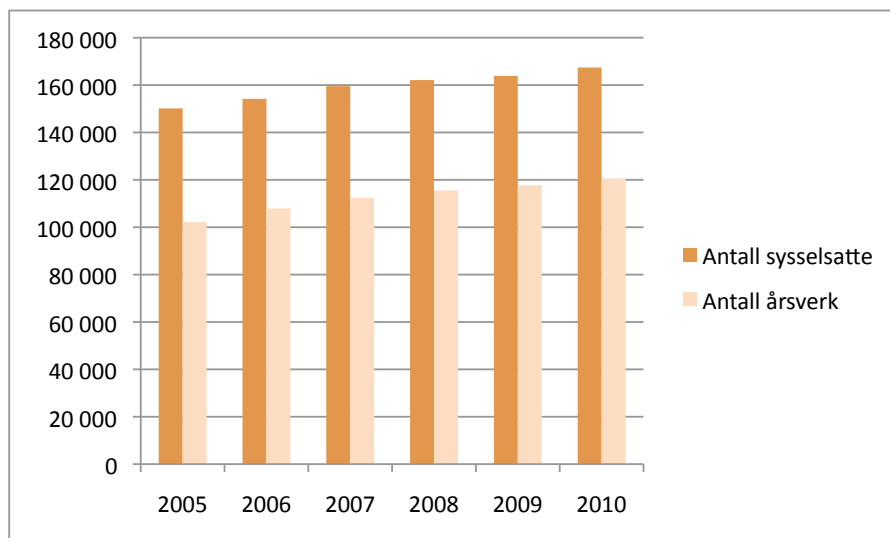
Figur 1 viser at det har vært en betydelig vekst i perioden fra 2005 til 2010. Antall sysselsatte har økt fra vel 150 000 til 167 400, og antall årsverk fra vel 102 000 til 120 400. Det er med andre ord blitt 18 200 flere årsverk i løpet av bare fem år. Veksten var sterkest i den første delen av perioden, og det er en tendens til utflating, selv om veksten tok seg litt opp igjen i 2010.

De aller fleste årsverkene i brukerrettet pleie og omsorg er knyttet til institusjoner og til hjemmetjenester. Disse to virksomhetene er om lag like store målt i antall årsverk, og utgjorde

til sammen 97 prosent av hele sektoren, mens de resterende årsverkene var i aktivitetssettene. Veksten i antall årsverk har vært sterkest i hjemmetjenestene, mens sysselsettingen har vært tilnærmet stabil i institusjonene. Det store flertallet av de sysselsatte finner vi i offentlig sektor. Veksten har vært klart sterkest i privat sektor, men utgjorde likevel ikke mer enn 6,7 prosent i 2010. Fra 2007 til 2010 økte antall årsverk i privat sektor med neste 30 prosent, mot 6 prosent i offentlig sektor. Stillingsprosenten er noe lavere i privat sektor, det vil si at en større andel av de sysselsatte jobber deltid.

## 2.2 Økende kompetanse?

Et av målene i Kompetanseløftet var at antall faglærte årsverk<sup>1</sup> skulle øke med 10 000 i perioden fra 2005 til 2009 i forhold til nivået i 2004. Det var videre et mål at denne veksten skulle fordele seg med en tredel på hver av gruppene hjelpepleiere/helsefagarbeidere, sykepleiere og andre med høyere utdanning, samt at andelen med høyere utdanning skulle øke med ti prosentenheter, det vil si fra 24 prosent i 2004 til 34 i 2015.



Figur 1: Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorgstjeneste 4. kvartal 2005 til 2010.

Kilde: Helsedirektoratet, SSB

<sup>1</sup> Som «faglært» regner vi i denne sammenheng personer med høyere utdanning, hvor sykepleierne utgjør hovedtyngden, samt personell på videregående nivå, først og fremst hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere

Vi mangler data for 2004 som er sammenliknbare med våre tall, og derfor kan vi ikke lage en eksakt oppstilling over veksten i forhold til målet for perioden 2005 til 2009 i forhold til 2004. Men ser vi på endringen fra 2005 til 2010 som er en like lang periode, men forskjøvet med ett år, har det kommet til i alt 18 243 årsverk, av disse er det 16 220 som har utdanning innen helse- og sosialfag. Disse tallene avviker neppe vesentlig fra perioden 2004 til 2009. Målet om vekst i antall årsverk er dermed oppnådd med svært god margin, antall fagutdannede årsverk har økt med om lag 60 prosent. Kanskje har målsettingen vært for lite ambisiøs?

Hovedtyngden av den samlede veksten i antall årsverk kom blant de fagutdannede. Likevel øker også antall årsverk uten fagutdanning. Den sterkeste relative veksten i perioden 2005 til 2010 fant sted blant dem med høyere utdanning i helse- og sosialfag. Andelen av årsverkene med utdanning på videregående nivå ble redusert med ett prosentpoeng, dette omtaler vi nærmere i neste avsnitt.

Målet om at de 10 000 nye årsverkene med helsefaglig utdanning skulle fordele seg med en tredel på hver av de tre gruppene omtalt over, er imidlertid ikke oppnådd. Både antall med utdanning på videregående nivå og antall sykepleiere øker med rundt 40 prosent, mens veksten i annet høgskoleutdannet personell bare øker med vel 18 prosent. Til sammen ligger dermed den relative veksten i antall årsverk med høyere utdanning 9 prosentpoeng under målet.

Ett av målene i Stortingsmelding 25 (2005–2006) var å øke andelen årsverk med høyere utdanning med ti prosentpoeng i perioden 2005–2015 i forhold til 2004. Måltallet tok utgangspunkt i at andelen var 25 prosent i 2005, og den gjennomsnittlige årlige veksten måtte da være 0,9 prosentpoeng. Det reelle tallet var 25,2 i 2005. Fra og med 2006 ble også kortere kurs på høgskolenivå inkludert i tallene. Det ga en andel med høyere utdanning på 26,8 prosent, og veksten fra 2005 til 2006, og dermed også

for hele perioden, er noe overestimert. Fra 2006 til 2009 økte andelen med gjennomsnittlig 0,5 prosentpoeng per år, dvs. noe mindre enn stipulert, mens veksten var 1,1 fra 2009 til 2010. Om vi korrigerer for at tallene før og etter 2006 ikke er helt sammenliknbare, er veksten i perioden så langt litt lavere enn det som er stipulert, men dersom tendensen til økt vekst i 2010 ikke bare er et engangstilfelle, er målet om 34 prosent av årsverkene med høyere utdanning i 2015 innenfor rekkevidde. Dersom målene i stortingsmeldingen er satt i forhold til andelen med høyere *helse- og sosialfaglig utdanning*, ligger den reelle utviklingen imidlertid noe under det stipulerte nivået.

Analysene av kompetanseprofilen i pleie- og omsorgssektoren er basert på tverrsnittstall. Men ved å sammenholde dataregistrene for to påfølgende år, er det mulig å se på tilgangen fra 2009 til 2010. Som «nyansatt» defineres da dem som var registrert i 2010, men ikke i 2009. Etter en slik definisjon var det 33 700 nyansatte i 2010, litt færre enn i 2009. Av disse var det nesten to tredeler som var uten fagutdanning. Det foregår imidlertid en betydelig mobilitet ut og inn av yrkene, og mange av de nyansatte etter denne definisjonen kan ha vært ansatt før 2009. Når så høy andel av de nytilsatte var uten helse- og sosialutdanning, er det også et uttrykk for at denne gruppen er mindre stabil. Mange er studenter som arbeider ved siden av studiet, mens andre har dette som hovedbeskjeftigelse. En betydelig andel av de nye faglærte er rekruttert blant dem som var ufaglærte året før, og av disse var det nesten 60 prosent som var eldre enn 30 år.

## 2.3 Introduksjonen av helsefagarbeidere skaper utfordringer

### 2.3.1 Sterk nedgang i antall utdannede

Selv om det har vært en positiv utvikling i rekrutteringen av fagutdannede på videregående nivå i perioden, vesentlig hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, er det mye som tyder på at utfordringene her er i ferd med å bli større. Fra



2006 ble de gamle utdanningene erstattet med helsefagarbeiderutdanningen. Den nye utdanningen ble introdusert med støtte fra Aksjon helsefagarbeider, men resultatene er foreløpig ikke så oppløftende.

I første del av planperioden ble det utdannet svært mange hjelpepleiere, noe som kan forstås på bakgrunn av at det var kjent at den tradisjonsrike utdanningen skulle nedlegges. Da utfasingen av utdanningen startet gikk utdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere raskt ned. De første helsefagarbeiderne ble utdannet i 2009, og figur 3 viser med all tydelighet de utfordringene man står overfor i kvalifiseringen av fagarbeidere etter hvert som hjelpepleierutdanningen fases ut. Antall utdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har variert en del over de siste 20 åra, men har stort sett ligget i intervallet 3500–5000 per år. Introduksjonen av helsefagarbeiderutdanningen har ikke kunnet forhindre, men har snarere bidratt til, en foreløpig halvering av antall utdannede på dette nivået.

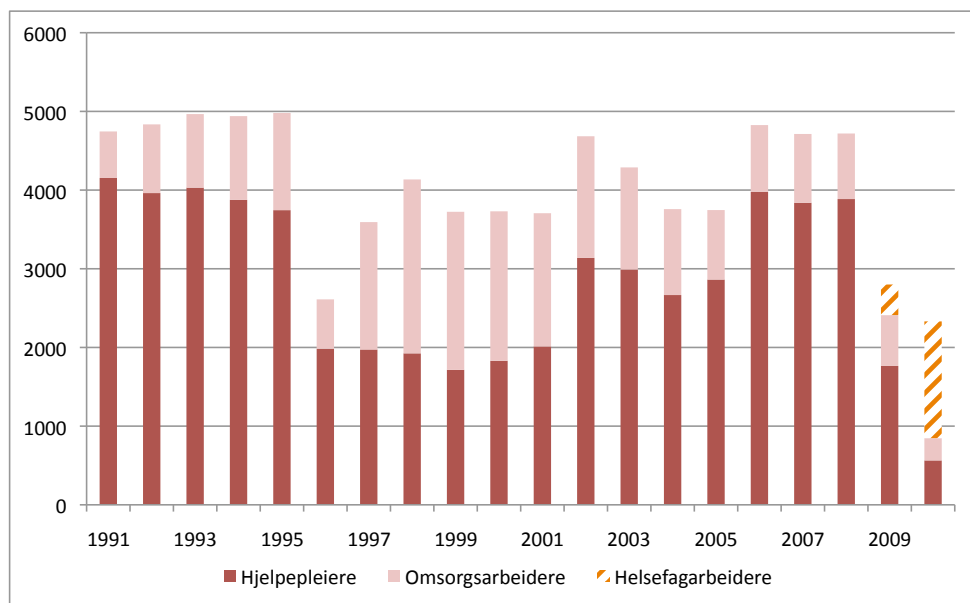
Vi må kunne forvente en viss økning i antall utdannede helsefagarbeidere i de neste årene, men det er tvilsomt om det er mulig å komme opp på det totale nivået fra før 2009, på kort sikt.

### 2.3.2 Søkning og gjennomføring i helse- og sosialfag

Antall søkere til det første skoleåret innen Helse- og sosialfag tyder ikke på noen rekrutteringssvikt. Denne studieretningen er etter hvert blitt den klart største av alle de yrkesfaglige utdanningsprogrammene i videregående opplæring. Antall søkere som kom fra de respektive grunnskolekullene økte fra noe i underkant av 5000 i perioden 2006 til 2008 til nesten 6000 i 2010.

Imidlertid møter ikke alle søkerne til Helse- og sosialfag opp ved skolestart første år, og i overgangen fra det første til det andre året skjer det både et visst frafall og forsinkelser. Totalt var det vel 4300 som fullførte grunnskolen i 2008 og som befant seg i andre skoleår (Vg2) våren 2010. Men det er i overgangen fra det andre til det tredje året av opplæringen at det skjer store endringer.

Ved starten av det tredje året var det vel 800 personer, eller ca. 19 prosent, som ikke var i utdanning, eller som var forsinket og fortsatt befant seg i andre året. Noen få elever befant seg også i Vg1. Antall lærlinger totalt var 1043, eller 24 prosent av Vg2-elevene i helse- og sosialfag, og antall lærlinger i helsearbeiderfaget var 576, eller



Figur 2: Antall utdannede hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeider 1991–2010

Kilder: SSB, Helsepersonellregisteret, Høst (2004)

13,4 prosent. Nesten halvparten, dvs. over 2000 av Vg2-elevene fra det forrige skoleåret, hadde valgt allmennfaglig påbygning.

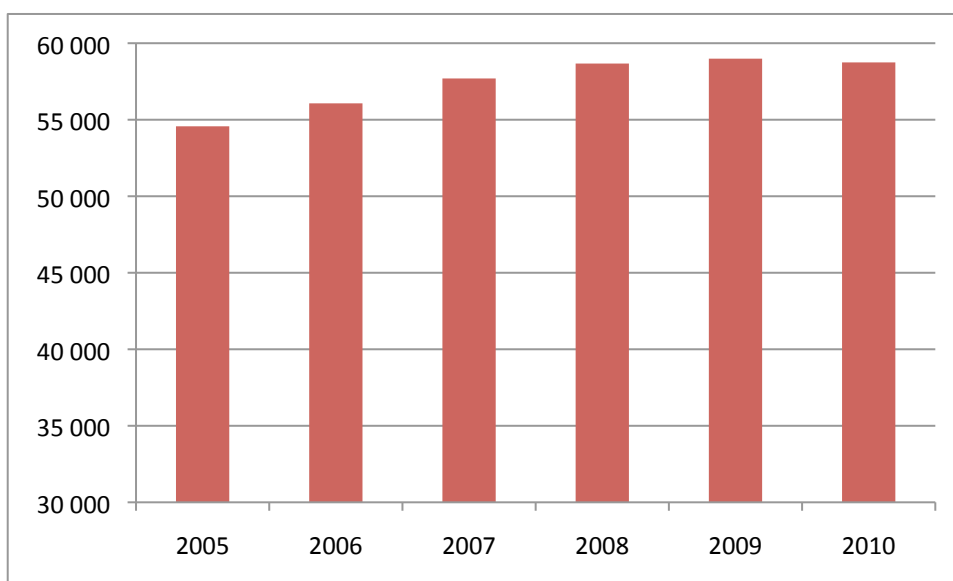
Denne oversikten viser at til tross for at helse- og sosialfag er det største yrkesfaglige studieprogrammet med omtrent 5000 søkere i 2008, og til tross for at progresjonen er bedre enn i flere av de andre yrkesfagene, så ender man opp med at under 600, eller mindre enn 14 prosent, starter i lære som helsefagarbeider. Dette er et lavt tall i forhold til de målene som er satt for rekrutteringen av helsefagarbeidere. Sagt på en annen måte: for å få én ny lærling i helsearbeiderfaget må det tas opp ti søkere til det første opplæringsåret. Det mest bemerkelsesverdige ved disse tallene er den store overgangen til påbygg for studiekompetanse, og at denne andelen har økt etter innføringen av Kunnskapsløftet (Vibe m.fl. 2011). Vi vet foreløpig lite om årsakene til dette mønsteret, og om elevene som går til påbygg hadde dette som sin opprinnelige plan, eller om de har endret mål underveis.

Disse tallene gjelder imidlertid bare lærlinger i helsearbeiderfaget som har gått strake veien etter at de forlot grunnskolen. En betydelig andel av elevene er forsinket, og det kan dermed

komme inn flere fra det aktuelle kullet i lære senere. En oversikt for skoleåret 2008–2009 viser at av totalt 1122 lærlinger i helsearbeiderfaget var det 51 prosent som kom fra det yngste kullet (det tilsvarer med andre ord den gruppen vi har sett på, og som har gått den direkte veien). Ytterligere 15 prosent kom fra kullet før, mens resten kom fra tidligere kull. Nesten 14 prosent kom fra tidligere grunnskolekull enn 1998. Dette illustrerer at det skjer et ikke ubetydelig tilsig av lærlinger som er betydelig eldre enn dem som har gått den direkte veien. Vi så i figur 3 at antallet som ble utdannet som helsefagarbeider var i overkant av 1 400, noe som illustrerer at den samlede utdanningen tross alt ligger en del høyere enn den de som går den strake veien fra grunnskolen. Likevel ligger antall utdannede på under det halve av nivået fra et par år tilbake.

### 2.3.3 Svak utvikling varsler nedgang i antall helsefagarbeidere/hjelpepleiere?

Med den nedgangen det har vært i den samlede tilgangen på nye hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere er det ikke overraskende at dette ser ut til å gi seg utslag også på den samlede sysselsettingen. Fra 2009 til 2010 er det en netto nedgang på antall sysselsatte helsefagarbeidere (inklusive hjelpepleiere og omsorgsarbeidere).



Figur 3: Antall sysselsatte hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere i brukerrettet pleie- og omsorg 2005–2010.

Nedgangen er ikke på mer enn 250 og er i seg selv ikke urovekkende, men når en ser utviklingen fra 2005 i figur 3, ser vi at en sammenhengende tendens til vekst erstattes av utflåting fra 2008. Det er et åpent spørsmål om den tilgangen på nye hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere som vi så i figur 2 er tilstrekkelig til å opprettholde sysselsettingen på et stabilt nivå.

Det utdannes altså færre ungdommer gjennom lærlingordningen i helsearbeiderfaget enn det som var tilfellet med hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen før Kunnskapsløftet. Men det er den interne kvalifiseringen gjennom utdanning av egne ansatte uten fagutdanning som alltid har vært viktigst i pleie- og omsorgssektoren. Det er særlig denne som nå kan se ut til å svikte. Mens det i 2010 ble registrert 1900 ansatte som kvalifiserte seg til fagutdanning på helsefagarbeidernivået, var nivået i 2009 på 2400. Fordi helsearbeiderfaget er nytt, er det for tidlig å vurdere i hvilken grad det er snakk om et overgangsproblem. Ser vi imidlertid tilbake på erfaringen med de to tidligere utdanningene, så er det klart at hjelpepleierutdanningen ble foretrukket som voksenopplæring framfor omsorgsarbeiderutdanningen som lå under fagopplæringen og praksiskandidatordningen. Det peker i retning av at praksiskandidatordningen i mindre grad er egnet for å rekruttere og kvalifisere voksne innenfor denne sektoren.

### 2.3.4 Innvandringens betydning er økende

Et annet trekk ved rekrutteringen til dette feltet er den økte andelen av rekrutteringen som utgjøres av innvandrere. Totalt har antall ansatte i pleie- og omsorgssektoren med innvandrerbakgrunn økt med 8300 i perioden 2005–2010. Det betyr at nesten halvparten av den totale økningen i sysselsetting i perioden kan tilbakeføres til ulike former for innvandring. De siste årene har innvandrere stått for det aller meste av veksten i sektoren. Som innvandrer er her inkludert bosatte innvandrere som er rekruttert til denne delen av arbeidsmarkedet, arbeidspendlere, spesielt sykepleiere fra Sverige,

som jobber intensive økter mens de er i Norge, og helsepersonell, til dels sykepleiere, fra mer fjerntliggende land, spesielt Filippinene.

Økningen gjelder på alle nivå; fra leger via sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere til gruppen uten godkjent helsefagutdanning. De fleste innvandrere tilhører gruppen uten godkjent helsefagutdanning. Men også på de øvrige kompetansenivåene er de en stor og ikke minst økende gruppe.

Personer med innvandringsbakgrunn står for hele veksten i rekrutteringen til helsefagarbeidernivået de siste fire årene. Dette bidrar dermed til å forklare hvordan en kan ha vekst i antall med fagutdanning i en periode hvor antall nyutdannede går klart ned. Gruppen helsefagarbeidere/hjelpepleiere med innvandrerbakgrunn er sammensatt av personer med utdanning fra sitt eget hjemland, og innvandrere som tar utdanning i Norge. Den førstnevnte gruppen er imidlertid i stort flertall. Over 80 prosent av de nye, autoriserte hjelpepleierne og helsefagarbeiderne med annen nasjonsstatus enn norsk kommer enten fra Sverige eller fra Filippinene. Når utdanningsordningene i Norge sliter med å utdanne et tilstrekkelig antall helsefagarbeidere til å kompensere for avgang, er man dermed i ferd med å gjøre seg avhengig av arbeidskraft-import fra disse landene.

Av de rundt 1000 helsefagarbeiderne som er kommet med i statistikken har omtrent hver tredje innvandrerbakgrunn. Tilsiget fra utdanningsordningene til helsefagarbeiderstillinger i pleie- og omsorgssektoren er dermed godt under 1000 i 2010. Svært mange med utdanning fra Filippinene blir nå autorisert som helsefagarbeidere. Tidligere var det en stor gruppe herfra som ble autorisert som hjelpepleiere. I tillegg blir det fortsatt autorisert mange svensker som hjelpepleiere.

Innvandring er avgjørende også for veksten i antall sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren. Av en årlig vekst på rundt 1000 sykepleiere de

siste årene, står sykepleiere med innvandringsbakgrunn for om lag 40 prosent. Også her er Filippinene og Sverige de viktigste leverandørene. De fleste sykepleiere i pleie og omsorg med annen nasjonsbakgrunn er fra disse to landene. I statistikken over nye, autoriserte sykepleiere er svenskene den dominerende nasjonskategorien ved siden av de norske.

### 2.3.5 Synspunkter i kommunene

For de aller fleste kommunene er det en stor utfordring å rekruttere personell til pleie- og omsorgssektoren. NIBRs kommuneundersøkelser i evalueringsprosjektet viser imidlertid en tendens til bedring. Andelen kommuner som mente at rekruttering var en stor eller svært stor utfordring ble noe redusert fra 2008 til 2010, og de gir uttrykk for at grunnbemanningen har bedret seg. Dette stemmer også godt overens med at det har funnet sted en markant vekst i antall årsverk i perioden fram til 2010. Det kan være mange årsaker til at kommunene oppfatter at rekrutteringen har bedret seg, og det er usikkert hvor stor betydning Kompetanseløftet 2015 har hatt. Kravene til kommunene for å få tilskudd over Kompetanseløftet er at de utarbeider planer over sine bemanningsbehov, noe som har bidratt til et mer strategisk og planmessig arbeid i kommunene, og økt deres evne til å håndtere personellsituasjonen.

Av grunnutdanningene er det sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere som er mest etterspurt i kommunene, mens det innen videre- og etterutdanning synes å være størst behov innenfor demensomsorg og psykisk helse. En høy andel deltidsstillinger oppfattes som et problem i rekrutteringsarbeidet.

## 2.4 Mindre deltidsarbeid?

Ett av målene i Kompetanseløftet var å redusere omfanget av deltid. Dette er et viktig virkemiddel for å øke årsverksinnsatsen selv med stabilt antall sysselsatte, men det er i tillegg et mål i seg selv, blant annet for å gjøre jobbene mer attraktive. Man antar at en sektor med mange deltidsjobber

er mindre attraktiv, men samtidig er det enkelte som ønsker å jobbe deltid i faser av livet.

I en avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten mellom KS og regjeringen har partene forpliktet seg til å legge forholdene til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger for å sikre stabilitet og kontinuitet for brukere og ansatte (St.meld. nr. 25 (2005–2006) s. 76).

I hele perioden 2005 til 2010 har veksten i avtalte årsverk vært sterkere enn veksten i sysselsettingen. Mens sysselsettingen økte med 17 251 personer eller 11,5 prosent, økte tallet på avtalte årsverk med 18 243 eller 17,9 prosent. Den sterkere veksten i avtalte årsverk har sammenheng med at den gjennomsnittlige stillingsprosenten har økt i perioden fra 68,1 i 2005 til 71,9 prosent i 2010. Dette er en positiv utvikling sett i forhold til målsettingen om å redusere omfanget av deltidsarbeid. Det er her grunn til å understreke at det her dreier seg om avtalte årsverk, vi vet ikke om de avtalte årsverkene gjenspeiler en tilsvarende utvikling i faktisk utførte årsverk. Uten denne veksten i stillingsprosent ville veksten i antall årsverk ha vært langt lavere enn det vi har observert. For hele perioden kan omtrent 40 prosent av hele økningen i antall årsverk tilskrives den økte stillingsprosenten blant de sysselsatte.

Den gjennomsnittlige avtalte arbeidstida er høy blant sysselsatte med høyere helse- og sosialfaglig utdanning. Den gjennomsnittlige arbeidstida i denne gruppen var 86,2 prosent av hel stilling i 2010. Stillingsprosenten synker med utdanningsnivå. Blant hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne var stillingsprosenten 77,2, og blant dem uten fagutdanning var stillingsprosenten i 59,0 i 2010. Det er nå relativt lite å hente gjennom økt stillingsprosent blant de høgskoleutdannede, og økningen i antall årsverk framover vil derfor primært måtte skje ved en økning i antall sysselsatte. Potensialet for å hente ut ekstra årsverk burde være større blant hjelpepleiere/omsorgsarbeidere enn blant høgskoleutdannede, men også i denne gruppen

begynner stillingsprosenten å bli relativt høy, og det vil være et spørsmål om hvor mye ekstra det er å hente på sikt. Det er først og fremst blant de ufaglærte at potensialet for å hente ut ekstra årsverk fra allerede sysselsatte personer er størst, men her viser statistikken at det ikke var noen økning i stillingsprosent fra 2009 til 2010. Det er imidlertid denne gruppen man på sikt ønsker å få erstattet med mer kvalifisert arbeidskraft. Samtidig innebærer de betydelige forskjellene i stillingsprosent etter utdanningsnivå at et økende utdanningsnivå i seg selv vil bidra til å redusere andelen som jobber deltid.

## 2.5 Andre kvalifiseringsveier

Ut over de «ordinære» utdanningsveiene, er det etablert andre veier for kvalifisering med støtte over Kompetanseløftet 2015: Fagskoler, desentraliserte høgskoleutdanninger samt videreutdanning.

### 2.5.1 Fagskoler

Videreutdanning gjennom den nye *fagskoleordningen* ansees som viktig, både som kvalifiseringstiltak og som et bidrag til økt rekruttering og for å redusere avgangen. For å utløse tilskudd gjennom Kompetanseløftet, må videreutdanningen tilsvare minst et halvt års studietid på heltid. Målet var ifølge St.meld. 25 (2005–2006) å gi fagskoleutdanning til 6000 personer i perioden 2007 til 2010, og med prioritering av eldreomsorg og psykisk helse. Det faktiske antallet ligger på rundt halvparten av dette målet, og antallet forventes å gå ned de nærmeste årene ifølge rapporteringen fra kommunene. For hele perioden fram til 2015, kan vi forvente at om lag 5 000 vil ha fullført videreutdanning ved en fagskole, og noe under halvparten av disse innenfor eldreomsorg og psykisk helse. Økte bevilgninger til fagskolene fra 2009 kan imidlertid bidra til en økning av kapasiteten. Det blir interessant å se om dette tilbudet vil bli mer attraktivt framover.

### 2.5.2 Desentraliserte høgskolestudier

St.meld. 25 (2005–2006) satte som mål å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte høgskolestudier i perioden 2007–2010. Målet var å gi et tilbud til erfarne hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere med tanke på å gi en mer stabil dekning av sykepleiere i omsorgstjenesten. Dette tilbudet har eksistert gjennom flere år. Opptakstillene til disse studiene har variert en del, men tallet på registrerte studenter har økt fra vel 1 100 høsten 2007 til 1 500 høsten 2010. Det er flest som kvalifiserer seg som sykepleiere og vernepleiere blant studentene i desentralisert høgskoleutdanning. Det er ikke sikkert, men heller ikke usannsynlig, at økningen har sammenheng med Kompetanseløftet.

Ifølge rapportene til Fylkesmennene, ble det utdannet 850 med desentralisert høgskoleutdanning i helse- og sosialfag fra 2007 til 2010, det vil si noe over målsettingen i St.meld. 25 (2005–2006).

### 2.5.3 Videreutdanning for høgskoleutdannet personell

Antall studenter i aktuelle videreutdanninger har ligget nokså stabilt på mellom 2 500 og 3 000 i perioden fra 2007 til 2010. Det klart største antallet studenter har det vært innen psykisk helsearbeid som har utgjort noe under 40 prosent av alle studentene. Eldreomsorg, demens og rehabilitering har hatt rundt 30 prosent av studentene, men andelen var en del lavere i 2010.

Ikke alle de studentene som er registrert gjennom database for høyere utdanning er finansiert med midler over Kompetanseløftet. Men tall som er innrapportert gjennom Fylkesmennene viser at over 4 500 har fullført en slik videreutdanning fra 2007 til 2010. Dette er 50 prosent flere enn det som var måltallet i St.meld. 25 (2005–2006). For perioden 2011 til 2014 planlegges det at ytterligere 3 700 kommer til å fullføre. Det kan dermed se ut til at det blir en viss reduksjon i denne videreutdanningen i neste periode. Aldring og demens, veiledning og rehabilitering utgjør omlag 30 prosent av alle som har tatt, eller vil ta, videreutdanning med støtte fra Kompetanseløftet.

## 2.6 Hvor er det størst rekrutteringsproblemer? Betydningen av kommunestørrelse og sentralitet

Det er store variasjoner mellom norske kommuner, både med hensyn til behovene for pleie- og omsorgstjenester, økonomi og tilgang på arbeidskraft. Derfor er det grunn til å forvente forskjeller etter kommunestørrelse, selv om mange av ulikhetene kan gå på tvers av store og små kommuner. Fevang (2008) hevder at et svakt utviklet arbeidsmarked og lite sentral beliggenhet kan ha en negativ effekt på rekruttering av utdannet arbeidskraft i kommunene (se også Econ 2008:12). Det er også en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og personalets utdanningsnivå (Agenda 2006, Econ 2008). Omfanget av utfordringer knyttet til rekruttering – spesielt av arbeidstakere med høy utdanning – kan derfor ventes å være forbundet med sentralitet og kommunestørrelse. Dette understøttes i noen grad av de data vi har til rådighet, men bildet er ikke helt entydig.

Vi har her basert våre funn på NIBRs kommuneundersøkelse, data fra Sysselsettingsregisteret og intervjuene med informanter i kommunene. Fra Sysselsettingsregisteret kan vi hente data om vekst eller nedgang i sysselsettingen, antall årsverk i brukerrettet pleie- og omsorg i forhold til antall innbyggere og antall 67 år og over, samt kompetanseprofiler. Også kommunenes frie inntekter er trukket inn som en mulig forklaringsvariabel.

Hvis vi sammenlikner kompetanseprofilene på fylkesnivå, finner vi noen overraskende trekk, og det er ganske store forskjeller. Mens Oslo og Akershus generelt har det klart høyeste utdanningsnivået blant de sysselsatte, er bildet helt motsatt i pleie- og omsorgssektoren. Andelen ufaglærte er klart høyere i Oslo og Akershus enn i andre fylker.

På kommunenivå framtrer derimot et mer ventet bilde. Den klart største andelen av årsverk med

høyere utdanning finner vi i kommuner med 20 000 innbyggere og over. Det betyr med andre ord at kompetansenivået stiger med kommunestørrelse, men at Oslo og noen andre store og sentrale kommuner avviker fra dette mønsteret. Bildet er noe mindre klart når vi klassifiserer kommunene etter sentralitet.

Et annet interessant mål er antall årsverk i pleie- og omsorg i forhold til antall eldre i kommunene. En bør være varsom med å fortolke antall årsverk per antall eldre som et mål på kvaliteten i tilbudene eller på kommunenes prioritering, men det er likevel en interessant størrelse. Vi finner da små forskjeller mellom kommunene, selv om det er et litt høyere forholdstall i de aller minst kommunene. Heller ikke mellom kommuner med ulik sentralitetsgrad er det noen klare forskjeller. Derimot finner vi en ganske klar sammenheng med kommunenes frie inntekter. Kommuner med mer enn kr. 60 000 i frie inntekter per innbygger har nesten 50 prosent flere årsverk i pleie og omsorg enn kommuner med kr. 20–30 000 i frie inntekter per innbygger.

Det behøver ikke å være noen entydig sammenheng mellom årsverksinnsats og kompetansenivå i pleie og omsorg og de vanskelige kommunene mener at de har med å rekruttere kvalifisert personell. Informantene vil vurdere situasjonen i egen kommune, og neppe se sin situasjon i forhold til andre kommuner. Resultatene fra kommuneundersøkelsen tyder på at det er større utfordringer med å rekruttere personell generelt, og med rett kompetanse, i små og mindre sentrale kommuner. Når mange mindre kommuner likevel har en relativt høy andel med fagutdanning på videregående nivå, skyldes dette trolig at man har lyktes i å kvalifisere en stor andel av de uten fagutdanning. Mindre kommuner kan ha vansker med å skape et attraktivt faglig miljø for personer med høy kompetanse. Kommuner i mindre sentrale strøk kan også ha større utfordringer med tilflytting, og dette kan svekke rekruttering til pleie- og omsorgssektoren. Dette er ikke et overraskende mønster. Det er ikke unaturlig at det er krevende

å rekruttere til pleie- og omsorgssektoren i små kommuner med et begrenset tilbud av arbeidskraft, til tross for at antall stillinger som skal besettes ikke er så stort. Men på den annen side gjør et begrenset arbeidsmarked denne typen jobber relativt sett mer attraktive. I de store byene er forholdet omvendt, og pleie- og omsorgsyrkene har vanskeligere for å konkurrere om arbeidskraften. Dimensjonen små til store kommuner dekker dessuten over et mangfold av lokale forskjeller i pleiebehov, økonomi, generell tilgang på lokal arbeidskraft og graden av konkurranse fra andre deler av arbeidsmarkedet. Ikke minst synes graden av økonomisk handlefrihet å bidra til betydelige forskjeller. Kommuner med betydelige frie inntekter utnytter denne frihetsgraden til å ha mange ansatte i pleie- og omsorgssektoren i forhold til antall eldre i befolkningen. Dette er nokså parallelt til det Hægland m.fl. (2007) fant for skoleressurser og elevresultater i skolen i kommuner med betydelige kraftinntekter.

## 2.7 Varierende måloppnåelse

På noen områder har Kompetanseløftet 2015 lyktes godt. Antall årsverk med fagutdanning har økt mer enn det som var målsettingen, og andelen som jobber heltid har økt. Det har vært betydelig vekst i antall sysselsatte med høyere utdanning. Det er særlig andre høgskolegrupper enn sykepleierne som har økt mindre enn forutsatt. Utdanningen av helsefagarbeidere ser ut til å bli en kritisk faktor i de nærmeste årene, både fordi de unge elevene i helse- og sosialfag går over til allmennfag, og fordi en ikke har fått erstattet hjelpepleierutdanningen med et tilsvarende attraktivt tilbud til de voksne. Etter all sannsynlighet vil Norge i økende grad bli avhengig av arbeidsinnvandring for å sikre den nødvendige personelltilgangen i pleie- og omsorgssektoren.

## 3

# Gode relasjoner mellom partene



Foto: Shutterstock



### 3.1 Organisering, styring og koordinering i sentralforvaltningen

Når en skal vurdere samarbeidet og arbeidsdelingen mellom de sentrale aktørene i Kompetanseløftet 2015, er det viktig å ha klart for seg at denne handlingsplanen er en del av et svært viktig politikkområde. Utfordringene for bemanningen av den kommunale pleie- og omsorgssektoren er et høyt prioritert politikfelt som det er stor interesse for og lagt betydelig politisk prestisje i.

I Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2007 etablert en styringsgruppe for gjennomføringen av St.meld. 25 (2005–2006). I styringsgruppen er det representanter både for den ytre og indre sentralforvaltningen, samt Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS). At KS er involvert har selvsagt sammenheng med at iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 i alt vesentlig skjer på kommunalt nivå. I tillegg har KS erfaringer med relevante og tilliggende prosjekter og problemstillinger fra kommunal sektor. Inkluderingen av andre fagdepartement samt andre fagdirektorat viser også betydningen av koordineringen mellom ulike politikfelt på sentralt nivå. Det ble også opprettet et styringsråd i Helsedirektoratet, men dette hadde bare ett møte, og har dermed hatt begrenset betydning.

I løpet av planperioden har det vært relativt tett kontakt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, og relasjonen blir av våre informanter beskrevet som god. Spesielt blir arbeidet som er gjennomført i Helsedirektoratet beskrevet i rosende ordelag. Fordelingen av oppgaver og ansvar mellom direktoratet og departementet i dette tilfellet kan til dels forstås som en avveining av hvorvidt arbeidet med Kompetanseløftet er et politisk eller et faglig spørsmål. Rent faglige forhold og problemstillinger hører naturlig hjemme i direktoratet, men for saker der det er en klarere politisk interesse vil en sterkere departemental involvering være naturlig. Våre informantsamtaler i departement

og direktorat tyder ikke på at disse avveiningene har vært spesielt vanskelige eller konfliktfylte.

Når det gjelder den horisontale koordineringen på sentralt nivå er det mer usikkert hvor viktig den har vært i forbindelse med Kompetanseløftet. KS er en viktig samarbeidspartner for staten i arbeidet med rekruttering og kompetanseheving i kommunene. Staten og KS inngikk i 2006 en avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Her forpliktet KS seg til målsettinger som er viktige også i Kompetanseløftet. Denne avtalen synes å ha spilt en ikke uvesentlig rolle i Kompetanseløftet, og viser at Staten og KS deler felles målsettinger i dette prosjektet

### 3.2 Organisering og koordinering på regionalt nivå

Fylkesmennene har vært svært viktige aktører i iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 i kraft av å være statens regionale representant i de ulike fylkene, og som tildeler av midler til aktiviteten i kommunen. Det er gjennom Fylkesmennenes arbeid de nasjonale målsettingene og planene blir forankret lokalt, og det er via Fylkesmennene den sentrale forvaltningen får informasjon om satsningens virkemåte og dens effekter lokalt.

Da data om organiseringen ble samlet inn i 2009 var arbeidet med Kompetanseløftet organisert som et prosjekt innenfor arbeidet med Omsorgsplan 2015 i et flertall av fylkene, gjerne med en arbeidsgruppe eller en styringsgruppe for hele Omsorgsplanarbeidet. Det var i gjennomsnitt 2–3 personer pr. embete som hadde Kompetanseløftet som hovedfokus i sitt arbeid, men siden arbeidet med Kompetanseløftet gjerne er tett koblet med og integrert med øvrig arbeid, er omfanget litt vanskelig å anslå. Arbeidet med satsningen var i de fleste tilfellene forankret i Helse- og sosialavdelingen eller Helse- og omsorgsavdelingen hos Fylkesmannen.

Kontakten mellom fylkesmannsembetene og Helsedirektoratet har skjedd i form av ett til to kontaktmøter i året og møter i Arbeidsutvalget.

Intervjuene i 2009 viste at de saksansvarlige kontaktpersonene i fylkesmannsembetene jevnt over var svært godt fornøyd med hvordan Helsedirektoratet ivaretar sin rolle i satsningen vis à vis fylkesmennene. Arbeidsutvalget vurderes som nyttig, men det etterlyses noe mer drøfting og det ble advart mot at kontakten kan bli rituell, på tross av god organisering og godt samarbeidsklima.

Relasjonen for øvrig til Helsedirektoratet var i hovedsak knyttet til søknads- og rapporteringsrutiner. I arbeidet kan fylkesmennene i stor grad utnytte eget skjønn og lokalsamfunnskunnskap. Til tross for at dette hovedsakelig vurderes som positivt, savnet noen informanter mer tilbakemelding på arbeidet til fylkesmannsembetene, og at fylkene ble stående noe alene i sine vurderinger. Det ble reist spørsmål om ikke direktoratet kunne ha foretatt noe mer fortløpende vurderinger og tilbakemelding på de fylkesvise resultatene.

### 3.2.1 Relasjonen mellom kommuner og fylkesmenn

De fleste, men ikke alle, fylkesmannsembetene oppga i 2009 å ha etablert flere ulike informasjonskanaler ut til kommunene i forbindelse med Kompetanseløftet 2015. Alle har faste kontaktpersoner i kommunene, og kommunikasjonen skjer vanligvis elektronisk. Flere av embetene har også arrangert årlige dagskonferanser der Kompetanseløftet 2015 er tema.

I tillegg til de organiserte kontaktpunktene har fylkesmannsembetene løpende kontakt med enkeltkommuner. Denne kontakten har vært relativt hyppig, spesielt i forbindelse med søknadsarbeid, rapportering og om veiledning i å utarbeide kompetanseplaner. Hva angår rapportering, var det i 2009 åpenbart at kvaliteten på kommunenes rapporteringer var varierende. Mange kommuner måtte også pures for at rapporteringene skulle komme innen fastsatt frist.

Enkelte fylker trekker fram at hyppige omorganiseringer i kommunene, utskiftninger av

kontaktpersoner og at kommunene har ulik organisering er en utfordring for kontakten. Utfordringer i forhold til innføring av tonivåmodeller (såkalt flat struktur) trekkes særlig fram.

Informantene i kommunene har opplevd selve iverksettingen av planen og spesielt relasjonen til fylkesmannsembetene som positivt. De fleste av intervjupersonene mente i 2009 at deres kommune hadde en god dialog med fylkesmannens representanter. De oppfattet informasjonen som god og dialogen som enkel. Dette samsvarer med det inntrykket en får gjennom NIBRs spørreundersøkelser til kommunene i 2008 og 2010. Når kontaktpersonene i kommunene blir bedt om å vurdere Fylkesmannens rolle i Kompetanseløftet, er et klart flertall positive. Om lag åtte av ti er enige i at kommunikasjonen fungerer godt, at det er lett å henvende seg og at Fylkesmannen er tydelig på prioriteringer og tiltak som faller innenfor søknadsrammen.

Implementeringen av Kompetanseløftet bygger på et komplekst samspill mellom aktører på ulike forvaltningsnivåer. Hovedinntrykket er at dette samspillet i det store og hele har forløpt positivt. Ikke minst er samarbeid og informasjonsflyt mellom fylkesmannsembetene og de enkelte kommunene viktig, siden det er fylkesmennene som tildeler de økonomiske tilskuddene til kommunene. Dette samarbeidet oppleves som godt av begge parter.

## 3.3 Samspillet med utdanningsinstitusjonene

Rekruttering og kvalifisering av helsefaglig personell innebærer også et samarbeid over mot utdanningsmyndigheter og utdanningsinstitusjoner på ulike nivåer. På sentralt nivå kan samarbeidet handle om utdanningenes organisering og faglige innhold. I den grad det foregår en koordinering av utdanningskapasiteten sentralt, foregår det gjennom samspill mellom helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Samspeilet mellom institusjonene som utdanner helsefaglig personell og den kommunale omsorgssektoren varierer mellom utdanningsnivåene. Fylkeskommunene har ansvaret for opplæringen på videregående nivå, men siden helsearbeiderutdanningen er plassert i lærlingordningen, skjer deler av opplæringen ved sykehus og i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Erfaringene er så langt at de aller fleste kommuner tar helsefagarbeiderlæringer, men antallet er lavt i hver enkelt kommune, noe som i størst grad skyldes mangel på søkere (Hagen m.fl. 2011). Kommunene inngår dermed i arbeidet med å framskaffe både læreplasser for fagopplæringen og praksisplasser for helsefaglige høgskoleutdanninger. Dette er en form for samarbeid som kommunene har mye erfaring med, mens rollen som «bestillere» av kompetanse er av nyere dato. Men som en del av tiltakene for rekruttering og kompetanseheving har over halvparten av kommunene hatt samarbeid med fagskoler, deltatt i organisering av desentraliserte utdanninger, organisert samarbeid med fylkeskommunen, eller betalt for studieplasser ved høyskoler. En noe lavere andel av kommunene har betalt for elevplasser i videregående opplæring.

Det er ofte kommunene selv som tar initiativ til mye av samarbeidet, men også læresteder er initiativtakere. Mange av de statlige høyskolene har et etablert nettverk med kommuner innenfor sin region, en form for samarbeid som begge parter oppfatter som positivt. Kommunene ser dette som en mulighet for å styrke kompetansen,

og lærestedene bidrar til å styrke relevansen av utdanningen og gir dem en sterkere regional forankring. Enkelte læresteder rapporterer om at kommuneøkonomien kan være en hindring ved at det begrenser mulighetene for frikjøp eller støtte til studenter på videreutdanning og til vikarmidler.

Samarbeidsformene mellom kommuner og høyskoler varierer. I enkelte tilfeller er det hovedsakelig videreutdanning som utvikles, mens det i andre tilfeller dreier seg om grunnutdanning. Eksempelvis kjøpte en stor kommune en hel klasse på sykepleiestudiet etter at kommunen hadde lyst dette ut på anbud. Studieplassene ble tilbudt ansatte som allerede arbeidet i kommunal pleie og omsorg. Lærestedet har fått finansiert flere ordinære studieplasser som ledd i oppfølgingen av Kompetanseløftet 2015. Mange av studentene på disse plassene hadde neppe søkt høyere utdanning uten et slikt tilbud.

Omtrent én av fire kommuner har et samarbeid med læresteder i forbindelse med Kompetanseløftet 2015, men dette samarbeidet er i de fleste tilfellene en del av et bredere og mer langvarig samarbeid. Både kommuner og læresteder oppfatter samarbeidet som viktig og positivt. En begrensning for samarbeid rundt etter- og videreutdanning er at insentivene for lærestedene er svake i forhold til de midlene de mottar for studiepoeng innenfor de ordinære studiene. Det er kostnadskrevenne å utvikle slike tilbud, og markedet er ofte begrenset.

## 4

# Kommunenes arbeid med Kompetanseløftet



Foto: Scanpix

## 4.1 Stort mangfold i kommunal sektor

Norske kommuner er svært uensartede med hensyn til størrelse, befolkningssammensetning, lokalt arbeidsmarked og økonomi. Behovene i pleie- og omsorgssektoren varierer i forhold til antall pleietrengende, kommunenes handlingsrom henger sammen med den kommunale økonomien, og tilgangen på kvalifisert personell avhenger ikke minst av det lokale arbeidsmarkedet. En handlingsplan som Kompetanseløftet ville neppe kunnet fungere uten at dette mangfoldet blir reflektert gjennom en sterk grad av desentralisering. Dette vil gi helt naturlige variasjoner i organiseringen mellom kommuner, uten at dette nødvendigvis innebærer kvalitetsforskjeller i tilbudet. Men i tillegg er det også tegn til at det faktisk er kvalitetsforskjeller i kommunenes tjenestetilbud (Hagen m.fl. 2011).

For å oppfylle målene i Kompetanseløftet 2015, er det nødvendig at kommunene bidrar finansielt, fordi de sentralt bevilgede midlene ikke dekker alle kostnadene. Kompetanseheving i sektoren er avhengig av at kommunene selv ser det som viktig og støtter sine medarbeidere, og at de avsetter midler for å dekke de direkte kostnadene og ikke minst vikarutgiftene i forbindelse med ansattes deltakelse i kvalifiseringstiltak.

## 4.2 Det strategiske arbeidet i kommunene

Innenfor rammene av Kompetanseløftet 2015 har kommunene stort handlingsrom. De kan blant annet la være å søke midler. Vi har ikke sikker informasjon om hvor mange kommuner dette kan dreie seg om, hvorfor de ikke søker, og hvilke konsekvenser det kan ha. Kommuner som ikke har utnyttet tilskuddene i Kompetanseløftet kan bli hengende etter i utviklingen, men det er også mulig at de er kommet så langt at de ikke ser behovet. Den siste fortolkningen er neppe særlig sannsynlig, de fleste kommuner som er aktive med rekruttering og kvalifisering vil trolig utnytte de mulighetene som finnes for å få ekstra tilskudd til virksomheten.

En forutsetning for at kommunene kan få økonomiske tilskudd fra Kompetanseløftet, er imidlertid at de har satt i gang planprosesser. Planen skal anspore kommunene til å handle strategisk i forhold til sitt behov for kompetanse. Tilskuddet har blant annet som mål å få kommunene til å ansette flere med relevant utdanning på pleie- og omsorgsområdet, heve det formelle utdanningsnivået, skape større faglig bredde og styrke veiledning og internopplæring. Det er ikke bare de økonomiske virkemidlene som har direkte effekter, planprosessene vil i seg selv bidra til at kommunene tenker mer strategisk i sin personalpolitikk for pleie- og omsorgssektoren.

Evalueringen viser at det er store variasjoner i hvordan kommunene forholder seg til de strategiske elementene i Kompetanseløftet 2015 knyttet til kravet om planlegging og kompetansekartlegging. Det arbeides i liten grad strategisk på sentralt kommunalt nivå i forhold til Kompetanseløftet 2015, det meste er overlatt til de enkelte virksomhetene i kommunene. Det er dessuten forskjeller i hvordan kommunene samarbeider med utdanningsinstitusjoner og andre eksterne aktører, og hvordan de utformer sin rolle som arbeidsgiver i forhold til kompetanseutvikling. Kommunene arbeider videre mye med egenorganisert undervisning og gir sine medarbeidere oppdateringskurs, samt at de gjennomfører intern opplæring og tilbyr læreplasser. Læreplassene blir ikke alltid fylt, og erfaringen er at det er vanskeligere å få lærlinger til hjemmetjenesten enn til institusjonene.

Kommunene arbeider aktivt for å nå målsettingene som er skissert for Kompetanseløftet 2015, men trolig uten at det i alle tilfeller kan kalles strategisk arbeid. Blant annet viser dette seg i forhold til å motivere ansatte til å ta utdanning. Initiativet til utdanning tas i hovedsak av medarbeiderne selv. Arbeidstakere i kommunal pleie og omsorg legger således ned mye egeninnsats for å planlegge og gjennomføre både grunnutdanninger, etter- og videreutdanninger.

Det ser også ut til at det i liten grad arbeides strategisk for å utnytte den nye eller styrkede kompetansen til medarbeiderne. Medarbeidere som har tatt etter- og videreutdanning oppgir i stor grad at de selv må ta initiativet til at deres kompetanse skal brukes på nye måter.

Kommunene tar heller ikke i bruk lønn som insentiv for at medarbeidere skal ta utdanning, og endringer i lønn overlates til lokale forhandlinger mellom arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgivere. Sykepleiere uttrykker misnøye med forhandlingsordninger som gjør at de får dårligere lønnsmessig uttelling etter endt etter- og videreutdanning enn andre yrkesgrupper i sektoren.

### 4.3 Regionale mønstre

Utdelingen av tilskudd i Kompetanseløftet er hovedsakelig basert på den aktiviteten kommunene rapporterer inn til Fylkesmannen. Kriteriene for fordeling av tilskudd er aktivitetsbasert, og 40 prosent av midlene tildeles etter den planlagte og faktiske utdanningsaktiviteten i kommunene mens 60 prosent av midlene tildeles etter antall årsverk. Det er derfor naturlig at det er variasjon mellom fylkene i resultat og aktivitet, og hvordan midlene i planen allokteres. Datamaterialet viser at det er forholdsvis store forskjeller mellom fylkene i planlagt endring av årsverk fra 2010. Det er også forholdsvis stor variasjon fylkene i mellom i planlagt og realisert kompetanseheving. Det kan være mange forklaringer på disse forskjellene, blant annet at behovet for kompetanseheving i kommunene kan variere mellom fylker.

I vurderingen av tallene må det selvsagt understrekes at vi ikke har sett på aktiviteten i hele perioden, og at det selvsagt kan være slik at fylker som har lav aktivitet ett år kan ha høyere aktivitet neste år og omvendt. Det er derfor vanskelig å si noe om hvorvidt Kompetanseløftet bidrar til regional utjevning, men analyser basert på sysselsettingsdata kan peke i retning av en viss utjevning mellom kommuner (Aamodt m.fl. 2011). Det er rimelig med en viss variasjon mellom fylkene. Behovene er ulike i forskjellige områder og en av fylkesmannens funksjoner er jo nettopp å bidra til lokal tilpasning av statlig politikk.

Det er videre et hovedtrekk at de minste kommunene planlegger størst aktivitet på kompetanseheving, har størst vekst i antall planlagte årsverk, og mottar mest tildeling i forhold til innbyggertallet. På bakgrunn av at de minste kommunene gjennomgående har størst problemer med rekruttering, spesielt av fagutdannet personell, er dette ikke overraskende.

Alt i alt peker disse resultatene i retning av at Kompetanseløftet har vært temmelig treffsikkert i forhold til kommunenes behov, og at dette også kan sees i sammenheng med at kommunene har så positive vurderinger av implementeringen av tiltaket.

## 5

## Samlet vurdering



Foto: Scanpix

## 5.1 En vellykket plan?

Evalueringsens kriterier for å bedømme Kompetanseløftet 2015 er primært å se resultatene i forhold til de oppsatte målene. Disse målene varierer fra helt konkrete måltall – f.eks. om vekst i antall fagutdannede årsverk – til mer diffuse mål. Evalueringen skulle også ta opp implementering av planen og samhandlingen mellom de ulike aktørene.

Evalueringsens hovedkonklusjoner om Kompetanseløftet 2015 er i hovedsak positive. Mange av de sentrale målene er oppnådd, og selve implementeringen har i det store og hele gått bra. De ulike aktørene på ulike nivåer synes å ha samhandlet på en god måte, og kommunene opplever å ha fått god støtte. Ikke minst har samarbeidet mellom kommuner og fylkesmenn vært positivt, noe som er av avgjørende betydning på grunn av fylkesmennenes nøkkelrolle. Denne vurderingen av planen må også sees i forhold til de økonomiske rammene. Selv om bevilgningene til kommunene er betydelige, er de likevel begrenset tatt i betraktning denne sektorens omfang. Evalueringsgruppens vurdering er derfor at man har fått positive effekter i forhold til de bevilgede beløpene. Dette hovedintrykket stemmer da også overens med de forventningene vi formulerte i presentasjonen av evalueringsens analytiske perspektiv i avsnitt 1.3.

Når det er oppnådd mange gode resultater, skyldes det at planen har hatt virkninger som går ut over det som følger direkte av de økonomiske overføringene. Ikke minst har det trolig vært viktig at økonomisk støtte krever at kommunen arbeider aktivt og strategisk med bemannings- og kompetanseplaner, og at dette arbeidet i seg selv har bidratt til økt oppmerksomhet i kommunene. Det er likevel grunn til å reise spørsmål om *hvor* strategisk kommunene arbeider med Kompetanseløftet. Her er det utvilsomt et forbedringspotensial.

Målene i Kompetanseløftet kan bare nås dersom kommunene selv iverksetter lokale tiltak. Dette

kan gi seg utslag i økende forskjeller mellom kommuner. En bør kanskje spesielt se nærmere på de kommunene som har vært mindre aktive med å søke midler innenfor Kompetanseløftet.

En annen viktig forutsetning for at denne planen har virket, er at den gjelder en sektor som har høy prioritet både nasjonalt og lokalt. Det er neppe noen kommuner som ikke er enige i viktigheten av denne sektoren og at det er nødvendig å styrke både bemanning og kompetanse, selv om kommunenes økonomiske ressurser til å dekke behovene varierer. Høy politisk prioritet garanterer i seg selv ikke for et lavt konfliktnivå, men i tilfellet med Kompetanseløftet 2015 tyder alt på at de ulike aktørene har trukket i samme retning.

Hvorvidt målene i denne planen kan oppnås, avhenger av mange ulike faktorer. Noen av disse har myndighetene på ulike nivåer i prinsippet virkemidler til å nå. Mye kan oppnås med økonomiske bevilgninger, så som utdanningskapasitet, antall stillinger og andre innsatsfaktorer, eller med ulike administrative tiltak, organisering av utdanningen osv. Men oppnåelsen av målene henger også sammen med forhold svom ikke så enkelt lar seg styre gjennom politiske virkemidler: hvor mange som søker seg til de ulike utdanningene, hvor mange som faktisk søker seg til stillingene innenfor kommunal pleie og omsorg, eller individuelle beslutninger om å fortsette i jobben, slutte å arbeide eller søke seg over til andre arbeidsområder. Trolig vil tilgangen på utdanningsøkere og personell være den mest kritiske faktoren framover, til tross for tiltak for å øke interessen for disse utdanningene, f.eks. Aksjon helsefagarbeider. Det er uklart hvilken effekt slike kampanjer har, og i hvilken grad søkingen ville ha vært enda svakere uten denne aksjonen.

Målstrukturen i Kompetanseløftet er kompleks, med en blanding av delmål og virkemidler. Det er mer sannsynlig at denne kompleksiteten har vært en fordel enn en ulempe. Dette kan ha gitt fleksibilitet som er viktig, ikke minst med tanke på hvor avgjørende implementeringen på lokalt



nivå er. Evalueringens hovedfokus har vært implementering og måloppnåelse, ikke selve målene. Vi vil likevel peke på at det er overraskende at Kompetanseløftet 2015 ikke inneholder eksplisitte målformuleringer i forhold til å dekke kommunenes behov innenfor planen. Ikke minst ville det ha vært nærliggende å bidra til å utlikne eventuelle forskjeller mellom kommuner i personellinnsats og kompetanse i forhold til behovene i brukergruppene.

## 5.2 Noen kritiske faktorer

### 5.2.1 Tilgang av høgskoleutdannet personell

I den perioden vi har undersøkt, har det vært en klar økning i andelen med høyere utdanning, og spesielt blant sykepleiere. Både opptaket til, og antall uteksaminerte fra, sykepleierutdanningen har vært høyt gjennom de siste årene. Ser vi hele helsesektoren under ett, blir det neppe noen knapphet på sykepleiere med det første. Derimot kan det være vanskelig å få sykepleierne til å arbeide innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, siden mange prioriterer å arbeide ved sykehus. Hvordan kan man legge til rette for å gjøre pleie- og omsorgssektoren mer attraktiv? I hvilken grad kan dette påvirkes av Samhandlingsreformen?

### 5.2.2 Svak rekruttering av helsefagarbeidere

I 2010 ble det utdannet vel 1400 helsefagarbeidere. Men dette er på langt nær nok til å kompensere for at hjelpepleierutdanningen er borte. Totalt sett ble antall nyutdannede med videregående helse- og sosialfaglig utdanning mer enn halvert fra 2008 til 2010. Selv om vi forutsetter at antall nyutdannede helsefagarbeidere vil øke, er det på kort sikt vanskelig å se at antallet vil komme opp på det samlede nivået som for bare et par år siden.

Det er nok søkere til helse- og sosialfag, men få søker seg til læreplassene. Vi trenger ti nye elever i helse- og sosialfag for å få inn én ny lærling i helsearbeiderfaget, spesielt fordi nesten

halvparten av elevene går over til påbygg til studieforberedende. Hvorvidt det hadde vært mulig å tilby mange nok læreplasser dersom flertallet av elevene søkte seg i lære, er et annet spørsmål. Når man samtidig har lagt ned hjelpepleierutdanningen, som ikke minst rekrutterte mange voksne elever, er rekrutteringsbasisen til det faglærte nivået blitt kraftig svekket. Veksten i antall årsverk med utdanning som hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider har stoppet opp etter 2008.

Alt tyder på at rekrutteringen av personale med fagutdanning på dette nivået vil bli den mest kritiske faktoren framover. Som evalueringen tidligere har vist er det fremdeles slik at de fleste som rekrutteres til pleie- og omsorgssektoren er uten godkjent helsefaglig utdanning. Utfordringen består i å etablere kvalifiseringsveier for disse som er attraktive både for dem det gjelder og for kommunene.

### 5.2.3 Regionale forskjeller

Vi finner store regionale forskjeller i bemanning og kompetanseprofil. Hvorvidt dette er en ren tilpasning til lokale behov, er vanskelig å vite. Vi ser også visse tegn til at forskjellene utjevnes. Men det er også et spørsmål om en viss «Matteus-effekt» gjør seg gjeldende, og at kommuner med god bemanning også er de mest aktive i arbeidet med ytterligere rekruttering.

Selv om større kommuner lykkes bedre enn de minste, ser vi også at de største byene har spesielle utfordringer. Oslo har f.eks. langt lavere kompetanseprofil enn landsgjennomsnittet. Dette viser på den ene siden at de minste kommunene har vansker med å finne arbeidskraft med riktig kompetanse, mens konkurransen fra andre deler av arbeidsmarkedet svekker pleie- og omsorgssektorens attraktivitet i de store byene.

## 5.3 Perspektivene framover

Det er atskillig uro og mye diskusjon om kostnadene ved eldrebølgen framover (hvordan

dekke utgiftene til pensjoner og til pleie og omsorg). Men knapphet på økonomiske midler er antakelig et marginalt problem i Norge sammenliknet med utfordringene med å rekruttere og kvalifisere personell til alle de jobbene som man regner med vil måtte fylles de nærmeste tiåra. Denne evalueringen har pekt på betydelige rekrutteringsutfordringer til tross for at viktige mål i handlingsplanen er nådd.

I St.meld. 25 (2005–2006) er det gjort beregninger av sysselsettingsbehovet fram mot 2050 gitt ulike forutsetninger. Det er svært store variasjoner i disse anslagene, men hovedbildet er likevel at det er overveiende sannsynlig med et sterkt behov for økt bemanning. De største utfordringene vil komme etter at Kompetanseløftet 2015 er avsluttet, og særlig etter 2020. En må imidlertid ta i betraktning potensialet for innovasjoner i denne sektoren. I et tidsperspektiv på noen tiår kan det derfor tenkes at det er mulig å yte like gode tjenester med et relativt sett lavere bemanningsnivå og med nye krav til kompetanse (NOU 2011:11, Hagenutvalget).

Selv om Kompetanseløftet 2015 i store trekk har vært vellykket, er det langt fra gitt at tilsvarende virkemidler vil være tilstrekkelige til å dekke de økte behovene man regner med fram mot 2030 og videre. Endringer i økonomien og et dårligere arbeidsmarked kan muligens bidra til å gjøre disse jobbene relativt sett mer attraktive, men det er lite å lene seg på. Perspektivene er her forskjellige for personell på ulike kompetansenivåer, og samtidig er det usikkert hvilken kompetanseprofil som vil bli etterspurt.

Det er liten grunn til å anta at målet om å øke andelen med helsefaglig kompetanse blir svekket, men samtidig utgjør fortsatt de ufaglærte en helt nødvendig del av sysselsettingen, og vil trolig fortsette å gjøre det i lang tid framover. Voksne uten fagutdanning utgjør fortsatt en viktig del av rekrutteringspotensialet til jobbene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, selv om det er et mål å erstatte dem med fagutdannet personell. Det er to hovedutfordringer i forhold til

denne gruppen: for det første å gjenoppbygge et attraktivt utdanningstilbud slik at de kan kvalifisere seg, og for det andre å redusere andelen som jobber deltid.

Vi har pekt på at rekruttering av helsefagarbeidere er en kritisk faktor, og det er iverksatt flere forskningsprosjekter som studerer dette. Men det er høyst usikkert om det er mulig å utvikle effektive virkemidler for å påvirke de unges utdanningsveier inn mot dette fagområdet.

Mye av den økte sysselsettingen på alle utdanningsnivåer i pleie og omsorg skyldes innvandring, men dette dekker over høyst ulike fenomener. Vi kan peke på tre hovedfaktorer: For det første har man mobilisert en del bosatte innvandrere til denne delen av arbeidsmarkedet, noe de fleste vil se som udelt positivt. For det andre er det arbeidspendlere, spesielt sykepleiere fra Sverige, som jobber intensive økter mens de er i Norge. Det er ikke gitt at dette vil bli like vanlig om en del år; det avhenger av hvordan norsk og svensk arbeidsmarked og lønnsnivå utvikler seg. For det tredje rekrutteres det en del helsepersonell, til dels sykepleiere, fra mer fjerntliggende land, spesielt Filippinene. En del av disse får ikke jobb som sykepleiere, men har jobber på lavere kompetansenivåer. Mens arbeidspendingen stort sett består av individer som skaffer seg jobber på egenhånd, blir helsepersonell fra mer fjerntliggende land i større grad hentet inn gjennom bemanningsselskaper.

Potensialet for den tredje av disse formene for arbeidsinnvandring er i prinsippet nærmest ubegrenset. Men en kan stille spørsmål om det er riktig å tappe fattige land for kvalifisert helsepersonell som de selv kan ha bruk for. Det er videre et spørsmål om språkbeherskelsen er tilfredsstillende i forhold til å arbeide med pleietrengende.

Ikke bare nyrekruttering vil være en utfordring. Stadig flere sysselsatte i sektoren kombinert med økte behov for faglig oppdatering vil også skape økte behov for etter- og videreutdanning,

også for personer med høyere utdanning. Er insentivene overfor universiteter og høyskoler til å satse mer på etter- og videreutdanning sterke nok? Er det f.eks. nødvendig å gå inn med direkte tilskudd til lærestedene, slik det gjøres i videreutdanningsstrategien for lærere?

Kompetanseløftet har oppnådd mange av sine mål i den første delen av planperioden, og vil trolig også nå mange av målene fram mot 2015, selv om utviklingen nå peker i retning av svekket vekst i forhold til perioden fram til 2008. Det er mer usikkert om en handlingsplan av samme type og finansieringsramme vil være tilstrekkelig

til å møte utfordringene fram mot 2020 og i enda større grad etter det. Alt tyder på at det er tilgangen på kvalifisert personell som vil bli den viktigste knapphetsfaktoren framover, samtidig som behovene etter all sannsynlighet vil øke i en raskere takt enn i den perioden vi er inne i nå. Dette reiser alvorlige spørsmål om hvilke politiske tiltak som kan iverksettes. Opprettelse av nye stillinger eller utdanningsplasser kan – innenfor realistiske økonomiske rammer – vedtas politisk. Det er langt vanskeligere å påvirke etterspørselen etter utdanningsplasser og stillinger. Søkningen til læreplassene i helsearbeiderfaget illustrerer dette.

## Litteratur

- Agenda (2006): "Kompetanseutfordringer i norske kommuner. Strukturelle forskjeller og lokale opplevelser". Rapport R5472 Agenda utredning og utvikling.
- Christensen, Tom, Per Læg Reid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik. 2009. Organisasjonsteori for offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget.
- Econ (2008): "Rekruttering og arbeidskraft i kommunene – en kunnskapsstatus. Econ rapport 2008–128
- Fevang, E., S. Strøm og E.M. Sæther (2008): "Er kommunesektoren og/eller staten lønnsledende? En sammenligning av lønnsnivå for arbeidstakere i kommunal, statlig og privat sektor". I samarbeid med Pricewaterhousecoopers. Rapport 2008/1. Frischsenteret.
- Hagen, T.P., K.N. Amayu, G. Godager, T. Iversen & H. Øien (2011): Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986 – 2010. Oslo, Helseøkonomisk Forskningsprogram. Skriftserie 2011:5
- Helgesen, M., I.M Stigen & Tjerbo, T. (2009): Kompetanseløftet 2015 – kommunenes deltakelse: Erfaringer høsten 2008 NIBR-notat 2009:103 Norsk institutt for by- og regionforskning
- Hægeland, T., O. Raaum & K.G. Salvanes (2007): Pennies from heaven – Using exogenous tax variation to identify effects of school resources on pupil achievement. Oslo, Frisch-senteret, Memorandum 18/2007
- Høst, H. (2012): Når tilbudet bestemmer hva man har behov for. Pleie- og omsorgssektoren som case. I Håkon Høst: Tradisjonelle utfordringer – fornyet interesse: Hvordan er de nordiske lands yrkesutdanninger i stand til å møte arbeidslivets behov? København. Nordisk Ministerråd.
- Høst, H., C.Å. Arnesen, T. Næss & P.O. Aamodt (2010): Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 2. Oslo, NIFU STEP rapport 3/2010
- Høst, H., C.Å. Arnesen, T. Næss & P.O. Aamodt (2009): Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 1. Oslo, NIFU STEP rapport 12/2009
- Kjellberg, F. og M. Reitan (1995): Studiet av offentlig politikk – en innføring
- Lowi, T. (1964): "American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory". I World Politics 16(4):677–715
- Lowi, T. (1972): "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". Public Administration Review. 32(2):298–310
- NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg. (Hagenutvalget)
- Nyen, Torgeir (2011): Har vi lærefag som er relevante for kommunesektoren? Oslo. Fafo.
- Stigen, I.M & T. Tjerbo (2011): Evalueringen av Kompetanseløftet: Underveisnotat nr. 2. NIBR-notat 2011:108 Norsk institutt for by- og regionforskning
- Stigen, I.M., Helgesen, M. & T. Tjerbo (2011): Fylkesmenneskenes og kommunenes arbeid med Kompetanseløftet 2015: Om muligheter og begrensninger i et flernivåsystem. NIBR-notat 2011:107 Norsk institutt for by- og regionforskning
- Tjerbo, T., P.O. Aamodt, I.M. Stigen, M. Helgesen, T. Næss, C.Å. Arnesen, H. Høst og N. Frølich (2012): Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting.
- Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015. NIBR-rapport 2012:3 Norsk institutt for by- og regionforskning

- Van Meter, D.S. & C.E. Van Horn (1975): "The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework" I *Administration and Society* 6(4): 445–488
- Vibe, N., S.S. Brandt & E. Hovdhaugen (2011): *Underveis i videregående opplæring. Evaluering av Kunnskapsløftet. Underveisrapport fra prosjektet «Struktur, gjennomføring og kompetanseoppnåelse»*. Oslo, NIFU rapport 19/2011
- Aamodt, P.O., H. Høst, C.Å. Arnesen & T. Næss (2011): *Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 3*. Oslo, NIFU rapport 1/2011





Denne rapporten inneholder et sammendrag av prosjektet «Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Kompetanseløftet 2015 er en nasjonal handlingsplan for å styrke rekruttering og kvalifisering av personell til den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Planen ble lansert i Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening.

Oppgaven med å evaluere handlingsplanen ble gitt til NIBR og NIFU, som deler på arbeidsoppgavene i prosjektet. NIFU har blant annet hovedansvaret å belyse hvordan måltallene er blitt oppfylt, mens NIBR har hatt sitt hovedfokus spesielt på hvordan Kompetanseløftet er blitt implementert i kommunene, men også på samspillet mellom de ulike aktørene. Evalueringen trekker veksler på mange ulike datakilder, og anvender både kvantitative og kvalitative metoder.

Underveis i evalueringen er det publisert seks underveisrapporter:

- Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 1. NIFU STEP rapport 12/2009
- Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 2. NIFU STEP rapport 3/2010
- Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 3. NIFU rapport 1/2011
- NIBR, underveisnotat nr. 1 (2009)
- NIBR, underveisnotat nr. 2 (2011)
- NIBR, underveisnotat nr. 3 (2011)

En sluttrapport med oppsummering av de viktigste resultatene fra evalueringen foreligger i rapporten: *Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015.* NIBR-rapport 2012:3 Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning

