

Følgeevaluering av Kompetanseløft 2020

Sluttrapport



FORFATTERE

Lisbet Grut og Jan-W. Lippestad, SINTEF; Lars Chr. Monkerud, NIBR; Dorothy Sutherland Olsen, Kjersti Nesje og Per Olaf Aamodt, NIFU

OPPDRAKSGIVER

Helsedirektoratet

OPPDRAKSGIVERS REF.

16/27840-9/Sigrun Heskestad

PROSJEKTNR
102014768

ANTALL SIDER: 60

SAMMENDRAG

Dette er sluttrapport for følgeevalueringen av Regjeringens plan for faglig styrking av helse- og omsorgstjenestene i kommunene, *Kompetanseløft 2020*. Evalueringen viser at Kompetanseløft 2020, om enn ikke alene, har hatt betydning for en positiv faglig utvikling i sektoren. Det er forskjeller mellom fylkene og mellom små og store kommuner. Det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet er relevant og treffsikkert. Statsforvalterne er viktig i samhandlingen med kommunene. Stadig flere kommuner inngår i interkommunale samarbeid for å møte de utfordringene de står overfor. Samhandlingsreformen stiller krav til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og kommunene ser betydningen av å arbeide kontinuerlig og systematisk med rekruttering og kompetanse- og lederutvikling, og det er i gang en rekke samarbeidprosjekter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å møte utfordringene. Store statlige program, som Kompetanseløft 2020, kan sees som et insitament som stimulerer kommunene til målrettet og systematisk arbeid, og der modellen for samfinansiering stat - kommune forplikter kommunene til også å sette av egne midler. Det kan tolkes som et "mykt" styringsinstrument fra statlig hold ved at slike planer og program, og der det følger med finansiering, definerer tiltak som skal løftes fram og gis prioritet. Kompetanseløft 2020 stimulerer også samarbeid mellom forvaltningsnivåer, ikke minst relasjonen Statsforvalter og kommunene.

KONTROLLERT AV
Line Melby

SIGNATUR

Line Melby (Jun 25, 2021 14:42 GMT+2)

GODKJENT AV
Arne H. Eide

SIGNATUR

Arne H Eide (Jun 25, 2021 21:10 GMT+2)

RAPPORTNR
2021:00703

ISBN
978-82-14-07630-1

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Innholdsfortegnelse

Forord.....	6
1 Innledning.....	7
1.1 Mål, strategier og virkemidler i Kompetanseløft 2020	7
1.2 Kunnskapsgrunnlag	9
2 Evalueringsoppdraget.....	13
3 Analytisk tilnærming.....	13
4 Metodisk tilnærming i delstudiene og datakilder	15
4.1 Registerstudien og -data	15
4.2 Spørreskjemaundersøkelse	16
4.3 Casestudien - intervjuer	16
4.4 Rekruttering av psykologer til kommunene.....	17
4.5 Evalueringsspørsmålene som skal besvares.....	17
5 Resultater	18
5.1 Oppsummert fra spørreskjemaundersøkelsene	18
5.2 Oppsummerte fra case-studiene - intervjuundersøkelsene	19
5.3 Oppsummering av evaluering av tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene	21
6 Kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.....	22
6.1 Innledning.....	22
6.2 Hovedtendenser: Endringer i sysselsatte, antall årsverk og kompetanse	24
6.3 Sysselsattes avtalte arbeidstid	28
6.4 Kort om bakgrunnskjennetegn hos sysselsatte: Alder og innvandrersstatus.....	31
6.5 Spesielt om forskjeller mellom fylker og store og små kommuner	33
6.6 Registerundersøkelsen oppsummert	42
7 Avslutning – evalueringsspørsmålene.....	44
7.1 Overordnet om funnene i evalueringen.....	44
7.2 Bidrar virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 til å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene i de seks strategiene?.....	44
7.2.1 Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd – relevans og treffsikkerhet.....	46
7.2.2 Statsforvalterens rolle	46
7.2.3 Rekruttering og kompetanse i kommunehelsetjenesten – utfordringer for kommunene som følge av samhandlingsreformen.	47
7.2.4 Særlige utfordringer for små kommuner	48

7.2.5	Interkommunalt samarbeid.....	49
7.2.6	Kompetanseløft 2020 og lederutvikling	49
7.2.7	Kontinuerlig og systematisk arbeid med kompetanse og rekruttering.....	50
7.3	Er midlene relevante?	50
7.3.1	Kompetanseløft 2020 og utdanningsinstitusjonene	51
7.3.2	Kompetanseløft 2020 – forskningskompetanse og samarbeid med forskningsinstitusjoner	51
7.3.3	Kommuneøkonomiens betydning for deltakelsen i Kompetanseløft 2020.	52
7.3.4	Fører Kompetanseløft 2020 til en mer brukerorientert tjeneste?.....	52
7.3.5	Kontekstuelle forhold som virker i samme retning som Kompetanseløft 2020	53
8	Kompetanseløft 2020 som styringsverktøy.....	55
	REFERANSER.....	57
	Vedlegg 1: Yrkeskategorier i kommunehelsetjenesten.....	62
	Vedlegg 2: Spørreskjema til kommunene	63

Tabelloversikt

Tabell 7.1:	Sysselsatte og antall årsverk.....	24
Tabell 7.2:	Antall årsverk i kommunehelsetjeneste og pleie og omsorg	24
Tabell 7.3:	Antall årsverk etter kompetansenivå	25
Tabell 7.4:	Årsverk etter kompetansenivå. Prosent.....	26
Figur 7.1:	Årsverk etter kompetansenivå. 2015 - 2019. Prosent av totale årsverk.....	26
Tabell 7.5:	Årsverk i kommunehelsetjenesten og pleie og omsorg. 2019. Absolutte tall og prosent ..	27
Tabell 7.6:	Årsverk etter kompetanse og fylke 2019. Prosent	28
Figur 7.2:	Sysselsatte etter avtalt arbeidstid 2015-2019. Prosent	29
Figur 7.3:	Gjennomsnittlig arbeidstid 2015-2019. Prosent av hel stilling	29
Tabell 7.7a:	Gjennomsnitt arbeidstid etter kompetansenivå, kommunehelsetjenesten. Prosent av hel stilling	30
Tabell 7.7b:	Gjennomsnitt arbeidstid etter kompetansenivå, pleie- og omsorg. Prosent av hel stilling	30
Tabell 7.8:	Gjennomsnittlig arbeidstid etter fylke 2015-2019	31
Tabell 7.9:	Årsverk etter alder og kompetanse. 2019	32
Figur 7.4:	Årsverk etter alder og kommunestørrelse	32
Tabell 7.10a:	Andel med innvandrerbakgrunn i kommunehelsetjenesten. Etter kommunestørrelse. 2015-2019	33
Tabell 7.10b:	Andel med innvandrerbakgrunn i pleie- og omsorg. Etter kommunestørrelse. 2015-2019	33
Tabell 7.11:	Antall årsverk etter fylke. 2015-2019	34
Tabell 7.13:	Årsverk i fylkene fordelt på kommunehelse og pleie- og omsorgstjenesten. 2019.....	36

Tabell 7.14: Fordelingen av årsverk mellom kommunehelsetjenesten og pleie og omsorg etter kommunestørrelse. 2019	37
Tabell 7.15: Årsverk etter kommunestørrelse og kompetansenivå. 2019. Prosent	37
Tabell 7.16: Antall årsverk per 1000 innbyggere etter kommunestørrelse. 2015-2019.....	38
Tabell 7.17: Antall årsverk per 1000 innbyggere etter fylke. 2015-2019.....	38
Tabell 7.18: De 20 kommunene med flest årsverk per 1000 innbyggere 2015-2019.....	39
Tabell 7.19: de 20 kommunene med færrest årsverk per 1000 innbyggere. 2015-2019	40
Tabell 7.20: De 20 kommunene med sterke vekst i antall årsverk. 2015 - 2019	41
Tabell 7.21: De 20 kommunene med sterke reduksjon i antall årsverk 2015 – 2019.....	41

Figuroversikt

Figur 7.1: Årsverk etter kompetansenivå. 2015 - 2019. Prosent av totale årsverk.....	26
Figur 7.2: Sysselsatte etter avtalt arbeidstid 2015-2019. Prosent	29
Figur 7.3: Gjennomsnittlig arbeidstid 2015-2019. Prosent av hel stilling	29
Figur 7.4: Årsverk etter alder og kommunestørrelse	32

Forord

I denne rapporten presenteres resultater fra følgeevalueringen av regjeringens satsing Kompetanseløft 2020. Evalueringen er gjennomført som et samarbeid mellom forskere fra forskningsinstituttene SINTEF, NIBR og NIFU. Forskerne fra de tre instituttene har samarbeidet tett, men har fordelt ansvaret for de ulike arbeidspakkene mellom instituttene på bakgrunn av kompetansen.

Oppdragsgiver har vært Helsedirektoratet avdeling Kommunale helse- og omsorgstjenester.

Evalueringen har gått over fem år, og omfatter både analyse av registerdata, spørreskjemadata og kvalitative intervjudata. Oppdraget har dreid seg om å stille spørsmål om Kompetanseløft 2020 er formålstjenlig og bidrar til en faglig sterk og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Målet for evalueringen har vært å bidra til å forstå hva Kompetanseløft 2020 har betydd for å styrke kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Vi har levert flere delrapporter underveis (Nesje mfl. 2018; Kaspersen mfl. 2018; Grut mfl. 2019; Grut mfl. 2020). Det ble også gjort en egen analyse av midler til rekruttering av psykologkompetanse i kommunene i evalueringens første år (Kaspersen mfl. 2018).

Vi takker for oppdraget, som har vært både spennende og interessant.

På vegne av prosjektgruppen:



Lisbet Grut

Prosjektleder

1 Innledning

Formålet med Kompetanseløft 2020 har vært å bidra til en faglig sterk helsetjeneste i kommunene og sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2020 er ett av flere initiativ for å ivareta behovet for videre utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppdragsgiver for evalueringen beskriver Kompetanseløft 2020 slik:

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Planen er lagt fram i del III av statsbudsjettet for 2016 (Prop. 1S (2015-2016)). Kompetanseløft 2020 er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelsetjenestemeldingen)*, Omsorg 2020 (regjeringens plan på omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020) og Prop. 15S (2015-2016) *Opptappingsplanen for rusfeltet*.

1.1 Mål, strategier og virkemidler i Kompetanseløft 2020

En framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste i kommunene skal være grunnmuren i *pasientens helsetjeneste*, noe som blant annet også ligger til grunn for primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)). Befolkningen har mer omfattende og sammensatte behov for tjenester enn tidligere. Dette krever nytenkning og omstilling. Det påvirker kompetansebehovet, og det krever godt lederskap og nye måter å samarbeide og organisere tjenestene på. Kompetanseløft 2020 skal bidra til at kommunene kan møte de utfordringene de her står overfor. For å skape en helhetlig tjeneste i tråd med framtidens primærhelsetjeneste, ble Kompetanseløft 2020 utvidet i forhold til tidligere Kompetanseløftet 2015 til å omfatte kompetanse-, fagutviklings- og rekrutteringstiltak for hele den kommunale helsetjenesten¹. Kompetanseløftet 2015 var rekrutterings- og kompetanseplan under Omsorgsplan 2015 for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Kompetanseløft 2020 har videreført flere av tiltakene fra Kompetanseløftet 2015. Behovet for en helhetlig tilnærming til stadig mer kunnskapsbaserte og faglig sterke tjenester for brukere med komplekse tilstander har vært førende.

¹Kommunehelsetjenesten er en samlebetegnelse på alle helsetjenester kommunene har ansvar for å drive: Fastlegeordningen, legevakt/medisinsk akuttberedskap, helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste, habilitering og rehabilitering på den ene siden (helsetjenester), og helsetjenester i hjemmet, herunder personlig assistanse og praktisk bistand, og institusjonstjenester på den annen side (andre helse- og omsorgstjenester / pleie- og omsorgstjenester). Jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Kompetanseløft 2020 har bestått av seks politisk vedtatte strategier med over 50 ulike tiltak, hvorav noen er oppført under flere strategier. Strategiene har vært:

- i. sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
- ii. sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset det tjenestene trenger
- iii. øke kompetansen hos ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- iv. legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
- v. bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
- vi. bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt kompetanse for ledere.

Kompetanseløft 2020 skal bidra til at kommunene kan møte utfordringer skissert i blant annet St.Meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* og Meld. St. 26 (2014-2015) *Primærhelsemeldingen*. De samlede utfordringene til kommunene skal møtes med mer tverrfaglig samarbeid og en praksis som er mer kunnskapsbasert og faglig sterk, slik at faglige avgjørelser blir basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Tiltak og virkemidler i Kompetanseløft 2020 har i stor grad bestått av økonomiske insentiver, herunder tilskuddsordninger *Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd*, som forvaltes av Helsedirektoratet og formidles til kommunene via Statsforvalterne (tidligere Fylkesmannen). Tilskuddsordningen har vært det viktigste virkemiddelet rettet mot kommunene: tjenestene, lederne og de ansatte. Hovedmålet har vært å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle "*bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og å gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtid utfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet*". Helsedirektoratet legger årlige føringer for hvilke områder som skal prioriteres, ut over det som er skissert i "Regelverk for tilskuddsordning. Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd": *Informasjon til kommunene om kriterier for å bli prioritert i tilskuddsordninger knyttet til Leve hele livet*. I brev fra Helsedirektoratet² ble det presisert at "*for å nå målene i reformen Leve hele livet er vi avhengig av at kommunene gjennomfører reformen lokalt. Derfor er det i Prop. 1 S (2020-2021), jf. Innst. 11 S (2020-2021) vedtatt at de kommunene som omstiller seg i tråd med reformen vil bli prioritert innenfor en rekke relevante tilskuddsordninger fra og med 2021*".

Fra denne ordningen har kommunene kunnet søke Statsforvalteren om tilskudd til rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling, kunnskapsbasert praksis og innovasjon. Kompetanseløft 2020 inneholdt i tillegg også øremerkede midler til rekrutteringstiltak rettet mot bestemte fag-/yrkesgrupper, herunder psykologer, helsefagarbeidere og sykepleiere, og også tilskudd til blant annet anskaffelsesoppdrag som innebærer at Helsedirektoratet, gjennom offentlige anskaffelser, kan inngå avtaler med fagmiljøer om utvikling og spredning av formell utdanning, kurs, opplæringsmaterieill mv.

² Brev fra Helsedirektoratet til alle landets kommuner, 9. januar 2021

for ansatte i tjenestene. Fagmiljøer som utfører denne type oppdrag er fagskoler, høgskoler og universitet og nasjonale og regionale kompetansesentre³ og kompetansetjenester.

De samlede utfordringene til kommunene skal møtes med mer tverrfaglig samarbeid og en praksis som er mer kunnskapsbasert. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten definerer kunnskapsbasert praksis som *"faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon"*. Ansatte med høy formell fagkompetanse baserer sitt arbeid på formalutdanning, praksiskunnskap og innsikt i pasientens ønsker og behov. Tanken er at en kunnskapsbasert praksis vil styrke kvaliteten i tjenestene og bidra til en mer pasient-/brukerrettet tjeneste. I denne sammenhengen er formell utdanning grunnleggende, og dette har vært et viktig virkemiddel i Kompetanseløft 2020.

Kvalitet er et mangedimensjonalt begrep med et bredt sett av kjennetegn og indikatorer. Et eksempel på hvordan kvalitet forstås finner vi i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rygh mfl. 2010): *"Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helse relatert velferd, og tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap."*

Denne forståelsen viser til indikatorer som *struktur* (rammer, ressurser kompetanse, utstyr og fasiliteter), *prosess* (aktiviteter og prosedyrer) og *resultater* (pasienttilfredshet og gevinster). Kompetanseløft 2020 har primært handlet om struktur, og en forventning om at økte rammer, ressurser og kompetanse vil føre til bedre tjenester, og dermed også styrke prosess og resultat, - noe som igjen er knyttet til dimensjonene *tjenester som er virkningsfulle, trygge, sikre, involverer brukere, er samordnet og preget av kontinuitet, og utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt* (Helsedirektoratet 2018).

1.2 Kunnskapsgrunnlag

Kommunene spiller en sentral rolle i å løse en ekspanderende befolknings helseutfordringer. De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunene tilbys nødvendig helsehjelp (jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). *Generalistprinsippet* ligger til grunn for de kommunale tjenestene, og er et uttrykk for at alle skal ha tilgang til samme tjenester uavhengig av hvor de bor. Tjenestene er altså universelle.

På samme måte vil helsepersonell i kommunale helsetjenester ofte måtte være generalister, og utøve en generalisert praksis, spesielt utenfor de store byene (Isaksen, 2017). Tilbudet i kommunene spenner vidt, og kravet til kompetanse tilsvarende. Tjenestene skal fange opp bredden i befolkningens behov gjennom instanser som helsestasjon, skolehelsetjeneste, tannhelsetjeneste, fastlege, svangerskap- og

³ Kompetansesentrene finansieres med tilskudd fra helsemyndighetene. De skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i relevante tjenester og sektorer av relevans for senterets kompetanseområde og målgrupper, bistå tjenestene med blant annet å bygge opp og formidle kompetanse, drive veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning, undervisning, implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og tjenesteutvikling.

barselomsorg, akuttmedisinske tilbud, sykehjem, hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste, rehabiliteringstilbud samt psykiatri- og rustilbud (Hanssen og Helgesen 2011). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gradvis ekspandert. Flere oppgaver har kommet til, og ideen om at befolkningens helse best ivaretas lokalt har bred forankring. Økt oppmerksomhet mot lokalbasert rehabilitering og psykisk og fysisk forebyggende folkehelsearbeid er også en del av dette. Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009)) er et uttrykk for dette ved at det legges vekt på at de primære målene er å sørge for at befolkningen skal få hjelp der de bor, at flere ressurser skal rettes mot forebygging lokalt i kommunene, og at kommunikasjonen og koordineringen mellom ulike instanser skal bedres, og spesielt kommunikasjonen mellom sykehus og kommune.

Demografiske endringer, som økt antall og andel eldre og innvandrere, økt sosial ulikhet i helse (Dahl, Bergsli og van der Wel 2014) og endringer i befolkningens sykdomsbilde og omsorgsbehov ved at flere lever lenger med kroniske sykdommer, fører til nye utfordringer. Samtidig ventes ikke tilsvarende økning i arbeidsstyrken. Dette, og samfunnsutviklingen generelt, stiller derfor større og nye krav til helse- og omsorgstjenestene. Dette tilsier behov for både økt produktivitet, kompetanseutvikling og nye samarbeids- og organisasjonsformer. For å løse disse utfordringene vil det kreves langvarig og samordnet innsats fra flere ulike tjenesteområder. Brukerperspektivet løftes stadig fram i helsereformer og satsinger, blant annet i primærhelsemeldingen. Det forventes at tjenestene må omstilles med en sterkere involvering og deltakelse fra pasienter, brukere, pårørende og frivillige.

Kompetanse er et nøkkelbegrep i denne sammenhengen. I NOU 2018:2 defineres kompetanse i tråd med OECD (2016), der begrepet forstås som evnen til å mobilisere kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier i en refleksiv læringsprosess. Også Meld. St. 16 (2015-2016) beskriver kompetanse som et flerdimensjonalt begrep ved at det er summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger, og hvordan disse anvendes i et samspill. Hynne og Kvangarsnes (2014) refererer til Manley og Garbett (2000) som i tillegg inkluderer evne til å tilegne seg nye ferdigheter og kunnskap i kompetansebegrepet. Innenfor denne tolkningen vil det være slik at jo høyere kompetanse en person besitter, jo mer sannsynlig vil det være at personen enkelt vil kunne tilegne seg ytterligere kunnskap og kompetanse. Hynne og Kvangarsnes viser også til McMullan mfl. (2002) som vektlegger den dynamiske og relasjonelle dimensjonen i kompetansebegrepet. Ut fra dette forstår vi at kompetanse er tett knyttet til praksis, og kompetanse utvikles ikke alene, men i et faglig fellesskap der både arbeidskultur og fagkultur er viktige elementer.

Flere viktige reformer er gjennomført i helse- og velferdssektoren de senere årene, og en rekke stortingsmeldinger og strategier analyserer viktige problemområder og foreslår nye tiltak i tjenestene. Et gjennomgående tema er behovet for smidigere organisering der samarbeid mellom yrkesgrupper og koordinering mellom tjenesteenheter både horisontalt og vertikalt fremheves. Det pekes på at det trengs mer kunnskap om effekter av ulike tiltak, hvilke forhold som er en forutsetning for og bidrar til disse effektene, og hvordan ny kunnskap og innovasjoner kan iverksettes for å utvikle tjenestene. Både primærhelsemeldingen og samhandlingsreformen legger vekt på at det er nødvendig å utvikle en mer tverrfaglig og teambasert tjeneste for å bli bedre til å tilby helhetlig behandling, der hovedansvaret for behandling og oppfølging ligger i kommunen. Utfordringene krever både bedre og mer spesialisert kompetanse og andre (sam)arbeidsformer. Det ligger derfor sterke føringer fra helsemyndighetene om

å satse på utdanning og å jobbe på andre måter enn i dag for å tilby gode nok tjenester. Dette stiller den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor både ressurs- og kapasitetsutfordringer, kunnskap- og kompetanseutfordringer, og organisasjons- og samhandlingsutfordringer.

Evalueringen av Kompetanseløftet 2015 viste at kommunene arbeider kontinuerlig for å bedre kompetansen i sine pleie- og omsorgstjenester, og at Kompetanseløftet 2015 var et viktig prosessuelt og pedagogisk virkemiddel som hjalp kommunene til å lykkes med å heve kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene (Tjerbo, mfl. 2012; Helgesen mfl. 2016). Det ble en økning i antallet stillinger i kommunenes pleie- og omsorgstjenester, assistenter uten helsefaglig utdanning fikk muligheten til å ta grunnutdanning, og personell med relevante grunnutdanninger fikk mulighet til videre- og etterutdanning. Samtidig viste analysene av Kompetanseløftet 2015 at det var forskjeller mellom kommuner knyttet til geografisk lokalisering og regionale arbeidsmarkeder, der både små, perifert lokaliserte kommuner og store sentrale kommuner har høy avgang fra tjenesten og dermed spesielle utfordringer knyttet til rekruttering. Det ble også vist til utfordringer knyttet til ledelse i sektoren (Helgesen, mfl., 2016). Vi vet at det er forskjeller mellom kommuner i organisering og samhandling (Paulsen, Lippestad og Johnsen, 2010). Mindre kommuner er gjerne preget av tette, uformelle relasjoner, mens større kommuner praktiserer mer profesjonalisert forvaltning med mer vekt på organisatoriske tiltak og byråkratiske styringsformer. Både i Norge og i andre land legges det vekt på å utvikle tjenester som i større grad jobber i og med lokalsamfunnet, og som er lett tilgjengelig for befolkningen (Newman, O'Reilly, Lee, and Kennedy, 2015).

Fastleger er jevnt over for lite integrert i øvrig kommunehelsetjeneste, viser både Regjeringen (2011) og Bjørnhaug og Skyvulstad (2018). Både fastleger og annet omsorgspersonell generelt har lite kunnskap om eldremedisin og lite kunnskap om helseimplikasjoner knyttet til livslang funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer (Grut og Kvam, 2012; Grut, Myrvang og Thorsen, 2010). Det er et gap mellom den kunnskapen man forventer at kommunale tjenester skal ha og den de faktisk har (Bing-Johnson, Foss og Bjørk, 2015). Over flere år var det en reduksjon i ressurser til helsestasjoner og skolehelsetjeneste. De senere årene ser det ut til at utviklingen har snudd, og det har vært en styrking av blant annet helsestasjoner for ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet: "Snakk om det!"). Undersøkelser av helsetilbudet til "svake grupper", for eksempel innvandrere (Grut, Tingvoll og Hauff, 2006; Magelssen, 2012) og pasienter med psykisk sykdom og rusproblemer (Ose og Kaspersen, 2015), viser imidlertid at kommunene ikke følger opp innbyggernes behov godt nok, både når det gjelder kompetanse, ressurser og type tiltak. Kommunene selv oppgir at samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunale omsorgstjenester er det viktigste tiltaket for å styrke disse tjenestene.

En undersøkelse av storbykommuners samhandling med spesialisthelsetjenesten viste at det er en tendens til å avgrense kontakten med spesialisthelsetjenesten til oppfølging etter at pasientene er ferdigbehandlet i sykehus (Paulsen, Lippestad og Rohde, 2013). Kunnskapsutvikling, nye produkter, tjenester og teknologiske løsninger kan møte mange av utfordringene som helse- og omsorgssektorene står overfor. Samtidig skaper den teknologiske utviklingen i seg selv nye og ressurskrevende utfordringer og oppgaver knyttet til organisering, kompetanseutvikling, datasikkerhet og etisk aktsomhet. Initiativ knyttet til bruk av velferdsteknologi i kommunal tjenesteytingen viser at ønsket

om å effektivisere tjenester uten å øke bemanningen tilsvarende er en viktig motivasjonsfaktor for mange kommuner, og mange kommuner prøver nye løsninger ut fra ønsket om å vinne erfaring med forskjellig former for teknologi, og hvordan teknologien kan påvirke kompetansebehovet og tjenesteorganiseringen (Grut mfl., 2013; Røhne mfl., 2016).

2 Evalueringsoppdraget

Evalueringen av Kompetanseløft 2020 skal belyse fire overordnede spørsmål:

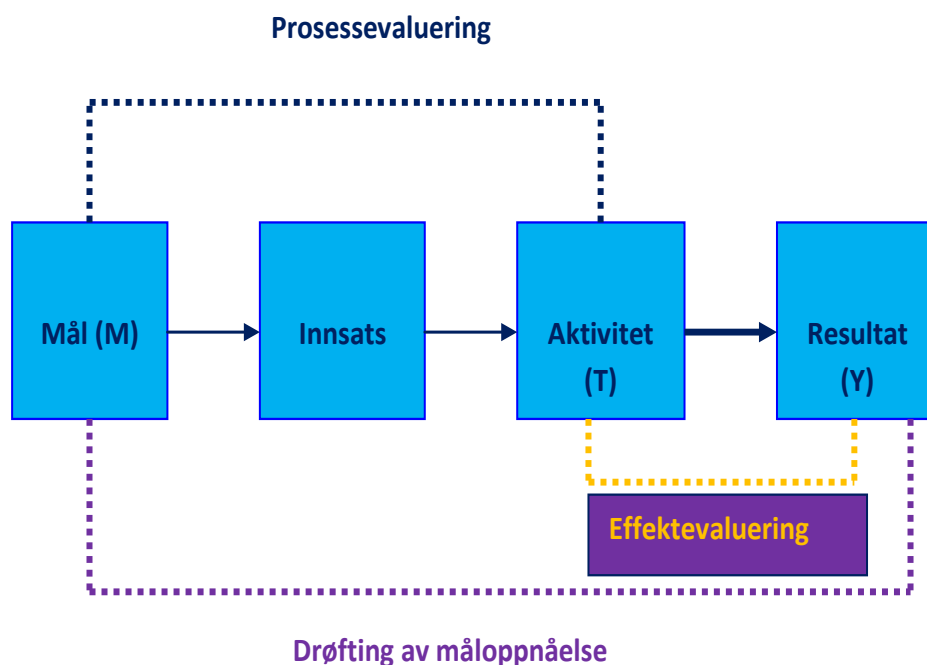
- 1) I hvilken grad får de kommunale helse- og omsorgstjenestene til rekruttering, kompetanseheving, styrket ledelse, innovasjon og fag- og tjenesteutvikling i tråd med strategiene for Kompetanseløft 2020?
- 2) På hvilken måte arbeider kommunene for å få til dette og er det forskjeller mellom kommuner og innen ulike fag- og tjenesteområder i kommuner?
- 3) Er virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 formålstjenlige for å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene til de seks strategiene?
- 4) I hvilken grad og på hvilken måte bidrar Kompetanseløft 2020 og dens tiltak til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene, jf. intensjon i Primærhelsetjenestemeldingen om «pasientens helsetjeneste»?

3 Analytisk tilnærming

Kompetanseløft 2020 er en sammensatt satsing som består av flere virkemidler som innbyrdes er svært ulike, og som iverksettes til ulike tider og av ulike aktører i løpet av de fem årene satsingen varer. I følgeevalueringen har vi sett på *Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd*, som er det tiltaket som er viktigst for kommunenes kompetanseutvikling. Evalueringen bygger på en kombinasjon av elementer fra flere evalueringsteoretiske tilnærminger (Mathison, 2004). Evalueringsspektivet er en kritisk-konstruktiv tilnærming der tilbakeføring av kunnskap til feltet underveis har vært viktig. Kunnskapsformidlingen har vært gitt i møter med oppdragsgiver og gjennom åpent tilgjengelige rapporter underveis. Tilnærmingen i denne typen evalueringer er dynamisk og kombinerer pragmatisk evaluering med refleksjonsprosesser (Sletterød, 2000; Finne, Levin og Nilssen (1995). Vi har derfor studert både prosess (om tiltakene er blitt gjennomført som planlagt) og resultat (om tiltakene førte til et forventet resultat og hvilke effekter det er mulig å spore) (Kjellberg og Reitan, 1995). Vi har sett etter kunnskap om måloppnåelse, resultater og effekter av tiltak, og samtidig studert implementeringsprosessen.

Dimensjonene *prosess* og *resultat* er organiserende for de fire evalueringsspørsmålene. Helt overordnet har vi belyst «*I hvilken grad*» Kompetanseløft 2020 har vært vellykket (*resultatorientert*), og i tilfelle, «*på hvilken måte*» (*prossessorientert*). Å spørre etter effekter av sosial-politiske intervensjoner er metodisk komplisert. Selv om vi har sett etter endring i eksempelvis antall sysselsatte i løpet av evalueringsperioden vil ikke dette nødvendigvis bare kunne tilskrives tiltakene i Kompetanseløft 2020. Mange kontekstuelle forhold spiller inn og vil ha påvirket resultatene, for eksempel kommunesammenslåinger, interkommunalt samarbeid, andre tiltak og prosjekter som er rettet mot kvalitet og effektivitet i tjenestene, forhold på arbeidsmarkedet og i utdanningsinstitusjoner. Den prosessorienterte dimensjon (*på hvilken måte*) omhandler en beskrivelse av

hvordan satsingen er gjennomført og hvordan kommunene vurderer betydningen av satsingen og tiltakene. Eksempel på kontekstuelle forhold kan være ulike typer seleksjonseffekter: Det kan tenkes at kommuner som nyttiggjør seg et tiltak (enten gjennom selvseleksjon eller ved at overordnede instanser plukker ut bestemte kommuner) også kan være kommuner som ville ha størst sannsynlighet for gode resultater selv uten at tiltaket ble satt i verk. Deltagelse i andre og tematisk tilgrensende prosjekter er også eksempel på et kontekstuelte forhold som vil kunne ha betydning. Det kan også tenkes at kommuner som har erfaring fra å delta i tiltaks- og utviklingsprosjekter nyttiggjør seg et tiltak bedre enn andre kommune, både fordi erfaring med prosjektarbeid representerer læring i seg selv og ved at de har opparbeidet faktakunnskap som har overføringsverdi. For å belyse slike forhold har vi sett etter aktørenes oppfatning av forholdet mellom et tiltak og det problemet tiltaket er ment å løse, og deres oppfatning av om de virkemidlene som har vært iverksatt er egnet for å løse de konkrete problemene de står overfor. I den kvalitative delen av evalueringen har vi sett etter hvilke valg deltagerne gjør og hvordan de begrunner valgene. Dette har for eksempel handlet om hvilke tiltak deltagerne søker å iverksette i kommunen og deres forståelse av hva som er rasjonelle virkemidler i deres spesielle situasjon. En følgeevaluering er systematisk og målrettet kunnskapsutvikling som også innebærer læring. Læring er flerdimensjonale endringsprosesser knyttet til kunnskap, ferdigheter/praksis og holdninger. Som følgeforskere har vi spilt en aktiv rolle ved å tilføre både oppdragsgiver og praksisfeltet kunnskap som kan bidra til nye innsikter og læring. Tilbakeføringene har for eksempel kunnet påvirke oppdragsgivers videre arbeid med Kompetanseløft 2020, blant annet hvilke tiltak som vektlegges og hvordan tiltak utformes og kommuniseres til kommunene og andre interessenter. Hva i tilbakemeldingene oppdragsgiver og andre interessenter legger vekt på, er utenfor evaluators kontroll. Figuren nedenfor illustrer sammenhengen i evalueringen.



4 Metodisk tilnærming i delstudiene og datakilder

Evalueringen har benyttet ulike typer metodiske tilnærminger for innsamling av data. For å ivareta helheten i evalueringen og samtidig sikre at hvert forskningsspørsmål besvares, har vi benyttet metodetriangulering. Problemstillinger og spørsmål er belyst ved en kombinasjon av ulike typer data fra ulike datakilder samlet inn ved hjelp av ulike metoder.

I de følgende avsnittene redegjør vi for de ulike datakildene i evalueringen.

4.1 Registerstudien og -data

I evalueringen har vi benyttet følgende registerdatakilder: Statistisk sentralbyrå (SSB)- Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA), som gir detaljert statistikk om behovsstruktur, ressursinnsats, prioriteringer og måloppnåelse i alle norske kommuner.

- Spesialkjøringer fra SSB på sysselsetting i brukerrettet sektor, fordelt på alle og på innvandrerbefolkningen.
- Spesialkjøringer fra SSB på administrativ lederkompetanse innen helse og omsorg
Spesialkjøringer fra KS om lederkompetanse i brukerrettet pleie og omsorg
- Informasjon fra Fylkesmennene om deltakelse i Kompetanseløft 2020 (generelt og i lederopplæring) 2015-2020
- NIFU - kandidatundersøkelsen

Disse datakildene er koblet for hver kommune for hvert år i evalueringsperioden slik at vi har kunnet studere kompetansesammensetning, stillingsbrøk (årsverk per sysselsatt), andel ansatte som gjennomfører utdanning/videreutdanning mv. over tid for ulike kommunetyper. SSB publiserer årsverk i brukerrettet pleie og omsorg på sin nettside. Vi bestilte spesialkjøringer for sysselsatte og årsverk fordelt på ulike kompetansegrupper, på andelen innvandrere sysselsatt innen brukerrettede pleie- og omsorgstjenester i hver enkelt kommune, samt sysselsatte innvandreres kompetanse i denne sektoren for perioden 2015-2020.

Data fra fylkesmennene om deltakelse i Kompetanseløft 2020

Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd tildeles gjennom fylkesmennene. Søknad om midler skal inneholde:

- informasjon om søker, adresse, organisasjonsnummer, kontonummer, kontaktperson
- søkerens formål med tilskuddet
- prosjektbeskrivelse/beskrivelse av tiltak
- søknadsbeløp
- budsjett
- egenfinansiering
- redegjørelse for de interne og eksterne kontrolltiltak som skal sikre korrekt rapportering og måloppnåelse (for eksempel interne kontrollaktiviteter, internrevisjon, autorisert revisor / ikke autorisert revisor, andre offentlige tilsyn og Riksrevisjonen (Helsedirektoratet)).

Disse dataene ble gjort tilgjengelige for oss fra Helsedirektoratet tilrettelagt på kommunenivå.

4.2 Spørreskjemaundersøkelse

Vi gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse til kommunene i to omganger, høsten 2017 og høsten 2019, for å kunne fange opp andre indikatorer enn de i registerstudien. Vi var spesielt interessert i kommunenes egevaluering av arbeidet med Kompetanseløft 2020 på bred basis. Analysen av survey-data ble koblet til registerdata via kommunenes unike identifikasjonskode. Å gjennomføre analyser av data som er koblet på denne måten har vært et inntak til å få dybdekunnskap om rekruttering og kompetanseheving, og om forskjeller mellom grupper av kommuner. Spørreskjema står i vedlegg. Temaene har vært:

- Kommunenes oppfatninger om bemanning, personell og kompetanse, og behov for kompetanse
- Kommunenes oppfatning om hvordan utdanninger er tilpasset deres behov og egen rolle som praksisarena, samt deres samarbeid med utdanningsinstitusjoner
- Kommunenes oppfatning om egen innovasjon, fag- og tjenesteutvikling, og hvordan dette gjennomføres
- Kommunenes bruk av tiltak i Kompetanseløft 2020, herunder omfang, innhold, organisering og gjennomføring
- Kommunenes samarbeid med andre eksterne aktører (Fylkesmannen, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), Sentre for omsorgsforskning, kompetansesentra, organisasjoner i sivilsamfunnet, markedsaktører, pårørende, helseforetak, andre andrelinje-tiltak)

4.3 Casestudien - intervjuer

Vi gjennomførte kvalitative intervjuundersøkelser i et utvalg kommuner i to perioder, årsskiftet 2017/2018 og høsten 2019. Hensikten var å få kunnskap om forhold som ikke så lett lar seg kvantifisere. Case-studiene representerer som sådan et selvstendig viktig bidrag inn i evalueringen. Enhetene i casene har vært enkeltkommuner. Utvalget ble bestemt delvis ut fra hvordan kommuner svarte på surveyen og delvis i samråd med oppdragsgiver.

Kriterier for utvalget var blant annet hvorvidt kommuner svarte at de har laget kommuneplaner, om kommunen var vertskap til relevante utdanningsinstitusjoner (først og fremst høgskoler og universitet) eventuelt avstand til utdanningsinstitusjon – om kommunen var vert for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), kommunestørrelse/befolkning og geografisk plassering (ulike helse-regioner). Geografisk plassering og befolkningsstørrelse ville være interessante variabler for å kunne si noe om innbyggernes behov for tjenester og kommunens behov for ledere og personell med relevant utdanning, samt kommunenes mulighet til faktisk å rekruttere ønsket personell fra det regionale arbeidsmarkedet de er lokalisert i. Befolkningsstørrelse er også en egnet variabel for å si noe om den kapasiteten kommunene har til å drive innovasjon og fag- og tjenesteutvikling.

I den første intervjurunden gjorde vi til sammen 16 telefonintervju. Vi intervjuet nøkkelaktører hos Statsforvalteren (tidligere Fylkesmann) i Trøndelag, Hedmark og Nordland, kommunalsjef og faglige ledere innen helse- omsorgstjenesten samt brukerrepresentanter i hhv. eldreråd og råd for funksjonshemmede i fem kommuner i disse tre fylkene. Vi intervjuet også koordinator ved helsefaglig/helsevitenskapelig utdanning ved to universitet i hhv. Midt-Norge og Sør-Øst-Norge. I den andre intervjurunden gjorde vi til sammen 14 intervjuer. I samråd med oppdragsgiver rettet vi her oppmerksomheten mot små og mellomstore kommuner (med to unntak valgte vi kommuner med mindre enn 5000 innbyggere). Vi intervjuet nøkkelperson hos Statsforvalter i Rogaland, Nordland og Innlandet, og nøkkelpersoner i til sammen ni kommuner i disse tre fylkene.

Skriftlig henvendelse om å delta i intervju ble sendt til kommunalsjef, kommuneoverlege, enhetsleder helse-/omsorgstjenester og rådmann. I de kommunene som svarte ja til det, konfererte mottagerne med hverandre på forhånd, og avtalte hvem som skulle delta i intervju på vegne av kommunen, som regel kommunalsjef eller enhetsleder. Vi intervjuet også leder for eldrerådet i kommunene, og i noen kommuner leder for Råd for personer med funksjonsnedsettelse.

4.4 Rekruttering av psykologer til kommunene

Denne delen av evalueringen ble gjennomført som et selvstendig oppdrag i løpet av evalueringens første år. Resultatene er presentert i en egen rapport (Kaspersen mfl. 2018). Undersøkelsen bygger på data samlet inn gjennom tematisk søk i databaser, dokumentstudier (offentlige planer, veiledere, strategier, kunnskapsoppsummeringer gjort av andre osv.), intervjuer og spørreskjemaundersøkelser blant personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Undersøkelsen ble søkt NSD som eget prosjekt, og har referansenummer 54316/KH og 59405/3/LH.

4.5 Evalueringsspørsmålene som skal besvares

Evalueringsspørsmål 1 (*I hvilken grad får de kommunale helse- og omsorgstjenestene til rekruttering, kompetanseheving, styrket ledelse, innovasjon og fag- og tjenesteutvikling i tråd med strategiene for Kompetanseløft 2020?*) er først og fremst knyttet til de tre første strategiene, og er belyst gjennom analyse av registerdata og utdanningsdata. Spørsmålet er også belyst gjennom survey til kommunene.

Evalueringsspørsmål 2 (*På hvilken måte arbeider kommunene for å få til dette og er det forskjeller mellom kommuner og innen ulike fag- og tjenesteområder i kommuner?*). Dette spørsmålet er delvis belyst gjennom analyse av registerdata, selv om registerdata ikke kan fange bredden og dybden i spørsmålet om «på hvilke måter» kommuner arbeider med dette, og om det er forskjeller mellom kommuner og innen ulike fag- og tjenesteområder i kommunene. Det belyses også ved hjelp av spørreskjemaundersøkelse og intervjuer med nøkkelpersoner i et utvalg kommuner.

Evalueringsspørsmål 3 (*Er virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 formålstjenlige for å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene til de seks strategiene?*) er belyst delvis ved analyse av registerdata, men første og fremst gjennom spørreskjemaundersøkelse og case-studien.

Evalueringsspørsmål 4 (*I hvilken grad og på hvilken måte bidrar Kompetanseløft 2020 og dens tiltak til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene, jf. intensjon i Primærhelse-tjenestemeldingen om «pasientens helsetjeneste»?*) er først og fremst belyst ved hjelp av spørreskjemaundersøkelse og case-studien.

Evaluerings spørsmål	Register-data	Survey	Case-studie
1) I hvilken grad får de kommunale helse- og omsorgstjenestene til rekruttering, kompetanseheving, styrket ledelse, innovasjon og fag- og tjenesteutvikling i tråd med strategiene for Kompetanseløft 2020?			
2) På hvilken måte arbeider kommunene for å få til dette og er det forskjeller mellom kommuner og innen ulike fag- og tjenesteområder i kommuner?			
3) Er virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 formålstjenlige for å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene til de seks strategiene?			
4) I hvilken grad og på hvilken måte bidrar Kompetanseløft 2020 og dens tiltak til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene, jf. intensjon i Primærhelsetjenestemeldingen om «pasientens helsetjeneste»?			

5 Resultater

I de påfølgende tre punktene gjengir vi oppsummert hovedfunn fra de tidligere rapportene.

5.1 Oppsummert fra spørreskjemaundersøkelsene

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i 2017 og 2019, og er presentert i to tidligere delrapporter (Nesje, 2018 og Grut, 2020). Den viste at det er forholdsvis små endringer i løpet av perioden mellom første og andre del av undersøkelsen. Alt i alt synes det viktigste beslutningsnivået i arbeidet med kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene å være kommunaldirektør-/sjef og enhetsledere. Rådmann og politisk nivå ser ut til å være viktigste i de aller minste kommunene (færre enn 2000 innbyggere), men mindre viktig i store kommuner. Dette er i tråd med det vi fant i intervjuundersøkelsene. Vi ser også at de aller fleste kommunene utarbeider kompetanseplaner, og at dette er noe mer vanlig for de større enn for de små kommunene. De aller fleste kommunene, over 80 prosent, tilbyr etter- og videreutdanningskurs og deltagelse i læringsnettverk for ansatte, noe som indikerer at kompetanse og kompetanseutvikling er svært viktig for kommunene. Dette er også i tråd med det intervjuene viste. Tilbud om etter- og videreutdanning ser også ut til å være et viktig trekkplaster for å rekruttere personell. De aller fleste kommunene har opplegg for opplæring av nyansatte, men spesielt oppgir små kommuner (under 4000 innbyggere) dette.

Mer enn halvparten av de større kommunene samarbeider med utdanningsinstitusjoner. Få småkommuner gjør dette, mens hele 60 prosent av kommuner med mer enn 15000 innbygger gjør det. Samtidig viser spørreskjemaundersøkelsen av nesten alle kommuner (over 80 prosent) tilbyr praksisplass for studenter og elever, men tendensen øker med kommunestørrelse. Større kommuner, nesten alle med mer enn 15000 innbyggere, har i langt større grad enn små kommuner ansatte med

mastergrad eller videreutdanning på høyere nivå. Helt unntaksvis har kommuner ansatte med doktorgrad (PhD). Størrelse har også betydning for samarbeid med forskningsinstitusjoner. Manglende kapasitet oppgis å være en grunn til manglende samarbeid i forskning og innovasjon, spesielt for små kommuner, noe som også stemmer med intervjuundersøkelsene.

Både små og store kommuner søker midler over Kompetanseløft 2020, men tendensen er størst i de større kommunene. Spørreskjemaundersøkelsen viser også en svak tendens til at flere av de større kommunene oppgir at Kompetanseløft 2020 er relevant for dem sammenlignet med små kommuner. Dette er også i tråd med det intervjuene viste.

5.2 Oppsummerte fra case-studiene - intervjuundersøkelsene

Intervjuundersøkelsene ble gjennomført høst/vinter 2017/2018 (Grut, 2019) og høst 2019 (Grut, 2020). De viste at kommunale ledere bruker mye tid på både å rekruttere og beholde personell. Kompetanseløft 2020, og lignende program, brukes i dette arbeidet. Kompetanseløft 2020 er godt kjent blant kommunale ledere. I intervjuene kom det fram at det følges med når årets utlysning kommer, og det legges ned et betydelig arbeid i søknader. Ansvaret for å følge med på utlysningene og koordinere arbeidet med søknader blir som regel koordinert av én person i de kommunene vi har intervjuet. Dette er i tråd med det Statsforvalteren ønsker, ifølge intervjuene. Intervjuene med Statsforvalter, som følger opp og koordinerer søknader, viser at samordningen av søknader innen kommunen er noe de ønsker og stimulerer til. Vi fikk vite at utlysningene og midlene i det store og hele er relevant for kommunene. Dette samsvarer med svarene som er gitt i begge spørreskjemaundersøkelsene. Kommunene lager årlige oversikter over hva som er bemanningsbehov og planer for søknader, og dette behandles i ledergruppen. Statsforvalter konsulteres for råd og veiledning. Statsforvalter oppfattes å være lett tilgjengelige for kommunene. Dette samsvarer med at informantene hos Statsforvalter anser seg som en nøkkelaktør i forvaltningen av Kompetanseløft 2020-midlene vis-à-vis kommunene, og ser det som en viktig oppgave å stimulere og veilede kommunene til å jobbe strategisk og planmessig med kompetanse- og tjenesteutvikling. Samtidig viser intervjuene at Statsforvalter organiserer arbeidet sitt noe ulikt ved at noen selv tar initiativ til å kontakte kommunene og arrangerer årlige samlinger, mens andre hovedsakelig svarer på henvendelser som kommer fra kommunene.

Spørreskjemaundersøkelsene viste at de aller fleste kommunene søker midler over Kompetanseløft 2020, men ikke alle søker hvert år. Dette ble utdypet i intervjuene. Spesielt små kommuner søker ikke tilskudd til høyere utdanning og videreutdanning hvert år. Dette ble forklart med kapasitetsutfordringer. Små kommuner har få ansatte å spille på, og spesielt når det gjelder ansatte med høyere- eller spesialutdanning. En ansatt som får permisjon for å ta utdanning går ut av drift. Det kan være dyrt, og for noen vanskelig, å erstatte vedkommende ansatte med vikar. Alle informantene som ble intervjuet formidlet at kortvarige kurs, f.eks. ABC-kurs og lignende, er populære og brukes mye. Kandidater til lederutdanning er også økende. I et par av de mindre kommunene vi intervjuet hadde samtlige ledere ned til enhetsledernivå gjennomgått en eller annen form for lederopplæring. Når det gjelder finansiering av lederutdanning viste informantene til at dette også ble finansiert over andre midler enn Kompetanseløft 2020.

Kommuneinformantene var opptatt av at tilskuddene over Kompetanseløft 2020 har vært forholdsvis små sett i forhold til de reelle utgiftene kommunen har knyttet til kompetanseheving, - spesielt for

lengre utdanningsløp (bachelor og masternivå) der det også er nødvendig med vikarer. Tilskudd til lengre utdanningsløp kan være vanskelig å realisere av flere grunner. Vi har allerede nevnt at det kan være dyrt å skaffe vikarer. I tillegg kan det av og til være vanskelig å få ansatte til å søke fordi de forplikter seg til et utdanningsløp som går over flere år gjerne i kombinasjon med deltidsjobb. Ansatte tar i betraktning flere omkringliggende forhold når de vurderer hvorvidt de skal gå i gang med et lengre utdanningsløp, eksempelvis tilleggsutgifter knyttet til reise, bøker, studieavgift, redusert lønn, tid borte fra familien for ansatte som bor i kommuner langt fra utdanningsstedet og der studiet krever personlig oppmøte. Noen informanter fortalte at enkelte studier er vanskelig å komme inn på, helsesykepleierutdanningen ble nevnt, og det var ikke alltid at ansatte som ønsket utdanningen hadde nok poeng til å komme inn.

Dette bildet samsvarer med intervjuene med representantene fra universitet/høgskolene. De viste til at de har fleste søkere fra egen kommune og nabokommuner, og få fra kommuner med lang reiseavstand.

Informanter i intervjuene er samstemt i at formalutdanning på alle nivå er viktig. I de små kommunene var informantene opptatt av at de først og fremst trenger generalistkompetanse, det vil si at de trenger mange med helsefaglig kompetanse og mange med grunnleggende sykepleiekompetanse. De trenger forholdsvis få med spesialkompetanse, selv om dette behovet også er økende i de små kommunene. Behovet for spesialistkompetanse henger sammen med endret utskrivingspraksis fra sykehusene. Kommunene får ansvar for sykere og mer medisinsk og helsefaglig krevende pasienter som har behov for sammensatt og avansert oppfølging. I små kommuner kan det gå lang tid mellom hver gang de får en pasient med slike behov, og det vil som regel være store variasjoner i hva slags behov pasientene har. Derfor er det vanskelig å opprettholde spesialistkompetansen i små kommuner.

I intervjuene kom det fram at nærhet til sykehus og også til utdanningsinstitusjoner gjør det enklere å tilby ansatte støtte til utdanning, og å rekruttere nyutdannede. Samtidig kan også nærhet til sykehus føre til at kommunen "mister" ansatte. Små kommuner som har et desentralisert bosettingsmønster kan ha utfordringer med å rekruttere og beholde kompetente ansatte. Hvis tjenestene der er organisert desentralisert, ofte begrunnet med nærhet til der pasientene bor, vil det/de lokale fagmiljøet/ene være små. Erfaringer som ble vist til i intervjuene er at ansatte søker seg til større fagmiljø der de er mindre alene om ansvaret og har lettere tilgang til faglig støtte.

Informantene trekker fram både kommunestørrelse og avstander til utdanningsinstitusjoner som momenter som spiller inn når det gjelder å både rekruttere og få ansatte til å gå i gang med utdanningsløp. Avstand til utdanningsinstitusjon kan være et problem fordi det er behov for sterkere satsing på høyere kompetanse. Informantene fra høgskole/universitet sa at frafallet fra f.eks. deltidsutdanning på masternivå er stort, noe som understreker at det er krevende å stå i en situasjon med kombinert jobb og utdanning over flere år, og at mange undervurderer hvor krevende dette er.

Kortvarige kurs, eksempelvis ABC-kurs og også e-læringskurs via Norsk Helseinformatikk, er populært. De er lett tilgjengelige, koster lite og kan involvere mange ansatte på samme tid. Det er lettere å sette av tid i arbeidstiden og lettere å få ansatte til å investere fritid for eksempel i form av diskusjonsgrupper og studiegrupper for kortvarige kurs. Tilskuddene til lederutdanning er svært populært, og informantene er samstemt i at lederutdanning på alle nivåer, også enhetsledere, er viktig og nødvendig.

Kommunestørrelse, sentralitet og økonomi henger ikke nødvendigvis sammen. Små kommuner kan ha lite penger, men det finnes også små kommuner med god økonomi, og som kan tilby ansatte gode vilkår.

5.3 Oppsummering av evaluering av tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene

I evalueringssoppdragets første år, ble det gjennomført en evaluering av tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene (Kaspersen, mfl. 2018). Evalueringen viste at ordningen var vellykket og avgjørende for at det i 2018 er ansatt over 500 psykologer i psykisk helse- og rustjenestene i kommunene. Evalueringen viste at både øvrige ansatte i tjenestene og brukerne var fornøyd med den kompetansen psykologene bringer med seg til kommunen, og at psykologenes unike faglige bidrag i det tverrfaglige arbeidet er viktig og må styrkes ytterligere. Spesielt viktig for kvalitet og kompetanse i tjenestene var det hvis psykologene kan drive med tiltak som når ut til mange samtidig, også samarbeidspartnere. I perioden skjedde det en liten dreining ved profesjonsstudiet i psykologi mot mer vekt på psykologenes rolle i kommunale helse- og omsorgstjenester, og oppfatningen var at studentene er blitt mer positive til å jobbe i kommunen nå enn tidligere. Lønn, spesialiserings- og veiledningsmuligheter, og tilgang på et psykologfaglig nettverk har vært viktige suksesskriterier for å rekruttere psykologer til kommunene, og for å få dem til å bli værende. Lønnsnivået viste seg å være konkurransedyktig med spesialisthelsetjenesten i flere og flere kommuner, og psykologene ansettes i stor grad i faste stillinger og ikke prosjektstillinger. De aller fleste av psykologene i kommunal tjeneste har, eller er under, spesialisering. Evalueringen viste videre at til tross for at ordningen var vellykket, rapporterte mange kommuner, særlig distriktskommuner, at de har rekrutteringsproblemer. Det er fortsatt en utfordring for kommunene å skape kontinuitet i psykologstillingene fordi mange forsvinner til spesialisthelsetjenesten i perioder for å oppfylle praksiskravene til spesialisering. Det bør derfor jobbes systematisk fra sentralt hold for å utforme praksiskrav som kan tilpasses kommunenes behov i større grad. Selv om konsekvensene foreløpig er lite utforsket, bør flere kommuner prøver psykologstillinger som er delt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Hypotesen er at dette vil føre til mer og bedre samarbeid på tvers, bedre rolleavklaring mellom tjenestenivåene, bedre sortering av hvilke innbyggere som skal få hjelp hvor og hvilke tiltak som skal tilbys på hvilket nivå, og kanskje økte muligheter for veiledning, finansiering og gjennomføring av spesialisingsløp.

6 Kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

6.1 Innledning

Dette kapitlet er basert på sysselsettingsdata fra SSB, og skal bidra til å besvare det første av de overordnede evalueringsspørsmålene:

I hvilken grad får de kommunale helse- og omsorgstjenestene til rekruttering, kompetanseheving, styrket ledelse, innovasjon og fag- og tjenesteutvikling i tråd med strategiene for Kompetanseløft 2020?

Første oversikt over registerdata ble presentert i evalueringens første år (Neste, 2018). Oppdaterte tall for 2019, og for å kunne si noe om endring i perioden 2015 – 2019, presenteres for første gang i denne rapporten.

I motsetning til i evalueringen av Kompetanseløftet 2015 ble det i evalueringen av Kompetanseløft 2020 ikke formulert klare måltall for vekst i bemanningen, økt andel med fagutdanning og reduksjon i andelen som arbeider deltid. Dermed kan vi ikke gi noen klare svar på spørsmål som gjelder graden av måloppnåelse, men observerte endringer i nevnte forhold vil likevel gi enkelte antydninger om Kompetanseløft 2020s bidrag til utviklingen mot ønskede utfall. Det er uansett ikke mulig å bedømme virkningene av Kompetanseløft 2020 direkte, siden endringer i bemanning og kompetanse henger sammen med mange andre faktorer, for eksempel kommuneøkonomi, arbeidsmarked og utdanningskapasitet. Om noe vil en forvente at trendene i perioden går i nevnte retning (med vekst i bemanning og kompetanse): Dersom dette ikke er tilfelle, kan en i alle fall slutte at Kompetanseløft 2020 ikke har hatt *tilstrekkelig* effekt. Samtidig vil andre undersøkelser som er gjennomført i forbindelse med evalueringen kunne gi utfyllende svar: Mens registerdata i seg selv ikke kan si noe om *mekanismene* bak økninger i visse typer kompetanse, for eksempel om det spesielt er tiltakene (tilskuddene) under Kompetanseløft 2020 man opplever å støtte seg på, kan både *case*-studiene og *survey*-delen av evalueringen gi bedre svar på slike spørsmål. I kapitlet vil vi sammenholde observerte mønstre i registerdata med nevnte resultater fra andre deler av evalueringen, med det for øye å kunne si noe sikrere om virkninger av Kompetanseløft 2020-satsingen.

Den kanskje viktigste indikatoren på måloppnåelse er hvordan kapasitet og kompetanse endrer seg over tid. Observasjonsperioden er imidlertid ikke lang – vi har bare mikrodata for hele sektoren i perioden 2015 til 2019 – men den dekker tross alt den perioden der Kompetanseløft 2020 har virket (i tillegg har vi i arbeidet med rapporten bare hatt tilgang til data oppdatert til november 2019). På grunn av regionreformen ville tall for 2020 uansett ikke vært lett sammenliknbare med tidligere mål.

I dette kapitlet vil vi først vise hovedtall for antall sysselsatte og antall årsverk i den aktuelle sektoren med tidsrekker fra 2015 til 2019. Vi mener at årsverk gir det beste bildet av kommunenes kapasitet, og legger hovedvekten på et slikt mål. I oversiktene ser vi på sysselsettingen og kompetansen i kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren separat⁴. De ansattes kompetanse samsvarer i stor grad med type stilling (sykepleier, helsefagarbeider osv.). For å gjøre fremstillingen enklere tar vi tak i sysselsatte som har et hovedarbeidsforhold i sektorene vi ser på, dvs. den enkeltes *største*

⁴ Se vedlegg 1 for detaljer omkring yrkeskategoriene som inngår i de to.

stillingsprosent uavhengig av sektor, og utelater biarbeidsforhold⁵. Det finnes ingen universell definisjon av hvor grensen går mellom heltids- og deltidsarbeid, men det er vanlig å regne heltidsarbeid som 30 timer i uka eller mer (OECD 2020; Flodgren og Bionde 2019). Definisjonen av heltid/deltid kan variere etter hva som regnes som heltid i ulike yrker og sektorer (Næsheim og Villund, 2013).

I deler av kapittelet ser vi på andeler (i ulike grupper) som arbeider i *heltidsstillinger* (definert som stillinger som utgjør 30 timer eller mer pr. uke). Dette betyr også at antallet årsverk samlet sett, inkludert arbeid i bistillinger, *ikke* kommer frem i de målene vi presenterer (dvs. det inngår flere totale årsverk enn det som presenteres her). Uansett vil de nevnte målene være særlig relevante all den tid vi er interessert i å presentere i) *trender* i perioden, og også er spesielt interessert i ii) kompetanse slik det kommer til syne i de mer «*helhetlige*» *arbeidsforholdene* (blant annet i heltidsstillinger).

I neste del av kapittelet ser vi nærmere på arbeidstiden blant sysselsatte i sektoren. Det har lenge vært et viktig mål å øke andelen sysselsatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som arbeider heltid, og i hele perioden for Kompetanseløftet 2015 økte stillingsbrøken. Så mye som 40 prosent av veksten i antall årsverk fra 2015 til 2019 skyldtes økt stillingsbrøk. I denne delen undersøker vi nærmere om deltidsarbeid er ulikt utbredt i kommunehelsetjenesten og i pleie- og omsorgssektoren, og om det også er forskjeller mellom fylker og mellom små og store kommuner, samt hvordan dette utvikler seg over tid. Videre vil vi undersøke om det fortsatt er slik at det er de med minst formell kompetanse som i størst grad arbeider deltid, slik evalueringen av Kompetanseløftet 2015 viste.

I kapittelets fjerde del ser vi nærmere på enkelte bakgrunnskjennetegn ved sysselsatte i sektoren. Evalueringen av Kompetanseløftet 2015 viste at både import av utenlandsk arbeidskraft og mobilisering av bosatte innvandrere dekker en betydelig del av arbeidskraftbehovet i mange kommuner. Dette er et forhold som følges opp i denne delen av rapporten, og vi ser også nærmere på et annet trekk ved sysselsatte (i ulike kommuner), nærmere bestemt alder, som kan si noe om rekrutterings- og avgangsmønstre, og dermed også noe om spesielle behov for tiltak og/eller forutsetninger for at ulike tiltak skal virke.

Kommunene har hovedansvaret for å iverksette reformen, men med bistand og oppfølging fra fylkesmennene. Regionale forskjeller er derfor en viktig indikator for hvordan Kompetanseløft 2020 virker. Er det for eksempel tendenser til utjevning mellom kommuner, eller øker forskjellene i kapasitet og kompetanse? Mens det ikke er hensiktsmessig å dvele særlig ved detaljer for enkeltkommuner, blant annet fordi rapporteringen av antall ansatte er svært usikker i en del kommuner, noe som vises blant annet ved unormalt store endringer fra år til år, så er hovedvekten i gjennomgangen lagt på fylkesvise forskjeller samt sammenlikninger mellom små og store kommuner. I evalueringen av Kompetanseløftet 2015 fant vi betydelige forskjeller mellom fylkene og ikke minst mellom små og store kommuner. Der vi ser på *forskjeller* i utviklingstrender legges derfor hovedvekt på utviklingen i antall årsverk og kompetanseprofil i nevnte kommunegrupper (der andelen ufaglærte er en sentral indikator).

Mens de delene av kapittelet som er vist til ovenfor også trekker inn forskjeller mellom fylker og mellom store og små kommuner, tar punkt 7.5 for seg slike forskjeller mer spesielt. Mer presist viser vi der til den store variasjonen i antallet årsverk som legges ned i de enkelte fylkene, og til tilsvarende

⁵ Dette gir en total N=1 098 049 for analysene som følger, mot N=1 352 004 når også biarbeidsforhold i sektoren hos den enkelte telles med (dvs. drøye 80 prosent av datamaterialet).

tendens mellom kommuner av ulik størrelse (særlig når det gjelder årsverk pr. innbygger). For å illustrere variasjonen viser vi i denne delen også til enkeltkommuner med særlig høye eller lave måltall (eller vekst i måltall). Her understreker vi imidlertid igjen at slike kan være beheftet med store målefeil (rapporteringsfeil mv.), slik at det er de aggregerte *hovedtendensene*, slik som de kommer frem i de foregående delene, man uansett må legge vekt på i sluttanalysen.

En siste og sjettede del av kapittelet oppsummerer hovedtendensene og diskuterer utviklingen i sektoren – dvs. endringer i innsats og kompetanse – i lys av faktorer som kan bidra til forklaringen på mønstrene vi ser – dvs. bakgrunnskjennetegn ved både sysselsatte og den enkelte kommunen (eller fylket), samt mulige virkninger av Kompetanseløft 2020.

6.2 Hovedtendenser: Endringer i sysselsatte, antall årsverk og kompetanse

For å få et bilde av utviklingen i innsatsen og kompetansen i sektoren, ser vi først på samlede tall for sysselsatte og årsverk innenfor kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, og bryter deretter ned materialet etter kompetansenivå. Vi presenterer samlede tall for hele landet, og kommer tilbake med en fylkesvis oversikt i sist i denne del av kapittelet.

Tabell 7.1 viser at antall sysselsatte og antall årsverk har økt med henholdsvis 13 589 og 16 199 fra 2015 til 2019. Antall årsverk har økt sterkere enn antall sysselsatte, med 11,4 mot 6,4 prosent. Det betyr at hver ansatt i snitt har en høyere arbeidstid, noe vi kommer nærmere tilbake til i neste del av kapittelet.

Tabell 7.1: Sysselsatte og antall årsverk

	Sysselsatte	Årsverk
2015	212535	142640
2016	214643	145273
2017	218900	150141
2018	223966	154338
2019	226124	158839

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er betydelig større enn kommunehelsetjenesten, med ca. sju ganger flere årsverk, dvs. vel 138 000 og 87 prosent av alle, mot vel 20 000 og 13 prosent i kommunehelsetjenesten i 2019. Men den relative veksten er sterkest i kommunehelsetjenesten. Antall årsverk i kommunehelsetjenesten økt med 3452 eller med 20 prosent fra 2015 til 2019 mot 12 747 eller drøye 10 prosent i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunehelsetjenestens andel av de samlede årsverkene økte dermed fra 12,1 til 13 prosent i perioden.

Tabell 7.2: Antall årsverk i kommunehelsetjeneste og pleie og omsorg

	Kommunehelsetjeneste		Pleie og omsorg	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
2015	17188	12,1	125452	87,9
2016	18361	12,6	126913	87,4
2017	19178	12,8	130963	87,2
2018	20315	13,2	134024	86,8
2019	20640	13,0	138199	87,0

Gruppen med kompetanse på videregående nivå⁶, blant annet hjelpepleiere og helsefagarbeidere utgjør den klart største gruppen med nær 70 000 årsverk i 2019, fulgt av sykepleierne med vel 35 500. Antall ufaglærte har gått ned med nær 8 prosent, mens antall med videregående utdanning har økt med ca. 10 prosent. Det er de høyt utdannede som har økt mest i antall. Det har blitt 13,5 prosent flere sykepleiere, mens veksten har vært enda sterkere blant sykepleiere med videreutdanning, vernepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer og andre typer høyere utdanning.

Tabell 7.3: Antall årsverk etter kompetansenivå

	2015	2016	2017	2018	2019	Prosentvis endring 2015-2019
Ufaglærte	20063	18901	18723	18598	18507	-7,8
Videregående*	63727	64791	66813	67790	69920	9,7
Sykepleiere	31360	32505	33896	34691	35598	13,5
Sykepleiere m/videreutdanning	3303	3443	3607	3768	3923	18,7
Annen høyere utdanning	5244	5423	5833	6331	6703	27,8
Vernepleier, barnevern, sosionom	10443	10928	11548	12238	12867	23,2
Mastergradsutdanning	336	397	447	519	544	61,7
Annet	8142	8886	9275	10404	10779	32,4
Sum	142619	145273	150141	154338	158839	11,4

* I stor grad helsefagarbeidere, der hjelpepleiere og omsorgsarbeidere inngår (dette gjelder i alle oversikter der denne kategorien nevnes).

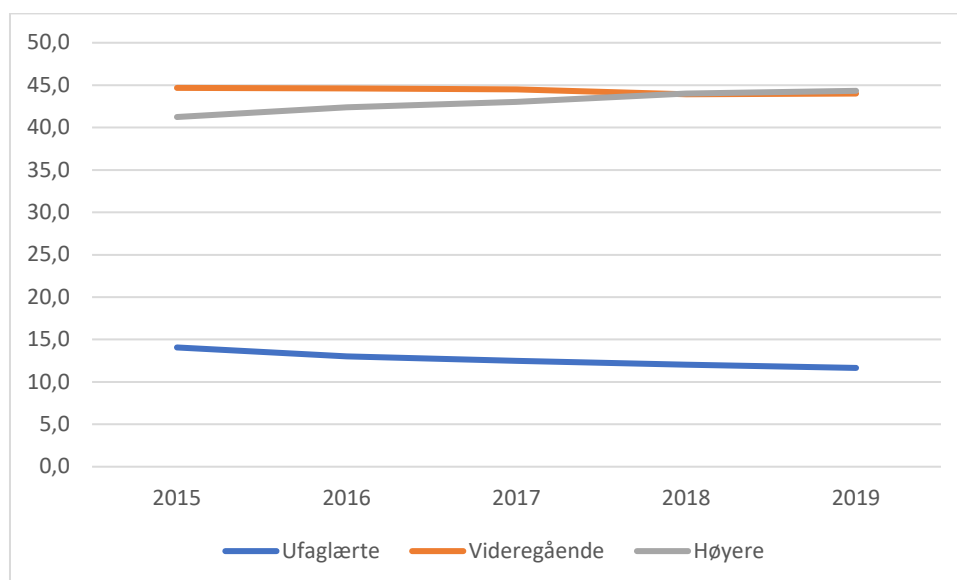
Tabell 7.4 viser den samme oppstillingen i prosent for kompetansesammensettingen innenfor det enkelte år. Siden det totale antallet årsverk øker er for eksempel nedgangen i andelen ufaglærte større enn det tabell 7.3 kan gi inntrykk av. Nedgangen i andelen ufaglærte årsverk fra 2015 til 2019 kan da ses som forholdsvis betydelig, med en reduksjon fra rundt 14 til 11 prosent av totale årsverk i perioden (dvs. en reduksjon på rundt 17 prosent). Forskyvningene ellers er som ventet ikke særlig store. Andelen årsverk med videregående utdanning er nokså stabil, mens tilsvarende andeler i de fleste gruppene med høyere utdanning øker noe. En ser også at det er gruppene utenom de tre største kategoriene (ufaglærte, videregående utdanning og sykepleiere) som øker mest. Årsverkssammensettingen etter type kompetanse har dermed blitt noe mer heterogen i perioden, slik at det *kan* være et uttrykk for økt variasjon i behovene i sektoren, eller at det er blitt vanskeligere å rekruttere kjernegruppene.

⁶ Dette er i stor grad helsefagarbeidere, der hjelpepleiere og omsorgsarbeidere inngår.

Tabell 7.4: Årsverk etter kompetansenivå. Prosent

	2015	2016	2017	2018	2019
Ufaglærte	14,1	13,0	12,5	12,1	11,7
Videregående	44,7	44,6	44,5	43,9	44,0
Sykepleiere	22,0	22,4	22,6	22,5	22,4
Sykepleiere m/videreutdanning	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5
Annen høyere utdanning	3,7	3,7	3,9	4,1	4,2
Vernepleier, barnevern, sosionom	7,3	7,5	7,7	7,9	8,1
Mastergradsutdanning	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Annet	5,7	6,1	6,2	6,7	6,8
N=100	142640	145273	150141	154338	158839

Målene med Kompetanseløft 2020 har vært å øke både kapasitet og kompetanse. I den foregående tabellen har vi vist at antall årsverk har økt med 11,4 prosent. I figur 7.1 fremstiller vi tendensene i tabell 7.4 grafisk, og den viser at kompetansenivået er økende. Andelen ufaglærte går tilbake, andelen med videregående kompetanse er stabil, mens andelen med høyere utdanning (samlet sett) har økt.



Figur 7.1: Årsverk etter kompetansenivå. 2015 - 2019. Prosent av totale årsverk

Tabell 7.5 viser at kommunehelsetjenesten og pleie og omsorgstjenesten som ventet skiller seg ganske mye fra hverandre med hensyn til kompetanseprofil. Mens ufaglærte og ansatte med videregående utdanning utgjør nær 60 prosent i pleie- og omsorgstjenesten, utgjør disse to gruppene bare en tredel i kommunehelsetjenesten. Andelen sykepleierårsverk er om lag den samme. Kommunehelsetjenesten har en langt høyere andel sykepleiere med videreutdanning, og en høyere andel andre grupper med høyere utdanning og mastergrader enn pleie- og omsorgstjenesten. Vernepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer er på den annen side noe sterkere representert i pleie- og omsorgstjenesten.

Tabell 7.5: Årsverk i kommunehelsetjenesten og pleie og omsorg. 2019. Absolutte tall og prosent

	Kommunehelsetjenesten		Pleie og omsorg	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ufaglærte	1309	6,3	17198	12,4
Videregående	5419	26,3	64501	46,7
Sykepleiere	5085	24,6	30513	22,1
Sykepleiere m/videreutdanning	3680	17,8	242	0,2
Annen høyere utdanning	1875	9,1	4828	3,5
Vernepleier, barnevern, sosionom	1363	6,6	11504	8,3
Mastergradsutdanning	443	2,1	101	0,1
Annet	1466	7,1	9313	6,7
Sum	20640	100	138199	100

Det er en del variasjoner i fordelingen av kompetanse mellom fylkene. Forskjellene er gjennomgående ikke spesielt store, men vi må her ta i betraktning at dette er en stor sektor med klare kompetansekrav. Finnmark skiller seg klart ut med den høyeste andelen ufaglærte. Andelen er relativt høy også i Troms, Nordland og Buskerud. De laveste andelen ufaglærte finner vi i Aust-Agder, Vest-Agder og Trøndelag. Andelen årsverk med andre kompetansenivåer varierer noe, men dette gjenspeiler ikke fullstendig variasjonen i andelen ufaglærte. Finnmark har for eksempel bare litt lavere andel med kompetanse på videregående nivå, og noe lavere andel sykepleiere enn landsgjennomsnittet. Buskerud og Nordland, som begge har relativt høy andel ufaglærte, er blant fylkene med høyest andel på videregående nivå. Oslo, med en relativt lav andel ufaglærte, skiller seg ut med den klart laveste andelen årsverk på videregående nivå, og har heller ikke særlig høy andel vanlige sykepleiere, men litt høyere andel sykepleiere med videreutdanning, og en særlig høy andel med «annen utdanning»⁷.

⁷ Vi vender tilbake til flere forskjeller på dette punktet i kapittelets siste del (blant annet om kompetanseforskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, som mest sannsynlig forklarer mye av fylkesforskjellene).

Tabell 7.6: Årsverk etter kompetanse og fylke 2019. Prosent

	Ufaglærte	Videregående	Sykepleiere	Sykepleiere m/videreutd.	Annen høyere utd.	Vernepleier, barnevern, sosionom	Mastergradsutd.	Annet	N=100
Østfold	11	44,7	21,9	2	3,5	10,7	0,2	6,1	9386
Akershus	12,4	41,4	21,1	3	5,2	7,8	0,7	8,5	15468
Oslo	10,9	37,7	21,9	3,2	7	6,9	0,6	11,8	14294
Hedmark	12,5	46,6	22,4	2,2	3,6	6,2	0,3	6,2	7483
Oppland	11,3	47,9	21,3	2,2	3,5	8,5	0,2	4,9	6824
Buskerud	13,8	47,3	19,9	2,1	3,4	6,2	0,3	7,1	8532
Vestfold	12,1	45,6	21,6	2,1	3,5	7,2	0,3	7,5	8025
Telemark	11	47,5	22,9	2,3	2,8	8,6	0,2	4,7	6007
Aust-Agder	9,4	46,9	25,5	2,4	2,6	7,7	0,2	5,1	3712
Vest-Agder	9,8	46,1	24,1	2,7	3,4	7,7	0,2	6	5603
Rogaland	10,3	42,3	24	2,6	4,2	10,7	0,2	5,7	12737
Hordaland	10,6	42,8	23,7	2,6	4,3	8,4	0,5	7,2	15348
Sogn og Fjordane	12,8	43,5	24,4	2,4	3,2	7,3	0,2	6,2	4315
Møre og Romsdal	12,3	45,4	23,2	2,1	3,7	7,8	0,2	5,3	9199
Nordland	13,3	46,3	22,2	2,1	3,6	7,2	0,2	5,1	9400
Troms	14,7	41,3	21,4	2,1	5,1	8,5	0,2	6,6	6284
Finnmark	16,7	42,4	20,6	1,7	3,8	6,7	0,2	8	3076
Trøndelag	9,7	46,1	22,6	2,9	4,4	8,9	0,4	5	13144
Hele landet	11,7	44,0	22,4	2,5	4,2	8,1	0,3	6,8	158839

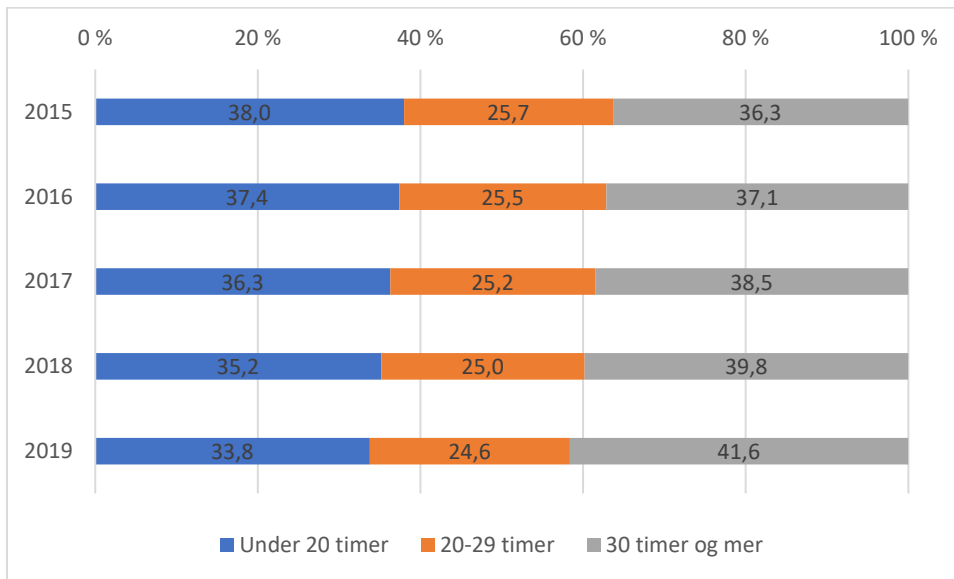
Hovedkonklusjonen i gjennomgangen i denne delen av kapittelet er altså at *innsatsen i sektoren har økt* i undersøkelsesperioden (sett ved antallet årsverk i kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten) og at dette har vært ledsaget ved *økt kompetanse* (særlig sett ved en betydelig reduksjon i antallet årsverk utført av ufaglærte). Dette er godt i tråd med hovedintensjonen i Kompetanseløft 2020, og kan sammenholdes med andre funn i evalueringen: Blant annet viser surveyene som evalueringen har gjennomført at langt de fleste kommuner søker tilgjengelige midler og at et stort flertall også rapporterer at midlene under Kompetanseløft 2020 er relevante (Grut mfl. 2020:51-52)⁸. Samlet sett gir dette visse holdepunkter for at Kompetanseløft 2020 har *virket* etter hensikten.

6.3 Sysselsattes avtalte arbeidstid

Et mål med Kompetanseløft 2020 har vært å øke andelen som arbeider heltid. Evalueringen av det tidligere Kompetanseløftet 2015 viste at gjennomsnittlig arbeidstid har økt siden 2005 (Aamodt mfl., 2011; Helgesen mfl., 2016) Figur 7.2 viser at andelen som har en avtalt arbeidstid på 30 timer eller mer i de to sektorene samlet har økt relativt mye fra 2015 til 2019. Og denne økningen har først og fremst

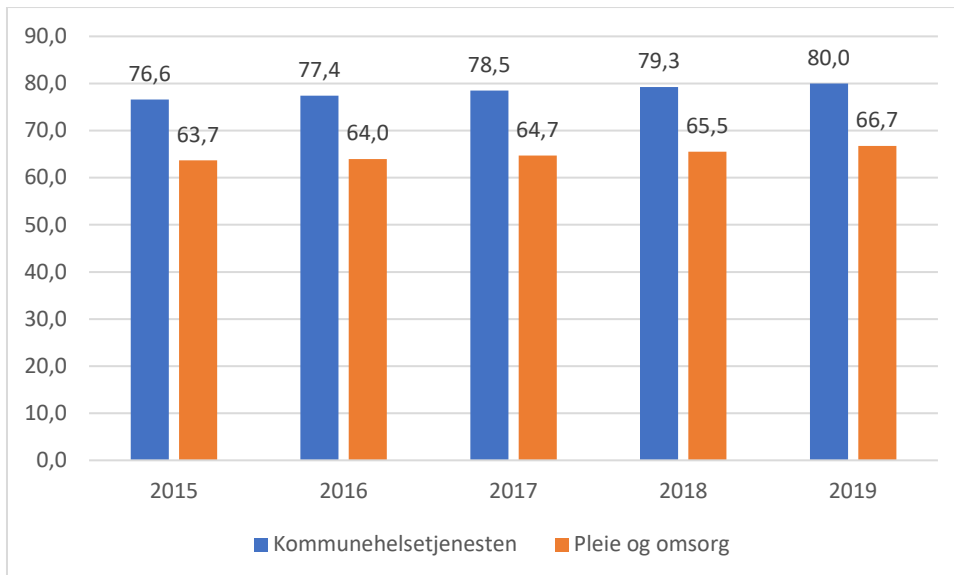
⁸ Allikevel ser en også forskjeller i bruken, behovet og nytten av Kompetanseløft 2020-tiltak, blant annet mellom store og små kommuner (vi vender tilbake til dette punktet i de neste delene av kapittelet).

skjedd på bekostning av andelen som jobber kort deltid, dvs. under 20 timer pr. uke, mens andelen som arbeider fra 20 til 29 timer pr. uke er relativt konstant.



Figur 7.2: Sysselsatte etter avtalt arbeidstid 2015-2019. Prosent

Figur 7.3 viser at den gjennomsnittlige arbeidstida er betydelig høyere i kommunehelsetjenesten enn i pleie- og omsorgstjenesten. I hele perioden har økningen vært like stor i de to tjenesteområdene, men mens gjennomsnittlig arbeidstid steg nokså jevnt i kommunehelsetjenesten, har veksten innen pleie og omsorg i hovedsak skjedd fra 2017 til 2019.



Figur 7.3: Gjennomsnittlig arbeidstid 2015-2019. Prosent av hel stilling

Dersom man heller ser på gjennomsnittlig arbeidstid etter kompetansenivå ser en også at økningen i arbeidstid *ikke* gjelder for grupper av ufaglærte sysselsatte. I tabell 7.7a og 7.7b ser en at ufaglærte sysselsatte har en gjennomsnittlig arbeidstid på knappe 58 prosent av heltidsstilling i kommunehelse-tjenesten gjennom hele perioden og tilsvarende knappe 49 prosent i pleie- og omsorgstjenesten. For sysselsatte med videregående utdanning er økningen i arbeidstid noe større gjennom perioden, særlig i pleie- og omsorgstjenesten. Den største økningen i arbeidstid finner man allikevel innenfor de høyere utdannede gruppene, i begge sektorer (sykepleiere, sykepleiere med videreutdanning og annen høyere utdanning), mens *nivået* for disse gruppene som forventet er høyere i kommunehelse-tjenesten. Det er altså slik at det stort sett er gruppene med høyest kompetanse som har økninger i stillingsbrøken.

Tabell 7.7a: Gjennomsnitt arbeidstid etter kompetansenivå, kommunehelsetjenesten. Prosent av hel stilling

	2015	2016	2017	2018	2019
Ufaglærte	0,57	0,59	0,59	0,58	0,58
Videregående	0,74	0,74	0,75	0,75	0,75
Sykepleiere	0,79	0,79	0,80	0,82	0,82
Sykepleiere m/videreutdanning	0,84	0,85	0,86	0,87	0,89
Annen høyere utdanning	0,81	0,81	0,83	0,83	0,84
Vernepleier, barnevern, sosionom	0,89	0,90	0,90	0,91	0,91
Mastergradsutdanning	0,92	0,94	0,93	0,93	0,95
Annet	0,74	0,73	0,76	0,76	0,78

Tabell 7.7b: Gjennomsnitt arbeidstid etter kompetansenivå, pleie- og omsorg. Prosent av hel stilling

	2015	2016	2017	2018	2019
Ufaglærte	0,48	0,47	0,47	0,48	0,49
Videregående	0,63	0,64	0,64	0,65	0,66
Sykepleiere	0,82	0,83	0,84	0,85	0,86
Sykepleiere m/videreutdanning	0,70	0,72	0,72	0,72	0,74
Annen høyere utdanning	0,47	0,46	0,48	0,50	0,51
Vernepleier, barnevern, sosionom	0,86	0,87	0,87	0,88	0,88
Mastergradsutdanning	0,73	0,69	0,71	0,72	0,74
Annet	0,51	0,51	0,52	0,54	0,55

I løpet av perioden fra 2015 til 2019 har gjennomsnittlig arbeidstid økt i alle fylker. Veksten har vært høyest i en del av de fylkene som hadde lavest gjennomsnitt i 2015, og særlig i Aust- og Vest-Agder. Men forskjellene er i 2019 omtrent like stor som i 2015. Både i 2015 og 2019 var gjennomsnittlig arbeidstid høyest i Finnmark og Oslo.

Tabell 7.8: Gjennomsnittlig arbeidstid etter fylke 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Østfold	64,6	65,7	66,6	67,8	68,5
Akershus	67,4	67,5	67,9	69,0	69,4
Oslo	70,0	69,9	70,7	71,6	72,4
Hedmark	65,4	65,7	65,9	67,0	68,0
Oppland	63,6	63,9	64,9	64,8	66,3
Buskerud	65,9	66,2	67,2	68,5	69,6
Vestfold	63,5	64,4	65,0	65,9	67,5
Telemark	63,7	64,2	65,2	65,9	67,2
Aust-Agder	61,9	62,2	63,6	65,7	68,1
Vest-Agder	62,0	62,7	64,1	65,1	66,6
Rogaland	64,3	64,7	65,2	65,7	66,9
Hordaland	62,3	62,4	62,9	63,8	65,2
Sogn og Fjordane	64,9	65,5	66,7	67,8	68,7
Møre og Romsdal	63,8	64,6	65,8	66,1	67,6
Nordland	66,5	67,2	68,0	68,6	70,2
Troms	66,3	65,9	67,1	68,3	69,7
Finnmark	70,9	70,9	71,3	72,2	73,5
Trøndelag	63,0	63,8	64,4	65,1	66,0

En kan oppsummere gjennomgangen i denne delen av kapittelet slik vi gjorde ovenfor: Trenden er godt i tråd med intensjonene i Kompetanseløft 2020, siden det altså er slik at det stort sett er *gruppene med høyest kompetanse som har økninger i stillingsbrøken*.

6.4 Kort om bakgrunnskjennetegn hos sysselsatte: Alder og innvandrerstatus

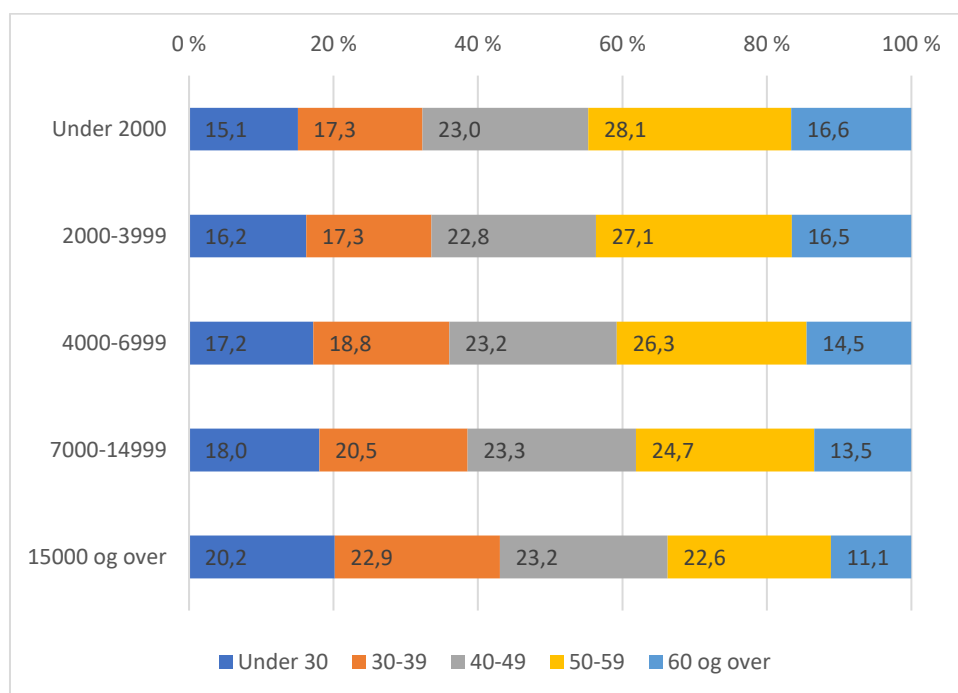
Aldersfordelingen gjenspeiler både rekrutteringsmønstre, mobilitet og avgang fra yrkene. Blant de ansatte sett under ett, er det en jevn fordeling på de fire aldersgruppene under 60 år. Når aldersgruppen 60 år og eldre utgjør 12,4 prosent, betyr det at nesten 20 000 årsverk må erstattes som følge av naturlig avgang de nærmeste årene. Dette er noe flere enn veksten i antall årsverk fra 2015 til 2019.

Aldersfordelingen varierer nokså mye mellom yrkesgruppene. Det reflekterer blant annet når de har avsluttet sin grunnutdanning, for eksempel tas både mastergrader og videreutdanning for sykepleiere i relativt voksen alder. Blant de ufaglærte er det både en høy andel yngre (under 30 år) og en høy andel som er 60 år og eldre. De yngste ufaglærte kan være personer som ennå ikke har kommet i gang med en utdanning, eller studenter og skolelever som jobber deltid ved siden av studiene. Gruppen med videregående utdanning har noe av det samme mønsteret, men mønsteret er ikke like tydelig. Det er verdt å merke seg at det er relativt få sykepleiere i den eldste aldersgruppen. Dette kan henge sammen med stor avgang eller overgang til spesialisthelsetjenesten. Også blant vernepleiere, barneverns- og sosionomer er det relativt få eldre, men det kan ha sammenheng med at mange er rekruttert relativt nylig fordi dette en gruppe som har økt relativt mye, og mer enn sykepleiergruppen, etter 2015 (jf. tabell 7.3).

Tabell 7.9: Årsverk etter alder og kompetanse. 2019

	Under 30	30-39	40-49	50-59	60 og over	N=100
Ufaglærte	26,6	16,0	16,2	22,4	18,8	18507
Videregående	17,7	17,9	22,3	27,3	14,8	69920
Sykepleiere	16,0	26,4	26,3	22,5	8,8	35598
Sykepleiere m/videreutdanning	1,1	17,5	38,0	29,3	14,1	3923
Annen høyere utdanning	35,0	28,0	19,3	11,9	5,7	6703
Vernepleier, barnevern, sosionom	20,5	27,2	25,8	19,4	7,0	12867
Mastergradsutdanning	10,6	46,6	25,0	11,7	6,1	544
Annet	20,5	27,6	24,6	19,2	8,2	10779
Alle	19,1	21,5	23,2	23,8	12,4	158839

Aldersfordelingen varierer ikke mye etter kommunestørrelse, men det er likevel en relativt klar tendens i forskjellen mellom de minste og de største kommunene. I kommuner med færre enn 4000 innbyggere utgjør de to eldste gruppene ca. 44 prosent mot ca. 34 prosent i de største kommunene. De minste kommunene må dermed erstatte relativt flere årsverk som følge av naturlig avgang i årene framover. Dette mønsteret kan tyde på at særlig små kommuner har spesielle vansker i rekrutteringsarbeidet.



Figur 7.4: Årsverk etter alder og kommunestørrelse

Som nevnt innledningsvis har en betydelig del av sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten innvandrerbakgrunn. I tabell 7.10a og 7.10b vises utviklingen i andelen sysselsatte i henholdsvis kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren som har en eller annen bakgrunn fra utlandet (dvs. som ikke er født i Norge med norskfødte foreldre). Utviklingen vises for grupper av kommuner med ulike kommunestørrelser. Mens andelen ikke endrer seg nevneverdig over tid, ser vi at det er betydelige forskjeller mellom ulike typer kommuner til enhver tid: Det er særlig i de aller største kommunene at innslaget av sysselsatte med innvandrerbakgrunn er høyt, noe som trolig forklares av at det også er der innvandrere i stor grad er bosatt. Innvandrerandelen blant sysselsatte er for eksempel drøye 15 prosent i de største kommunene når det gjelder kommunehelsetjenesten, mot rundt 9-10 prosent i mindre kommuner. I pleie- og omsorgssektoren er andelen innvandrere blant sysselsatte i de største kommunene det dobbelte av hva den er i de mindre kommunene, med 25-30 prosent vs. opptil 17-18 prosent.

Tabell 7.10a: Andel med innvandrerbakgrunn i kommunehelsetjenesten. Etter kommunestørrelse. 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Under 2000	0,08	0,08	0,09	0,10	0,09
2000-3999	0,09	0,10	0,08	0,08	0,09
4000-6999	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10
7000-14999	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
15000 og over	0,15	0,16	0,16	0,17	0,17

Tabell 7.10b: Andel med innvandrerbakgrunn i pleie- og omsorg. Etter kommunestørrelse. 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Under 2000	0,16	0,16	0,17	0,18	0,18
2000-3999	0,12	0,13	0,14	0,15	0,15
4000-6999	0,13	0,14	0,14	0,15	0,16
7000-14999	0,13	0,14	0,15	0,16	0,17
15000 og over	0,25	0,26	0,27	0,28	0,29

6.5 Spesielt om forskjeller mellom fylker og store og små kommuner

På fylkesnivå henger antall årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten også nært sammen med antall innbyggere i fylket, men andre faktorer er også bestemmende, for eksempel antall kommuner og typer kommuner mv. i fylket. Vi ser at Hordaland har nesten nøyaktig like mange årsverk som Akershus, og flere enn Oslo. Også Rogaland og Trøndelag har et høyt antall årsverk. Færrest var det i Finnmark og Aust-Agder (vi vil senere se på antall årsverk i forhold til folketallet).

Veksten i antall årsverk var 11,4 prosent for hele landet samlet, (tabell 7.3), mens tabell 7.11 viser at veksttakten varierte relativt mye mellom fylkene. Den klart høyeste veksten hadde Aust-Agder med over 18 prosent. Deretter følger Akershus, Vest-Agder og Vestfold. Oppland hadde klart svakest vekst med 6,4 prosent. Deretter følger Finnmark med 8,2 prosent vekst, men også Oslo og Nordland hadde en noe svakere vekst enn landet sett under ett.

Tabell 7.11: Antall årsverk etter fylke. 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Vekst 2015- 2019
Østfold	8274	8542	8891	9196	9386	13,4
Akershus	13406	13674	14242	14726	15468	15,4
Oslo	13089	13188	13692	13948	14294	9,2
Hedmark	6664	6874	6978	7295	7483	12,3
Oppland	6411	6487	6565	6736	6824	6,4
Buskerud	7519	7607	7836	8137	8532	13,5
Vestfold	7009	7285	7536	7697	8025	14,5
Telemark	5399	5557	5750	5845	6007	11,3
Aust-Agder	3141	3205	3337	3524	3712	18,2
Vest-Agder	4866	5061	5281	5430	5603	15,2
Rogaland	11606	11786	12092	12479	12737	9,7
Hordaland	13855	14020	14380	14888	15348	10,8
Sogn og Fjordane	3914	3980	4158	4185	4315	10,2
Møre og Romsdal	8393	8511	8913	9038	9199	9,6
Nordland	8603	8704	9101	9175	9400	9,3
Troms	5650	5750	5956	6056	6284	11,2
Finnmark	2842	2868	2945	3077	3076	8,2
Trøndelag	11998	12174	12488	12904	13144	9,6

Tabell 7.12 viser de samme mønstrene, men for enkelhets skyld vises fylkenes prosentvise andel av landets samlede årsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som i tabell 7.11 ser en at det er store forskjeller mellom fylker, men også at disse er temmelig stabile i perioden.

Tabell 7.12: Antall årsverk etter fylke. Prosent

	2015	2016	2017	2018	2019
Østfold	5,8	5,9	5,9	6,0	5,9
Akershus	9,4	9,4	9,5	9,5	9,7
Oslo	9,2	9,1	9,1	9,0	9,0
Hedmark	4,7	4,7	4,6	4,7	4,7
Oppland	4,5	4,5	4,4	4,4	4,3
Buskerud	5,3	5,2	5,2	5,3	5,4
Vestfold	4,9	5,0	5,0	5,0	5,1
Telemark	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
Aust-Agder	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3
Vest-Agder	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5
Rogaland	8,1	8,1	8,1	8,1	8,0
Hordaland	9,7	9,7	9,6	9,6	9,7
Sogn og Fjordane	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7
Møre og Romsdal	5,9	5,9	5,9	5,9	5,8
Nordland	6,0	6,0	6,1	5,9	5,9
Troms	4,0	4,0	4,0	3,9	4,0
Finnmark	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9
Trøndelag	8,4	8,4	8,3	8,4	8,3

Tabell 7.13 viser hvordan årsverkene i de enkelte fylkene fordeler seg på kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene, vist både med absolutte tall og i prosent. Som vist i tabell 7.2 sto kommunehelsetjenesten for 13 prosent av de samlede årsverkene på landsbasis i 2019. Fordelingen mellom kommunehelsetjeneste og pleie- og omsorgstjenestene varierer en del mellom fylkene. Oslo, Buskerud og Hordaland har høyest andel i kommunehelsetjenesten med henholdsvis 16,1, 15,6 og 15,5 prosent. Møre og Romsdal og Buskerud har de klart laveste andelene med 9,5 og 10 prosent. Forskjellene i fordelingen mellom de to sektorene er med andre ord betydelig mellom de fem fylkene som danner ytterpunktene, men for de øvrige fylkene er spredningen moderat.

Tabell 7.13: Årsverk i fylkene fordelt på kommunehelse og pleie- og omsorgstjenesten. 2019

	Kommunehelsetjenesten		Pleie og omsorg		N=100
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Østfold	1155	12,3	8231	87,7	9386
Akershus	2137	13,8	13330	86,2	15468
Oslo	2300	16,1	11994	83,9	14294
Hedmark	745	10,0	6738	90,0	7483
Oppland	918	13,5	5906	86,5	6824
Buskerud	1333	15,6	7198	84,4	8532
Vestfold	963	12,0	7062	88,0	8025
Telemark	706	11,8	5301	88,2	6007
Aust-Agder	434	11,7	3278	88,3	3712
Vest-Agder	701	12,5	4902	87,5	5603
Rogaland	1678	13,2	11059	86,8	12737
Hordaland	2384	15,5	12964	84,5	15348
Sogn og Fjordane	545	12,6	3770	87,4	4315
Møre og Romsdal	874	9,5	8326	90,5	9199
Nordland	1058	11,3	8342	88,7	9400
Troms	695	11,1	5590	88,9	6284
Finnmark	361	11,8	2714	88,2	3076
Trøndelag	1651	12,6	11493	87,4	13144

Fordelingen av antall årsverk mellom kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren varierer som vi har sett relativt mye mellom fylker. Tabell 7.14 på neste side viser at andelen av årsverkene i kommunehelsetjenesten øker med antall innbyggere i kommunen. De minste kommunene med under 2000 innbyggere skiller seg klart fra de som har fra 15 000 innbyggere og oppover. De største kommunene står for nær halvparten av årsverkene.

Tabell 7.14: Fordelingen av årsverk mellom kommunehelsetjenesten og pleie og omsorg etter kommunestørrelse. 2019

Antall innbyggere	Kommunehelsetjenesten		Pleie og omsorg		N=100
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Under 2000	463	8,5	4975	91,5	5438
2000-3999	1132	10,2	9937	89,8	11069
4000-6999	1974	11,9	14589	88,1	16563
7000-14999	3204	13,2	21108	86,8	24312
15000 og over	13868	13,7	87590	86,3	101457

Sammensetningen av årsverk etter type kompetanse varierer ikke særlig mye med kommunestørrelse (dvs. antall innbyggere), men det er en svak tendens til et noe høyere kompetansenivå i kommuner med mange innbyggere⁹. Som vist i tabell 7.15 er andelen ufaglærte eller med kompetanse på videregående nivå klart lavest i de største kommunene. Andelen sykepleiere med grunnutdanning varierer lite, men andelen sykepleiere med videreutdanning øker etter økende antall innbyggere i kommunen. Den samme tendensen finner vi for de øvrige, men relativt små, gruppene med annen høyere utdanning. Det er ikke uventet at kommuner med mange ansatte også har en noe større bredde i staben. Hovedbildet er imidlertid at mindre kommuner ikke har noe markert svakere kompetansenivå enn de større.

Tabell 7.15: Årsverk etter kommunestørrelse og kompetansenivå. 2019. Prosent

	Under 2000	2000-3999	4000-6999	7000-14999	15000 og over
Ufaglærte	13,7	13,4	12,4	11,9	11,2
Videregående	48,3	47,8	48,2	45,4	42,4
Sykepleiere	23,5	22,8	22,0	23,1	22,2
Sykepleiere m/videreutdanning	1,8	2,0	2,1	2,6	2,6
Annen høyere utdanning	2,2	2,6	2,9	3,5	4,9
Vernepleier, barnevern, sosionom	4,6	6,1	6,7	8,0	8,7
Mastergradsutdanning	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4
Annet	5,8	5,1	5,3	5,3	7,6
N=100	5438	11069	16563	24312	101457

For å undersøke kapasiteten i den kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenesten er antall årsverk pr. innbygger et egnet mål. I landet sett under ett har antall årsverk per 1000 innbyggere i perioden økt fra 27,8 til 29,9 (tabell 7.16). Det er klart flest årsverk i forhold til folketallet i de små kommunene med mindre enn 2000 innbyggere. I 2019 var forholdstallet 49,1 i de minste kommunene med under 2000 innbyggere. Forholdstallet synker så gradvis etter økende kommunestørrelse til 27,1 i de største kommunene med 15 000 innbyggere og mer. Det var et tilsvarende mønster i den brukerrorettede pleie- og omsorgstjenesten i 2009 (Aamodt mfl. 2011), men da målt i forhold til befolkningen 67 år og eldre.

⁹ Dette er også et funn i spørreskjemaundersøkelsen i evalueringen (Grut mfl. 2020:34).

De minste kommunene, med under 2000 innbyggere, har den klart største veksten i antall årsverk pr. innbygger, med 4,2, mens økningen var fra 2,0 til 2,3 i de øvrige kategoriene.

Tabell 7.16: Antall årsverk per 1000 innbyggere etter kommunestørrelse. 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Under 2000	44,9	45,8	46,9	47,6	49,1
2000-3999	39,8	39,4	41,1	42,2	41,8
4000-6999	35,2	35,0	35,2	35,8	37,4
7000-14999	30,1	29,6	30,6	32,2	32,4
15000 og over	24,9	25,2	25,9	26,6	27,1
Total	27,8	27,9	28,6	29,4	29,9

Forholdstallet mellom antall årsverk i kommunenes helse - og omsorgstjenester og folketall varierer relativt mye mellom fylkene. Sogn og Fjordane, Nordland og Finnmark har flest årsverk pr. 1000 innbyggere, rundt 40 i 2019, mens Oslo utmerker med klart færrest, med bare 21 (tabell 7.17). Oslos forholdstall er dermed ikke stort mer enn halvparten av tallet i Sogn og Fjordane. Også i Akershus og Rogaland er forholdstallene relativt lave, men likevel betydelig høyere enn i Oslo. Antall årsverk pr. innbygger har dessuten stått nesten stille i Oslo fra 2015 til 2019. Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Hedmark og Telemark har hatt størst vekst. En rimelig forklaring på slike forskjeller mellom fylker er altså det vi var inne på ovenfor: Ulike fylker består av ulike kommunesammensetninger, dvs. ulike andeler små og store kommuner, tett- og spredtbygde kommuner mv.). Bosettingsmønster og geografi har betydning for årsverk per 1000 innbyggere. Et årsverk "rekker over" flere brukere i Oslo, hvor 99,4 prosent er bosatt i bymessig strøk, sammenlignet med for eksempel Nordland, hvor andelen som bor i tettbygd eller bymessig strøk er 71,5 prosent (SSB).

Tabell 7.17: Antall årsverk per 1000 innbyggere etter fylke. 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Østfold	28,8	29,5	30,4	31,1	31,5
Akershus	22,9	23,0	23,6	24,0	24,8
Oslo	20,2	20,0	20,5	20,7	21,0
Hedmark	34,1	35,2	35,6	37,0	37,9
Oppland	34,0	34,3	34,7	35,5	36,0
Buskerud	28,8	27,5	28,3	28,9	30,1
Vestfold	28,9	29,7	30,5	30,9	32,0
Telemark	31,4	32,2	33,7	33,7	34,9
Aust-Agder	27,4	27,7	28,6	30,1	31,6
Vest-Agder	26,9	27,7	28,7	30,7	29,9
Rogaland	24,9	25,1	25,6	26,4	26,8
Hordaland	27,1	27,1	27,7	28,5	29,6
Sogn og Fjordane	36,8	36,3	37,7	38,8	40,7
Møre og Romsdal	34,0	32,3	33,6	33,9	35,8
Nordland	35,9	36,5	37,5	40,4	39,1
Troms	35,5	35,0	36,2	36,8	37,6
Finnmark	37,6	37,9	41,3	43,4	40,5
Trøndelag	26,9	27,1	27,7	28,2	28,4

For å illustrere forskjellene mellom kommuner vises til slutt i denne delen enkelte tall for enkeltkommuner som skiller seg ut med hensyn til antall årsverk pr. innbygger og i endring i antall årsverk fra 2015 til 2019. Vi har valgt å vise tall for de 20 kommunene med flest og de 20 kommunene med færrest årsverk pr. 1000 innbygger, og tilsvarende for kommuner med sterkest og svakest vekst. Manglende tall for enkelte kommuner i noen år henger sammen med at noen kommuner forsvinner og nye kommer til på grunn av kommunesammenslåinger. Det må igjen påpekes at tallene for enkeltkommuner kan variere ganske mye fra år til år, noe som i mange tilfeller skyldes mangelfull rapportering. Som nevnt innledningsvis er dette ment som en illustrasjon på kommunevariasjonen – det er de aggregerte *hovedtendensene* vi har sett på hittil som skal legges vekt på i sluttanalysen.

Blant de kommunene som har flest årsverk per 1000 innbygger ligger de aller fleste på et forholdstall på mellom 56 og 66, altså mer enn det dobbelt av landsgjennomsnittet (tabell 7.18). Tre kommuner skiller seg ut, og særlig er tallet høyt for Østre Toten. Denne kommunen har også hatt sterk vekst i antall årsverk pr. innbygger. Også Fosnes og i noen grad Smøla skiller seg ut. Tallet for Smøla i 2019 ligger betydelig høyere enn de foregående årene, men det mangler tall for 2018. Mange av kommunene har hatt stabile tall eller moderat vekst. Kvæfjord skiller seg klart ut med en sterk nedgang, men denne kommunen hadde det klart høyeste antallet årsverk pr. innbyggere i 2015.

De 20 kommunene med høyest antall årsverk i forhold til folketallet ligger i flere fylker, og omfatter både små og relativt store kommuner. Det er dermed vanskelig å se noe klart mønster.

Tabell 7.18: De 20 kommunene med flest årsverk per 1000 innbyggere 2015-2019

	Ant. Innb.	2015	2016	2017	2018	2019	Endring 2015- 2019
Østre Toten	14948	82,2	78,9	78,5	93,5	106,5	24,3
Fosnes	605	73,3	70,3	74,4	78,6	83,8	10,5
Smøla	2134	47,2	46,0	56,9		72,9	25,7
Ballangen	2470	60,9	63,4	68,5	68,9	69,8	9,0
Selbu	4088	42,3	48,4	54,1	55,0	66,5	24,2
Grue	4646	55,3	63,3	60,6	60,2	66,3	11,0
Osen	947	68,4	63,8	63,4	67,0	64,0	-4,3
Leikanger	947	56,6	58,5	73,4	59,4	63,3	6,7
Brønnøy	7916	53,7	58,1	59,8	59,9	61,1	7,4
Gloppen	5836	51,9	54,4	54,6	54,1	61,0	9,0
Alstahaug	7415	50,3	55,0	59,1		60,7	10,4
Gjerstad	2454	54,2	57,5	64,1	63,1	60,7	6,5
Strand	12720					59,7	
Nittedal	24089	45,5	45,0	45,5	46,9	59,2	13,7
Kvæfjord	2858	70,9	58,0	57,8	49,8	59,2	-11,7
Bremanger	3705	53,3	54,4	56,7	56,8	58,9	5,6
Fræna	9800	50,8	49,8	51,9	54,7	58,1	7,3
Ørland	5334	51,7	52,7	54,0	54,7	56,5	4,8
Nes	21885	49,2	51,4	51,6	54,0	56,5	7,2
Røyken	22635	54,7	56,8	58,3	55,1	56,4	1,6

Også blant kommunene med lavest antall årsverk i forhold til folketallet finner vi både små og store kommuner fra de fleste fylkene (tabell 7.19). Variasjonsbredden er relativt liten, fra 16,5 og Nordkapp til 22,3 i Vågsøy. De aller fleste av disse kommunene har hatt en lav vekst i forholdstallet, og noen har hatt nedgang. Det er med andre ord betydelig mindre variasjon blant disse 20 kommunene med lavest forholdstall enn blant dem med de høyeste forholdstallene.

Tabell 7.19: de 20 kommunene med færrest årsverk per 1000 innbyggere. 2015-2019

	Ant. Innb.	2015	2016	2017	2018	2019	Endring 2015- 2019
Nordkapp	3218	15,4	15,8	16,0	16,5	16,5	1,1
Sør-Odal	7879	17,7	18,2	18,5	18,3	18,6	1,0
Sandøy	1238	18,9	18,4	18,7	18,9	18,7	-0,2
Balestrand	1279	16,8	17,3	17,9	18,3	18,9	2,1
Sirdal	1839				18,2	19,5	
Overhalla	3879	20,5	19,8	19,2	17,5	19,5	-1,0
Kvam	8441	18,3	17,7	19,5	19,5	19,7	1,4
Båtsfjord	2270	15,4	16,8	17,9	18,1	20,1	4,6
Hadsel	2270				20,3	20,2	
Nedre Eiker	24963	18,6	19,0	19,6	19,9	20,3	1,7
Sørreisa	3489	19,0	20,2	20,5	20,7	20,5	1,5
Solund	820				22,0	20,6	
Ørsta	10857	20,2	19,5	20,3	20,9	20,8	0,6
Eide	3433	20,2	19,0	19,4	19,6	21,0	0,7
Lillehammer	28023	20,2	20,0	20,5	20,7	21,0	0,8
Vegårshei	2093	19,6	20,6	20,8	21,5	21,0	1,4
Målselv	6805	20,9	20,8	19,6	20,2	21,2	0,4
Engerdal	1286	19,1	19,8	20,2	25,4	21,3	2,1
Vaksdal	4045	18,4	18,6	19,3	20,7	22,2	3,8
Vågsøy	5970	20,2	20,8	21,8	21,6	22,3	2,1

Tabell 7.20 og 7.21 på neste side illustrerer hvor ulikt årsverkene i kommunal pleie og helse har utviklet seg over bare fem år. Mens noen kommuner har hatt en vekst på over 50 prosent, har andre kommuner hatt en reduksjon på rundt 25 prosent i samme periode. Dette utgjør ytterpunktene. Blant de 20 kommunene med sterkest vekst hadde de fleste fra 30–35 prosent vekst, og av dem med størst nedgang var nedgangen mellom 10 og 15 prosent for det store flertallet. Gruppen med størst vekst består både av noen små og en del mellomstore kommuner (dvs. i antall årsverk), men det er stort sett små kommuner i gruppen med sterkest nedgang.

Tabell 7.20: De 20 kommunene med sterke vekst i antall årsverk. 2015 - 2019

	2015	2016	2017	2018	2019	vekst
Hurdal	82	97	103	109	129	57,7
Storfjord	80	90	102	102	122	52,5
Røyken	552	626	692	768	841	52,4
Gratangen	54	52	64	57	81	50,0
Alstahaug	209	224	255	288	306	46,5
Vestby	252	281	308	316	358	42,1
Bokn	31	30	32	31	44	42,0
Tvedestrand	167	173	188	213	231	37,9
Hammerfest	340	375	406	437	465	37,0
Lier	574	621	675	732	786	36,9
Leikanger	81	82	79	100	110	35,4
Søgne	222	249	270	289	300	35,0
Rygge	502	546	656	769	677	34,9
Eidsvoll	522	535	604	643	701	34,4
Os	456	449	485	563	609	33,4
Eide	88	104	118	122	117	33,0
Froland	109	123	145	136	144	32,5
Ringerike	871	903	1000	1101	1141	31,0
Sola	551	572	557	678	715	29,8
Fet	224	233	256	276	290	29,4

Tabell 7.21: De 20 kommunene med sterke reduksjon i antall årsverk 2015 – 2019

	2015	2016	2017	2018	2019	vekst
Sørfold	92	91	88	94	84	-8,7
Granvin	38	32	33	34	35	-8,9
Rendalen	76	73	76	66	69	-9,1
Ørskog	85	78	81	80	77	-9,3
Guovdageaidnu - Kautokeino	127	112	126	115	115	-9,4
Unjárga - Nesseby	58	57	55	57	52	-10,0
Sømna	92	90	96	92	82	-11,3
Eidfjord	45	38	42	42	40	-11,6
Ibestad	61	51	51	50	54	-12,2
Lærdal	114	111	103	99	100	-12,5
Etnedal	67	71	69	67	58	-13,3
Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	112	106	101	95	97	-14,0
Torsken	45	41	39	40	39	-14,1
Vevelstad	25	23	27	25	21	-14,3
Vaksdal	154	150	137	140	130	-15,6
Aremark	52	49	46	40	44	-15,7
Modalen	27	22	22	19	22	-16,1
Valle	51	46	59	37	39	-23,7
Gamvik	57	50	48	42	42	-25,7
Divtasvuodna - Tysfjord	101	81	79	80	72	-29,0

6.6 Registerundersøkelsen oppsummert

Nedenfor oppsummeres punktvis utviklingen i innsats og kompetanse innenfor kommunenes helse- og omsorgssektor i perioden 2015-2019. Før dette kan det være på sin plass å sammenfatte enkelte hovedkonklusjoner fra gjennomgangen av registerdata:

Den samlede innsatsen i sektoren har økt i undersøkelsesperioden når vi ser på antall årsverk i kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Samtidig har perioden vært preget av *økt kompetanse* samlet sett, og særlig sett ved en betydelig reduksjon i antall årsverk utført av ufaglærte. Trenden er også at det stort sett er *gruppene med høyest kompetanse som har økninger i stillingsbrøken*. Dette er i tråd med hovedintensjonen i Kompetanseløft 2020. Sammenholdt med andre funn i evalueringen kan det gi holdepunkter for at virkemidler under Kompetanseløft 2020 har hatt en effekt: Blant annet viser surveyene (Grut mfl. 2020:51-52) som evalueringen har gjennomført at langt de fleste kommuner søker tilgjengelige midler og at et stort flertall også rapporterer at midlene under Kompetanseløft 2020 synes relevante. Også andre deler av evalueringen (case-studier) tyder på det samme. Samlet sett gir dette holdepunkter for at Kompetanseløft 2020-reformen har *virket* etter hensikten.

En mer detaljert oppsummering både langs disse punktene, samt punkter som viser til spesielle behov og utfordringer for ulike deler av kommunesektoren viser:

Både kapasitet og kompetanse har økt betydelig fra 2015 til 2019, og antall som arbeider har også steget. Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er betydelig større målt i antall årsverk enn kommunehelsetjenesten. De to tjenesteområdene utgjør henholdsvis 87 og 13 prosent av det samlede antall årsverk i 2019. Men kommunehelsetjenesten har hatt sterkest relativ vekst med 20 mot 10 prosent fra 2015 til 2019.

Antall årsverk har økt med vel 16 000 eller med 11,4 prosent fra 2015 til 2019. Det har blitt vel 6 prosent flere sysselsatte, og samtidig har den gjennomsnittlige arbeidstida økt ved at flere arbeide heltid. Andelen med heltidsarbeidstid (dvs. med 30 timer eller mer i avtalt arbeidstid) har økt fra 36,3 til 41,6 prosent. Det er særlig andelen med kort deltid, under 20 timer, som er redusert. Den gjennomsnittlige arbeidstida er klart høyere i kommunehelsetjenesten enn i pleie- og omsorgstjenesten, med 80 mot 66,7 prosent av hel stilling i sistnevnte, noe som sannsynligvis henger sammen med ulik kompetanse i de to sektorene.

I tillegg til veksten i antall årsverk har også kompetansenivået økt i perioden. Antall ufaglærte er redusert med 8 prosent, og antall årsverk med utdanning på videregående nivå har økt mindre enn totalen. Men fortsatt er ansatte med videregående utdanning den klart største gruppen, og utgjør 44 prosent av alle. Sykepleiere utgjør nær en firedel, og den er omtrent uendret i hele perioden. Veksten har vært sterkest i gruppen med annen høyere utdanning.

Kompetansenivået er betydelig høyere i kommunehelsetjenesten enn i pleie- og omsorgstjenesten. Mens ufaglærte og videregående utdanning utgjorde nær 60 prosent i pleie- og omsorgstjenesten, var

andelen i kommunehelsetjenesten bare en tredel. Andelen sykepleiere er om lag den samme i de to sektorene. Nesten alle sykepleiere med videreutdanning arbeidet i kommunehelsetjenesten.

Et viktig formål med dette kapitlet har vært å vise regionale forskjeller. Variasjonen i antall årsverk mellom fylkene følger naturlig nok antall bosatte, men med en del avvik. Hordaland og Akershus har for eksempel flere årsverk enn Oslo. I alle fylkene har det vært en vekst i antall årsverk, men variasjonen er betydelig. Aust-Agder har hatt den klart høyeste veksten med over 18 prosent, fulgt av Akershus Vest-Agder og Vestfold. Oppland har hatt en vekst på bare 6,4 prosent. Også Finnmark, Oslo og Nordland har hatt en klart svakere vekst enn landsgjennomsnittet på 11,4, med henholdsvis 8,2, 9,2 og 9,3 prosent.

Også kompetanseprofilen variere en del mellom fylkene. Finnmark og Troms har klart de høyeste andelene ufaglærte, mens denne er lavest i Agderfylkene og Trøndelag. Oslo har klart lavest andel ansatte på videregående nivå.

Som et enkelt mål på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten har vi beregnet antall årsverk pr. 1000 innbygger. Dette varierer en del mellom fylkene og enda mer mellom kommuner. For landet samlet var det 29,9 årsverk per innbygger i 2019, steget fra 27,8 i 2015. Forholdstallet er klart høyest i de minste kommunene. Kommuner med under 2000 innbyggere har nesten dobbelt så mange årsverk pr. innbygger som kommuner med 15000 og over innbyggere. Forskjellene på fylkesnivå er også store. I de fleste fylkene er antall årsverk pr. 1000 innbygger rundt 30, men mellom ytterpunktene er forskjellene store. Sogn og Fjordane og Finnmark har vel 40 årsverk pr. innbygger, praktisk talt dobbelt så mange som Oslo. Forholdstallet er også lavt i Akershus, mens igjen Hedmark, Nordland og Troms har høye tall.

Å vise tall for alle enkeltkommunene har liten hensikt, men for å illustrere den store variasjonen mellom kommuner, har vi valgt å ta med de 20 kommunene med høyeste og de 20 med lavest forholdstall. Mens noen kommuner har fra 70 årsverk eller mer per 1000 innbygger, har mange kommuner et forholdstall på 20 og under. Både blant kommuner med lave tall og høye tall finner vi både små og store kommuner fra nær sagt alle fylker. Vi finner også betydelige forskjeller mellom kommuner i hvordan antall årsverk har endret seg fra 2015 til 2019. Mange kommuner har sterk vekst, fra 30 prosent og over, mens det også er minst 20 kommuner med nedgang. For noen kommuner er nedgangen på rundt 25 prosent. Det må presiseres at kommuner med sterk vekst eller sterk nedgang er små. Det bør stilles spørsmål om i hvilken grad de store forskjellene mellom kommuner gir seg utslag i tjenestetilbudet.

Det kan være mange forklaringer på variasjoner mellom kommuner. Noe av forskjeller kan skyldes ulike behov for tjenester fra både kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Dette kan henge sammen med for eksempel andelen eldre innbyggere, ulike politiske prioriteringer, kommuneøkonomi, måten tjenestene er organisert på og rekrutteringsutfordringer.

7 Avslutning – evalueringsspørsmålene

7.1 Overordnet om funnene i evalueringen

Som nevnt innledningsvis har tiltak og virkemidler over Kompetanseløft 2020 i stor grad vært økonomiske insentiver, og det viktigste for kommunene har vært *Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd*. tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet, og formidles til kommunene via Statsforvalterne. Midlene skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og "*nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov*". Helsedirektoratet legger årlig føringer for hvilke områder som skal prioriteres, ut over det som er skissert i "Regelverk for tilskuddsordning. Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd".

Vår evaluering har vært konsentrert om denne tilskuddsordningen. Evalueringen viser at virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 alt i alt synes å være formålstjenlige, og de representerer viktige bidrag, men er ikke tilstrekkelig til alene å bidra til å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene i de seks strategiene i Kompetanseløft 2020:

- i. sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
- ii. sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset det tjenestene trenger
- iii. øke kompetansen hos ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- iv. legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
- v. bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
- vi. bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt kompetanse for ledere.

Spesielt ser det ut til at små kommuner, som det er flest av i Norge, har vansker. Både intervjuene og spørreskjemaundersøkelsene viser at situasjonen synes å være vanskeligere på en del områder i små kommuner enn i større og mer sentrale kommuner, selv om forskjellene ikke er store. Interkommunale nettverk og veiledning og støtte fra Statsforvalter er viktig i denne sammenheng.

Kompetanseløft 2020 skal bedre kvaliteten i den kommunale helsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten ved å bidra til en faglig sterk tjeneste. Kvalitet er et mangedimensjonalt begrep med et bredt sett av kjennetegn og indikatorer, hvorav *struktur* er en av dem. Kompetanseløft 2020 handler primært om struktur, og en forventning om at økte rammer, ressurser og kompetanse vil føre til tjenester av høyere kvalitet.

7.2 Bidrar virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 til å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene i de seks strategiene?

Vi oppsummerer her kort om virkemidler og tiltak rettet mot kommunene over Kompetanseløft 2020 bidrar til ønsket utvikling i tråd med intensjonene i strategiene. Måloppnåelse for de seks strategiene går igjen i de evalueringsspørsmålene som skal besvares.

Evalueringen viser at tilskuddsordningen bidrar til rekruttering av personell innen kommunehelse-tjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Samtidig er det vanskeligere å se betydningen for stabilitet i bemanningen. Mange kommuner, og i særlig grad små utkantkommuner, har vansker knyttet til å håndtere gjennomtrekk blant personalet. Småkommunene opplever lekkasje av fagfolk både til mer sentrale storkommuner og til sykehusene, hvor småkommunene ikke er konkurransedyktige med hensyn til å tilby større fagmiljøer. I Hallin og Danielsens (2008) undersøkelse av sykepleiere fant de at det er viktig å oppleve faglig utvikling i jobben, noe som også understrekes i våre intervjuer. Videre har Hasson og Arnetz (2008) vist at kompetanseheving kan bidra til å redusere den fysiske og emosjonelle belastningen hos ansatte, noe som i neste omgang også kan bidra til bedre arbeidsmiljø, mer stabilitet i arbeidsstokken og høyere kvalitet i tjenesten.

Vi fant at tilskuddene til utdanning ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset de lokale tjenestenes behov, spesielt i distriktskommuner. Størrelsen på tilskudd kan være lave sett i forhold til kommunenes vikar-utgifter, og tilgangen på kvalifiserte vikarer kan være vanskelig i distriktene og hemme muligheten for å gi ansatte utdanningspermisjon. Et moment som spiller inn, er at stillinger i helsesektoren er knyttet til profesjonen, slik at behovet for vikar bestemmes av hva slags kompetanse og funksjon som skal erstattes. Ofte er det en erfaren medarbeider som tar permisjon for videreutdanning, og det er ikke alltid enkelt å finne en vikar med tilsvarende kompetanse. Eksempler som gis viser at både kommunen og ansatte alt i alt synes det kan bli dyrt å gjennomføre lange utdanningsløp. Ansatte i kommuner som ikke har utdanningsinstitusjon kan synes det blir upraktisk å gjennomføre et lengre utdanningsløp fordi de får lang reisevei til utdanningsstedet der studiet krever oppmøte. Egen økonomi og familieforpliktelser er et moment som spiller inn for yngre ansatte som er i etableringsfase. Andre trekk ved arbeidsstyrken som kan spille inn, er aldersprofil og antall ufaglærte eller andel med lav utdanning. For eldre arbeidstakere kan antall år fram til pensjon spille inn både for tjenestens vilje til å legge til rette for kompetanseheving og ansattes vilje til å gå i gang med et kanskje krevende kompetanseløp.

Evalueringen viser at kommunene i liten grad har mulighet til å påvirke grunn- og videreutdanningene. Dette dreier seg både om utdanningenes innhold og hvordan selv utdanningstilbudet er strukturert (heltid, deltid, fjernundervisning, krav om oppmøte o.l.). Men også andre forhold spiller inn når det gjelder bruken av utdanningstilbud. Det kan synes som at jo lengre avstand det er fra kommune til utdanningsinstitusjon, jo mindre vanlig er det å nytte et utdanningstilbud. Dette samsvarer med tilbakemeldinger gitt i intervjuene med representanter for utdanningsinstitusjoner (helsevitenskap/-sykepleie), som sier de har fleste søkere fra egen kommune og nabokommuner, og svært få fra kommuner som ligger lengre unna. En studie av Gaski, Abelsen og Lie (2016) viser at bosted har betydning: Både hvilken landsdel studentene kommer fra og i hvilken landsdel de har studert, spiller en rolle for hvilken landsdel de velger å arbeide i. Etterspørsel etter etter- og videreutdanning handler derfor ikke bare om hvordan kommunen legger til rette.

I Primærhelsetjenestemeldingen pekes det på at det er et stort behov for innovasjon og tjenesteutvikling i hele helsesektoren i årene fremover, noe som også er et viktig tiltak i Kompetanseløft 2020. Innovasjon og tjenesteutvikling er omfattende og langvarige prosesser som innebærer mange steg og mange aktører. Det kan dreie seg om både å forbedre allerede eksisterende tjenester og å utvikle nye tjenester (Fitzsimmons, Fitzsimmons & Bordoloi, 2014). I spørreundersøkelsene fant vi at mindre kommuner i klart mindre grad enn større kommuner deltar i aktiviteter og prosjekter rettet mot både forskning, innovasjon og tjenesteutvikling. Vi fant en klar tendens til at slikt engasjement synker markant med minkende kommunestørrelse.

Arbeidsgivere som legger til rette for faglig utvikling gjennom motivasjon og praktisk støtte kan lykkes i både å rekruttere og beholde faglig kvalifisert personell i tillegg til å skape et godt arbeidsmiljø. Andre faktorer som spiller inn er interkommunale nettverk og samarbeid, samt faglig veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Det er grunnlag for å konkludere med at alle kommuner jobber kontinuerlig med å øke kompetansen i tjenestene, og dette begrunnes med en antagelse om at det er en sammenheng mellom kompetanse, det å jobbe kunnskapsbasert og tjenestekvalitet. Vi fant en tendens til at kommunene generelt har økt andelen ansatte med høyere formalkompetanse, først og fremst masternivå. I snitt dreier dette seg om en økning på 5-10 prosentpoeng. Samtidig så vi at større kommuner i langt større grad enn mindre kommuner har ansatte med slik kompetanse. Mens kun ca. 1/3 av kommunene med færre enn 2000 innbyggere opplyser at de har ansatte med kompetanse på masternivå, gjelder dette nærmest alle kommuner med over 15000 innbyggere. Kun et lite fåtall av de største kommunene har ansatte med doktorgrad (PhD) innen helseområdet: kun én kommune blant 22 i gruppen av nest største kommuner og kun 4 av 30 kommuner i gruppen av de største kommunene.

Alle kommunene som var inkludert i evalueringen har hatt mange ledere i lederutviklingsprogram, og satsingen har gått over flere år. Intervjuene viste at lederutvikling blir sett på som svært viktig for å få til både kompetanse- og tjenesteutvikling og stabilitet i bemanningen. Ingen av kommunene i intervjuundersøkelsen hadde imidlertid erfaring med det lederutviklingsprogrammet som nå går over Kompetanseløft 2020. Dette kan være tilfeldig, og må ikke tolkes som tegn på at dette lederutviklingsprogrammet ikke benyttes. Det skyldes at deltagelse i dette lederutviklingsprogrammet ikke var brukt som utvalgsriterium i intervjuundersøkelsen.

7.2.1 Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd – relevans og treffsikkerhet

Evalueringen viser at de behovene man har i kommunene til enhver tid ikke alltid er sammenfallende med de årlige føringene som blitt gitt for tilskuddsordningen. I flere av intervjuene problematiseres treffsikkerheten av prioriteringene og regelverket for årlige tilskudd slik det formuleres i Helsedirektoratets årlige tilskuddsbrev til Statsforvalter. Flere av informantene i intervjuundersøkelsen mente at kommunene best vet hva de trenger, og derfor bør involveres mye mer når det skal prioriteres hvordan tilskuddet skal utformes og brukes. Hvis en kommune for eksempel har stort behov for å utdanne helsefagarbeidere, vil de ikke søke midler for kompetanseheving innen eksempelvis palliasjon og ernæring.

7.2.2 Statsforvalterens rolle

Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd forvaltes av Statsforvalterne på vegne av Helsedirektoratet. Vi fant at det er forskjeller med hensyn til hvor aktive Statsforvalterne er i oppfølgingen av kommunene i sitt fylke, både når det gjelder oppfordring til å søke om midler, initiativtaker til og arrangør av for eksempel søkeseminar, veiledning i søkeprosessen og i forståelsen av føringene fra Helsedirektoratet. Selv om en vesentlig del av kostnadene med utdanning og videreutdanning dekkes av kommunene, er informantene enige om at Statsforvalter er en viktig aktør for strategisk planlegging ved å tilby informasjonsformidling, delta i diskusjoner, tilby veiledning og arrangere samlinger for kommunene. Statsforvalters rolle som rådgiver og veileder, og spesielt for små kommuner, i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene ser ut til å være svært viktig, og bør løftes tydeligere frem. Det at Helsedirektoratet, og kanskje i særlig grad Statsforvalter setter kompetanseheving på agendaen, stimulerer kommunene til lokal satsing.

7.2.3 Rekruttering og kompetanse i kommunehelsetjenesten – utfordringer for kommunene som følge av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen har endret utfordringsbildet når det gjelder behovet for kompetanse i kommunene. I et prosjekt gjennomførte for KS om samhandling og oppgavefordeling mellom kommuner og sykehus (Rohde, Grut, Lippestad og Anthun, 2020) viste kommunene til at de har overtatt mange behandlingsoppgaver som tidligere lå til sykehusene. Flere avanserte kliniske arbeidsprosesser gjøres nå i kommunene, som for eksempel intravenøs antibiotikabehandling og væskebehandling, stell av dren, og helsefaglig oppfølging av døende pasienter. Den samme studien viste at tidlig utskrivning fra sykehus og tettere oppfølging i kommunene er en ønsket utvikling, men at det ikke gis nok oppmerksomhet mot at kravene til kompetanse som trengs i kommunene derfor er endret. Det kan være uklart hva som forventes av kommunene, hva som trengs av personell, utstyr og kompetanse knyttet til at kommunene har fått mer ansvar for pasientoppfølging. Det dreier seg både om de konkrete arbeidsoppgavene i det pasientnære arbeidet, og om at hjemmetjenesten ofte ikke er bemannet for å tilby døgnkontinuerlig oppfølging av svært syke pasienter. Rohde og kolleger (2020) fant flere eksempler på at pasienten ble liggende i sykehus fordi kommunen verken hadde personellressurser, kompetanse eller utstyr til å tilby pasienten den nødvendige helsehjelpen. Et annet perspektiv som ble trukket fram i den kartleggingen var at det kan herske uenighet om hva som forventes av kommunene med hensyn til faglig oppfølging av pasienter som overføres fra sykehusene. Noe som skaper vansker for kommunene, og da særlig med hensyn til tilgjengelige personellressurser, er at kommunene ofte får kort tid på seg til å ta imot pasienter fra sykehusene, at nødvendig informasjon (epikrise, medisinlister o.a.) eller utstyr ikke følger pasienten ved utskrivning, at kompetanseoverføring fra sykehus til kommune ikke følges opp av sykehuset, samt at sykehus kan ha lovet pasienten en spesifikk oppfølging i kommunehelsetjenesten, noe som kan stå i motstrid til det oppfølgingstilbudet kommunene mener er riktig og som de kan tilby. Theie og kolleger (2018) fant at samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste i liten grad er styrket, og at strukturene og maktbalansene i helsesektoren er de samme som før samhandlingsreformen. Kommunene har marginal innflytelse over pasientenes behandlingsløp selv om de mottar flere og ofte mer krevende pasienter.

Et system for kontinuerlig kompetanseheving, kompetanseoverføring og veiledning fra sykehus til kommune er derfor viktig og nødvendig. Rohde og kolleger (2020) fant blant annet at kommuner kan bruke mye tid, både internt og i forholdet til og samhandlingen med til sykehuset, for å legge til rette for kompetanseheving, strukturere tjenester og ta initiativ til samhandling når pasienter skrives ut fra sykehus. I dette arbeidet er også sykehusets innsats svært viktig, og spesielt når det gjelder kompetanseheving. Det pågår en rekke prosjekter for å møte disse utfordringene: teambygging, hvor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber sammen for å gi et samlet og helhetlig tilbud; ambulerende team, hvor personell fra sykehuset jobber "skulder-ved-skulder" med personell i kommunen i det pasientnære arbeidet; hospitering i spesialisthelsetjenesten for kommunalt personell og, noe sjeldnere, i kommunen for sykehuspersonell. Ulike former for konkret samarbeid mellom personell i spesialisthelsetjenesten og i kommunen burde vært brukt mer for å bidra til kompetanseheving og ruste kommunene til å håndtere komplekse problemstillinger.

7.2.4 Særlige utfordringer for små kommuner

De fleste kommuner i Norge har få innbyggere; over 2/3 av kommunene i Norge bosetter ca. 20 prosent av befolkningen. Mange av disse kommunene er preget av befolkningsnedgang. Etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal *generalistprinsippet* ligge til grunn for de kommunale tjenestene ved at alle skal ha lik tilgang til helsehjelp uavhengig av hvor de bor. Innbyggere i små kommuner skal tilbys samme helsehjelp som de i større og mer sentrale kommuner.

Kommunene hankses med et bredt spekter av utfordringer i helsesektoren, og de små kommunene har først og fremst behov for støtte til å rekruttere generalister framfor helsepersonell med spesialistkompetanse som kan ta de avanserte oppgavene, som i små kommuner forekommer sjelden og med ujevne mellomrom. På områder der kommunene ikke har tilstrekkelig tilgang til kompetanse ut fra behovet, skriver Brandtzæg og kolleger (2019) at dette i første rekke skyldes at kommunene har for få innbyggere og pasienter/brukere til å kunne etablere et robust fagmiljø. I små kommuner med forholdvis få ansatte vil fagmiljøet være lite, og de er spesielt sårbare når nøkkelpersonell slutter i jobben. Små kommuner kan også være mindre attraktive som arbeidsplass for personer med spesialkompetanse fordi fagmiljøet og tilfanget at oppgaver som krever spesialkompetanse er lite. Dette kan påvirke både nyrekruttering og kontinuitet i arbeidsstokken. Små kommuner med lite fagmiljø har vansker med å få kvalifiserte søkere, og vansker med å holde på kompetente ansatte. Små, usentrale kommuner er avhengig av å rekruttere personer som ønsker å bo usentralt og nettopp i den kommunen, noe som kan redusere tallet på aktuelle kandidater. Brandtzæg og kolleger (2019) peker på at rekrutteringsproblemene for små kommuner både kan knyttes til kommunestørrelse, bosettingsmønsteret, arbeids- og næringslivet for øvrig, og det faktum at de fleste små kommuner ligger usentralt. Det vil si flere forhold spiller inn.

I likhet med Brandtzæg og kollegers studie, fant vi at små kommuner i utkantstrøk er særlig sårbare for "smådriftsulemper" som kan hemme både tjenesten og ansatte i å gjennomføre kompetanseheving. Det er klart flest årsverk i forhold til folketallet i små kommuner (færre enn 2000 innbyggere). Dette kan også skyldes at disse kommunene har den høyeste andelen eldre innbyggere, som er den største mottakergruppen av helse- og omsorgstjenester, og det kan skyldes at muligheten for effektiv drift er mindre i en liten organisasjon enn i en stor. En liten organisasjon har ikke samme fleksibilitet som en større organisasjon.

Også De Smedt og Mehus (2017) viser i sin studie at små kommuner i grisgrendte strøk har særegne utfordringer, med tilsvarende krav til kompetanse, men at disse er lite beskrevet og synliggjort i forskning. Ansatte må ha kompetanse ut over de rent faglige kvalifikasjonene. Flere studier nevner behovet for å kunne jobbe selvstendig og ofte alene, og å kunne improvisere når de står overfor nye, potensielt krevende, oppgaver (Eriksen & Huemer, 2019; Nilsen, Huemer, & Eriksen, 2012; Gregersen, 2018). De Smedt og Mehus (2017) skriver at kompetansebehovet for helsepersonell som arbeider i grisgrendte områder vil dreie seg om å kunne å bevege seg i en gråsoner mellom sykepleiefaglig, medisinskfaglig og sosialfaglig arbeid. Dette bør reflekteres i utdanningstilbud til helsepersonell som skal arbeide i små distriktskommuner.

7.2.5 Interkommunalt samarbeid

Vi fant at særlig distriktskommuner engasjerer seg i regionalt og interkommunalt samarbeid for å øke kompetanse og bidra til rekruttering og stabilitet i bemanningen. Interkommunalt samarbeid og nettverk byr på tilgang til et større fagmiljø. Det finnes også noen eksempler på at kommuner går sammen om å utlyse hele stillinger som dekker flere kommuner. I våre intervjuer har vi eksempler på at små kommuner bruker det regionale nettverket og samarbeidet for å møte de utfordringene de står overfor når det gjelder rekruttering, kompetanse og stabilitet i arbeidsstokken, fordi interkommunalt samarbeid og nettverk vil kunne tilby et større fagmiljø. Vi fant også eksempler på at kommuner bruker det interkommunale nettverket for å diskutere behov og planlegging knyttet til søknad om midler over Kompetanseløft 2020.

Spørreskjemaundersøkelsene viste at mange kommuner er avhengige av det interkommunale samarbeidet for å få løst oppgavene på en tilfredsstillende måte, og behovet for slike samarbeid vil trolig øke i årene som kommer. Interkommunalt samarbeid vil kunne gi større og sterkere fagmiljøer, og følgelig bedre tjenester og mer effektiv drift. Samtidig kan det by på utfordringer knyttet til koordinering og demokratisk styring og kontroll. Småkommunene var delt i synet på om de har mye å gå på før ulempene med interkommunalt samarbeid blir for store, og kommunesammenslåing vil være en bedre løsning. Det kan synes som de minste og minst sentrale kommunene mener de har mest å gå på før samarbeidsulempene blir for store. Kommuneøkonomi, geografi og bosettingsmønster spiller inn.

Representanter for de små kommunene signaliserte et økende behov for interkommunalt samarbeid. Et omfattende samarbeid krever en langt mer systematisk organisering enn det som er tilfellet i dag. Etablering av tilfeldige samarbeid etter hvert som det oppstår prekære behov, og gjerne med ulike samarbeidspartnere, er ikke en framtidrettet løsning. Skal man ha en systematisk og mer framtidrettet satsing på interkommunalt samarbeid, bør det etableres faste konstellasjoner om tjenestesamarbeid og administrativt samarbeid. Dersom interkommunalt samarbeid skal være en aktuell strategi for at små kommuner skal kunne ivareta rollen som generalistkommune, må dette løftes til et nytt nivå sammenlignet med det som er tilfellet i mange regioner i dag. Det vil være behov for faste samarbeidskonstellasjoner med felles digital infrastruktur som driftes og utvikles interkommunalt.

7.2.6 Kompetanseløft 2020 og lederutvikling

Alle kommunene som var inkludert i evalueringen har hatt mange ledere i lederutviklingsprogram, og satsingen har gått over flere år. Ingen av kommunene i intervjuundersøkelsen hadde imidlertid erfaring med det lederutviklingsprogrammet som nå går over Kompetanseløft 2020. Dette kan være tilfeldig, og må ikke tolkes som tegn på at dette lederutviklingsprogrammet ikke benyttes. Det skyldes at deltagelse i lederutviklingsprogram ikke var brukt som utvalgsriterium i intervjuundersøkelsen. Vår evaluering viser at lederutvikling er et satsingsområde, selv om ingen av kommunene i intervjuundersøkelse har benyttet lederutviklingsprogrammet i Kompetanseløft 2020. Intervjuene viser at god ledelse vurderes som avgjørende for god drift og godt strategiarbeid, og sees på som en forutsetning for oppmerksomhet mot rekruttering og kompetanseheving på alle nivåer i organisasjonen. Styrking av enhetsledernivå, de lederne som er nærmest praksisfeltet, synes å være spesielt viktig.

7.2.7 Kontinuerlig og systematisk arbeid med kompetanse og rekruttering

Når vi ser på evalueringen samlet, viser alle delundersøkelsene at kommunene arbeider systematisk med å lage oversikter over behov og ressurser i egen kommune (noe de for øvrig plikter å gjøre jf. Nasjonal veileder 2018¹⁰). Dette sammenfaller med andre undersøkelser, for eksempel Rohde mfl. (2020), som også fant at kommuner jobber kontinuerlig med å rekruttere og heve kompetansen, og at kommunene bruker ressurser på dette. Planarbeidet er grunnlag for arbeidet, og er viktig for den strategiske utviklingen i sektoren. I både intervjuundersøkelsene og surveyene fant vi at kommunene jobber med rekruttering av helsepersonell og med kompetanseheving i ulike former. Sammenholdt med funnene fra registerundersøkelsene, som viser at kompetansen og bemanningen har økt i sektoren i løpet av disse årene, tolkes dette som at Kompetanseløft 2020 har vært viktig for utviklingen av helsesektoren i kommunene. Det tar tid å bygge opp kompetanse, og både medisinsk og helsefaglig utvikling og gjennomtrekk av personell skaper et kontinuerlig behov for rekruttering og opplæring. Enkelte av våre informanter ga eksempler på at kommunen har hatt egne tiltak og ressurser for å rekruttere personer med kompetanse som det er vanskelig å få rekruttert, for eksempel sykepleier med spesialkompetanse, lege, fysioterapeut eller psykolog. Som regel har dette vært engangsinisiativ. Eksempel på tiltak som har vært forsøkt utenfor Kompetanseløft 2020, er ekstra lønnstilskudd, fri bolig, og også fri etterutdanning som tilbud til egne ansatte de ønsker å beholde.

Det viktigste beslutningsnivået i dette arbeidet synes å være kommunaldirektører/-ledere og enhetsledere. Administrativ og faglig ledelse er derfor viktige premissgivere for utviklingen av sektoren. Det kan virke som om det er liten aksept i kommunenes politiske ledelse for å finansiere kompetanse- og tjenesteutvikling over egne budsjetter. Målrettede midler som Kompetanseløft 2020 er derfor et svært viktig bidrag for å kunne gjennomføre nødvendige kompetansehevende tiltak.

7.3 Er midlene relevante?

Så godt som alle kommuner søker midler over Kompetanseløft 2020, selv om ikke alle søker hvert år. Det er viktig å merke seg at forskjellen mellom store og små kommuner er liten på dette punktet. Det er en svak tendens til at de minste kommunene i mindre grad enn de større søker om midler i forbindelse med kompetanseutviklingsarbeidet. Det er også en svak tendens til at forholdsvis flere av de større kommuner oppgir at tiltakene og midlene som kan søkes om innenfor Kompetanseløft 2020 er relevante for dem. Samtidig er det viktig å være klar over at dette kan endre seg fra år til år. Midlene til utdanningstilskudd til videre- og høyere utdanning er små sett i forhold til både kommunens, og ofte den ansattes, egne kostnader. Størrelsen på egenandelene kan være en faktor som begrenser små kommuner, eller ansatte i disse kommunene, fra å nyttiggjøre seg midlene fullt ut.

Kortvarige kurs, som ABC-opplæring og korte e-læringskurs, blir ofte nevnt i intervjuene som eksempler på fruktbar og tilgjengelig kompetanseheving, selv om disse ikke gir den faglige fordypningen som er nødvendig og som er etterspurt for å løfte kompetansen i sektoren. Dette har også Bing-Jonsson og kolleger (2016) vært inne på. De skriver at det er et stort gap mellom politiske forventninger og idealer når det gjelder nivået på kompetanse, og mulighetene for kompetanseutvikling hos helsepersonell.

¹⁰ Nasjonal veileder. [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#). Sist faglig oppdatert: 11. februar 2019.

Fordi kortvarige kurs er populære, bør de utvides for å omfatte flere temaer enn tilfellet er i dag. ABC-opplæring omfatter fagområdene eldre, demens, utviklingshemming og musikkbasert miljøbehandling. I tillegg finnes en modul for ABC til helsearbeiderfagbrev, en introduksjonsopplæring for vikarer og ufaglærte og Velferdsteknologiens ABC. I alt 96 prosent av landets kommuner har siden 2007 deltatt i eller er i gang med ABC-opplæring. Bortsett fra Velferdsteknologiens ABC som håndteres av KS, er alle utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Det er grunn til å spørre om dette gjør kursene litt vel mye rettet mot eldreomsorgen med tanke på at kommunene får stadig større og mer krevende ansvar for pasienter i alle aldersgrupper og med mange ulike sykdommer og helsebehov. I alt 44 prosent av dem som mottok helsetjenester i hjemmet ved utgangen av 2019, var 66 år eller yngre. Blant personer 67 år og eldre har andelen mottakere gått litt ned de siste årene. Vi vil derfor anbefale at det utvikles kurs også rettet mot oppfølging av yngre brukergrupper.

7.3.1 Kompetanseløft 2020 og utdanningsinstitusjonene

I henhold til planen skal Kompetanseløft 2020 blant annet bidra til å sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet, er tilpasset tjenestenes behov og at strategien bidrar til god praksis. I vår evaluering problematiseres spørsmålet om faglig forsvarlighet, blant annet som følge av endret utskrivningspraksis fra sykehusene. Enkelte av de sykepleie- og helsefaglige oppgavene som i dag skal gis i brukernes hjem inngår ikke i utdanningen til verken sykepleiere eller helsefagarbeidere. Tjenesten har derfor behov for lett tilgang til praksisnær kompetanseheving knyttet til de behov pasienter til enhver tid har. Det vil dermed være et kontinuerlig behov for opplæring i spesielle oppgaver avhengig av hva slags behov den enkelte pasient til enhver tid har.

Det kan synes som at jo lengre avstanden er mellom kommunen og utdanningsinstitusjonen, jo mindre vanlig er det å nytte et utdanningstilbud. Dette samsvarer med de tilbakemeldingene som ble gitt fra representanter for helsevitenskap ved høgskoler, som sier at de har flest søkere fra egen kommune og nabokommuner, og svært få fra kommuner som ligger lengre unna. Sammensetningen av årsverk etter type kompetanse varierer ikke særlig mye med kommunestørrelse (antall innbyggere), men det er en svak tendens til et noe høyere kompetansenivå i kommuner med mange innbyggere. Dette kan trolig henge sammen med det vi fant om at utdanningsinstitusjonene har flest studenter fra egen vertskommune og nabokommuner, og dette er de største kommunene (byer med omland), men hovedtendensen er at alle kommuner hever kompetansenivået.

Bruken av midler til etter- og videreutdanning handler ikke bare om hvordan kommuner legger til rette. Økonomiske rammebetingelser for utdanningsinstitusjonene spiller også en rolle. Dersom søkning til deltidsstudier ikke blir stort nok, eller frafallet blir for stort, kan det være vanskelig å opprettholde slike tilbud.

7.3.2 Kompetanseløft 2020 – forskningskompetanse og samarbeid med forskningsinstitusjoner

Når det gjelder ansatte med høyere kompetanse og forskningskompetanse (mastergrad eller doktorgrad), viser spørreundersøkelsen at større kommuner i langt større grad enn mindre kommuner har ansatte med høyere kompetanse (først og fremst mastergrad). Mens kun ca. 1/3 av kommunene med færre enn 2000 innbyggere opplyser at de har slike ansatte, gjelder dette nærmest alle kommuner med over 15000 innbyggere. Vi ser en tendens til at kommunene generelt har økt andelen ansatte med

forskningskompetanse. I snitt dreier dette seg om en økning på 5-10 prosentpoeng. Svært få kommuner har ansatte med doktorgrad (PhD), og bare de største kommunene har slike ansatte innen helseområdet. Dette gjelder én kommune blant de 22 i gruppen av nest største kommuner og fire av de 30 kommunene i gruppen av de største kommunene.

Spørreundersøkelsen viste også at mindre kommuner i klart mindre grad enn større kommuner samarbeider med forskningsinstitusjoner. Samme tendens ser vi når det gjelder deltagelse i forsknings- og/eller innovasjonsarbeid. Det er en klar og monoton tendens til at dette synker markant med minkende kommunestørrelse.

7.3.3 Kommuneøkonomiens betydning for deltakelsen i Kompetanseløft 2020.

Borge og kolleger (2017) viste til at de minste kommunene får høyere inntekter enn større kommuner gjennom inntektssystemet. I vår rapporten fra nullpunktmålingen (Nesje mfl., 2018) er det tydelig illustrert at kommuner med færre enn 3 000 innbyggere har klart høyere inntekt pr. innbygger. Noe av inntektsforskjellen vil også være en kompensasjon til usentrale kommuner gjennom distriktsindeksen. I den grad rekrutteringsutfordringene kan avhjelpes gjennom å tilby høyere lønn, har kommunene et virkemiddel også her, og dette er et virkemiddel som en del kommuner benytter. Pleie- og omsorgsoppgaver som krever spesialkompetanse er en type oppgave hvor betydningen av inntektsnivået er tydelig når det gjelder kapasitet, mens det ikke er signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder kompetanse. Både sentrale og usentrale høynntektskommuner oppgir, som forventet, å ha signifikant bedre kapasitet enn usentrale lavinntektskommuner. Sentrale høynntektskommuner er også, naturlig nok, signifikant bedre enn sentrale lavinntektskommuner. Fire av ni usentrale lavinntektskommuner oppgir å ha dårlig eller svært dårlig kapasitet, og tre av ni oppgir å ha dårlig kompetanse. I en studie av Theie og medarbeidere (2018), ble det vist til at lovnaden om en styrket økonomisk satsing i liten grad har vært fulgt opp dersom man ser på kommunenes økonomi. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vokst, men utviklingen følger den gjennomsnittlige veksten i offentlige budsjetter – mindre enn én prosent vekst fra 2008. De fant også at kommuner med høye frie inntekter benytter en mindre andel av sine budsjetter på helse- og omsorgstjenester. Kartleggingen til Rohde og kolleger (2020) viser at helsetjenesten i kommunene samlet bare har økt sine utgifter svakt mer enn hva som har vært tilfellet for den øvrige delen av norsk økonomi, og økningen i antall årsverk har vært litt lavere enn for norsk økonomi samlet. Rohde konkluderer med at det ikke er grunnlag for å si at helsetjenesten har blitt spesielt prioritert i perioden. Vi finner i vår evaluering en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom nivået på de frie inntektene per innbygger i kommunene og andelen av kommunenes utgifter som anvendes til helse- og omsorgstjenester. Dette kan tolkes som et funn som styrker viktigheten av program som Kompetanseløft 2020.

7.3.4 Fører Kompetanseløft 2020 til en mer brukerorientert tjeneste?

I evalueringen ble det kun gjennomført en bruker/pasientundersøkelse i delprosjektet om rekruttering av psykologer. Denne viste at brukere/pasienter var svært fornøyde med at kommunene ansatte psykolog. I evalueringen forøvrig har informanter som representerer brukere vært ledere for kommunale råd for funksjonshemmede og eldreråd i de kommunene som ble trukket ut til intervjuundersøkelsen, og representant for fylkesråd for eldre i respektive fylker, samt at vi har hatt møter og intervju med representanter for Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)¹¹ og Samarbeidsforum

¹¹ <https://ffo.no/>

av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)¹² sentralt. Disse samtalen og intervjuene viser at Kompetanseløft 2020, og spørsmål som handler om rekruttering og kompetanseheving i kommunehelsetjenesten, ikke er prioriterte temaer i disse organene. Når det gjelder brukerinvolvering i kommunene er tilbakemeldingen at rådene blir involvert og "hørt", men generelt blir de involvert sent i prosesser. Ofte blir de informert og får uttale seg etter at viktige avgjørelser er tatt.

Begreper som brukerorientering og pasientorientering forekommer i meget liten grad i for eksempel Primærhelsetjenestemeldingen, hvor det i langt større grad snakkes om "pasientens helsetjeneste". Blant tiltakene for å skape en *pasientens helsetjeneste*, legges det nærmeste ensidig vekt på den helsefaglige kompetansen. Det trekkes fram betydningen av flere med helse- og sosialfaglig kompetanse, flere med høyere kompetanse, og en større tverrfaglig bredde enn før. Videre pekes det på betydningen av opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til etter- og videreutdanninger og lederutvikling som forutsetning for å skape pasientens helsetjeneste.

En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste skal virke i tråd med både faglige og forvaltningsmessige ambisjoner og krav til kvalitet. For å realisere dette må sektoren ha tilstrekkelig og kompetent bemanning. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt en stor og kompleks virksomhet som legger beslag på en stor del av samfunnets ressurser. Det er et stort behov for innovasjon og utvikling både for å løse dagens og framtidige oppgaver. Dette stiller store krav til ledere og ansatte. Hvis utviklingen går i retning av en større andel med høyere fagkompetanse, og dette borger for høy tjenestekvalitet, er det rimelig å si at Kompetanseløft 2020, sammen med andre tiltak, bidrar til en faglig sterk og mer brukerorientert tjeneste. Vår evaluering viser at kommunene følger opp intensjonene i primærhelsetjenestemeldingen om å skape en pasientens helsetjeneste gjennom satsing på økt fagkompetanse, herunder ledelse, for å møte de utfordringene kommunene står overfor. Det er imidlertid vanskelig å konkludere når det gjelder i *hvilken grad* Kompetanseløft 2020 bidrar "til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene, jf. intensjon i Primærhelsetjenestemeldingen om «pasientens helsetjeneste»"

7.3.5 Kontekstuelle forhold som virker i samme retning som Kompetanseløft 2020

Evalueringsslitteraturen som vi bygger vår tilnærming på, er tydelig på at alle program og prosjekter påvirkes av mange ulike forhold i omgivelsene. Det finnes studier som viser at mange ulike kontekstuelle forhold påvirker både rekruttering og stabilitet i bemanningen (Eriksen & Huemer, 2019; Nilsen, Huemer, & Eriksen, 2012). Ett eksempel er om den enkelte ansatte har støtte i et bredspektret, formelt og uformelt nettverk både faglig og sosialt, og om den faglige praksisen er forankret i lokalsamfunnet. Også vår evaluering viser at mange forskjellige omkringliggende forhold spiller inn og påvirker hvorvidt kommunen lykkes med rekruttering og kompetanseheving. Kommuneøkonomi, ledelse, deltagelse i faglige nettverk både kommunalt og interkommunalt, og oppfølging og støtte fra Fylkesmannen nevnes som viktig i utviklingsarbeidet.

Vi vil i tillegg nevne noen forhold vi mener har betydning, men som det ligger utenfor evalueringsoppdraget å analysere nærmere. Eksempler på forhold som påvirker er andre tiltak og prosjekter som handler om tjenesteutvikling og som gjennomføres i samme periode, pågående endringer i forvaltningsstrukturen og forhold på arbeidsmarkedet forøvrig. Vi vil trekke inn eksempler på andre støtteordninger, program og satsinger fra sentrale myndigheter som er rettet mot å ruste kommunene

¹² <https://www.safo.no/>

til å møte nåværende og kommende utfordringer innen helse- og omsorgssektoren, og som virker i samme retning som Kompetanseløft 2020. Initiativene er eksempler på tiltak som utgjør en viktig kontekst for Kompetanseløft 2020:

- Samfunnsøkonomisk analyse (2019) har laget en *gjennomgang av søknadsbaserte ordninger* for etter- og videreutdanning (EVU) innen helse- og omsorgstjenester. Det er hovedsakelig en søknadsbasert ordning for EVU innen helse- og omsorgstjenester der staten bidrar i finanseringen i tillegg til tilskuddsordningen Kompetanseløft 2020: *Lønnstilskudd til å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie*. I tillegg eksisterer det flere fondsordninger for EVU i offentlig sektor som retter seg mot ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten, samt flere ordninger som støtter opp under kompetanseutviklingen for ansatte på tvers av ulike tjenesteområder. Fonds- og stipendordningene på tvers av tjenesteområder inkluderer opplærings- og utviklingsfond (OU-fond) og ordningen med tariffavsatte kompetansemidler i staten. Vi vil også trekke fram utdanningsstillinger som viktig for videreutdanning og rekruttering i offentlig sektor, og utdanningsstillinger for videreutdanning av sykepleiere er en særlig interessant ordning for kommunesektoren. Ut over den tilrettelegging for EVU som sikres gjennom målrettede, statlige virkemidler og tariffestede rettigheter, bidrar arbeidstakerorganisasjonene selv med egne stipendtilbud, for eksempel stipendordninger for sykepleiere. Norsk Sykepleierforbund (NSF) deler totalt ut 10 millioner kroner årlig, fordelt på to søknadsfrister, til videreutdanning og mastergrad innen sykepleie.
- *Opptappingsplanen psykisk helse (1999–2008)*, som omfattet alle aldergrupper, var en omfattende satsing (*St.prp.nr.1 2002-2003*). Evaluering av *Opptappingsplan for psykisk helse* viste at planen bidro til å styrke tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser, og til større åpenhet (Brofoss og Larsen, 2009). Nesten alle kommuner oppga at planen hadde bidratt til en vesentlig bedring av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i deres kommune, selv om de ikke hadde kommet opp på "tilfredsstillende nivå" (Forskningsrådet, 2004). Evalueringene av denne planen poengterte at øremerkede midler ble ansett som vesentlig, da rammefinansiering kan føre til andre prioriteringer i kommunene.
- *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012)* bidro til at personer med psykiske lidelser fikk et mer samordnet tjenestetilbud fra arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgssektoren. Regjeringen videreførte og videreutviklet denne innsatsen gjennom *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)*, som omfattet alle med psykiske helseproblemer, også de som i tillegg har rusproblemer. Tiltakene i oppfølgingsplanen kom i tillegg til andre tjenestetilbud til målgruppen.
- Statsbudsjettet 2017 "*Sterk satsing på helsestasjon- og skolehelsetjeneste*", vist til prioritering av barn og unges helse og oppvekstvilkår. Ett av de viktigste tiltakene var styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I perioden 2014 til 2017 ble det bevilget til sammen 836 millioner kroner. I alt 60 millioner av tilskuddet er øremerket styrking av jordmorstillinger i kommunene.
- Styrkingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten følges opp av tilskuddsordningen "*Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten*" (Helsedirektoratet, 2021), som har som mål å styrke og utvikle kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste ytterligere. Målet er økt kvalitet, kompetanse og tverrfaglighet i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Nasjonale faglig retningslinjer for barselomsorgen og Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen.
- Med *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)* skal flere oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, og de som trengte det skulle få et godt behandlingstilbud. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skulle bli mer tilgjengelig digitalt, og helsehjelpen til unge med sammensatte behov og til barn i barnevernet skulle styrkes.

- Regjeringen trappet opp innsatsen på rusfeltet med 2,4 milliarder i perioden 2016 – 2020 gjennom *Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020*. Flere skulle få hjelp før de utviklet rusmiddelproblemer. Kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet skulle styrkes og brukermedvirkning skulle sikres i utformingen av tjenestetilbudet. Planen skulle bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle rusmiddelproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet og deres pårørende.
- Eldrereformen *Leve hele livet* skal bidra til utvikling av gode modeller for bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene, og kommunene kan søke om midler. Det ble blant annet satt av 20 millioner kroner i 2020.
- Framover vil *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 -2024* iverksettes, med 1,6 mrd. i årene 2021-2024. Dette innebærer forpliktende satsing på oppbygging av allmennlegetjenesten. Planen favner bredt og er omfattende. Stikkordene stabilitet og rekruttering peker mot to momenter: at erfarne leger skal bli i fastlegepraksisen og at yngre skal rekrutteres. Også denne planen virker i samme område som Kompetanseløft 2020.
- Regjeringen varslet i januar 2021, at det før sommeren 2021, skal legges frem en *strategi for desentralisert og fleksibel utdanning*. På regjeringen.no heter det at "med et arbeidsliv som stiller stadig større krav til kompetanse er det avgjørende at man rigger om utdanningssystemet og gjør det mer tilgjengelig for folk flest". De siste årene er det bevilget rundt 300 millioner kroner til denne satsingen.

8 Kompetanseløft 2020 som styringsverktøy

Den medisinske, helsefaglige og teknologiske utviklingen innen helse- og omsorgssektoren er stor, og krever kontinuerlig kompetanseutvikling. Evalueringen viser at kommuner jobber kontinuerlig med kompetanseutvikling. Kommunene har jobbet med kompetanseutvikling både før Kompetanseløft 2020, ved hjelp av Kompetanseløft 2020 og ved hjelp av andre eksterne midler. Selv om kompetanseutvikling finansieres dels av egne midler, synes statlig finansiering å være svært viktig. Det kan spørres om kommunene burde hatt et tydeligere ansvar for selv å både planlegge, gjennomføre og finansiere kompetanseutvikling for egne ansatte. Vi har ikke funnet tegn i våre undersøkelser på at kommuner systematisk setter av en viss prosentandel i budsjetter til kompetanseutvikling. Hvis dette stemmer, betyr det at kommunene er avhengig av statlig initiativ og finansiering av kompetanseutviklingen.

Evalueringen viser at Kompetanseløft 2020, om enn ikke alene, har hatt betydning for en positiv utvikling når det gjelder sysselsatte, årsverk, andelen med heltidsstillinger og andel med høyere kompetanse. Samtidig avdekkes forskjeller mellom fylkene og mellom små og store kommuner når det gjelder tilgang på fagpersonell. Evalueringens hovedkonklusjon er at det generelt sett, uavhengig av størrelse og geografi, mangler både personell og kompetanse, en situasjon som vil forsterkes i årene framover. Det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet er relevant og treffsikkert. Statsforvalterne spiller en viktig rolle i samhandlingen med kommunene, samtidig synes det som stadig flere kommuner inngår i interkommunale samarbeid for å møte de utfordringene de står overfor, og kommunene ser betydningen av å arbeide kontinuerlig og systematisk med rekruttering, kompetanse- og lederutvikling. Samhandlingsreformen stiller krav til kommunehelsetjenesten, og evalueringen viser

at der er igangsatt en rekke samarbeidprosjekter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å møte denne utfordringen.

Store statlige program, som Kompetanseløft 2020, stimulerer kommunene til et målrettet og systematisk arbeid, og modellen for samfinansiering forplikter kommunene til å sette av egne midler til utviklingsarbeid og kompetanseheving. Slike store statlige program og planer kan sees som et insitament for å få kommunene til å sette i gang utviklingsarbeid innen bestemte områder og på bestemte måter. Det kan dermed fungere som et ("mykt") styringsinstrument fra statlig hold ved at slike planer og program, og der det følger med finansiering, definerer hvilke tiltak som skal løftes fram. Program som Kompetanseløft 2020 gir et viktig signal til politisk og administrativ ledelse i kommunene, og åpner opp for en viss statlig styring av kommunale prioriteringer. Dette kan være viktig, ikke minst med tanke på at vi fant at den faglige administrative ledelsen, og ikke politisk ledelse, er den instans som utarbeider planer for tjenesteutviklingen i sektoren. Planer og program som Kompetanseløft 2020 stimulerer også samarbeid mellom forvaltningsnivåer, ikke minst relasjonen Statsforvalter og kommunene.

Alt i alt viser evalueringen at Kompetanseløft 2020, om enn ikke alene, har hatt betydning for en positiv faglig utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og har vært et viktig insitament for kommunenes videre satsing på rekruttering og kompetanseheving.

REFERANSER

- Aamodt, P.O., Høst, H., Arnesen, C.Å. & Næss, T. (2011). *Evaluering av Kompetanseløftet 2015*. Underveisrapport 3. NIFU. Rapport; 2011-1. Oslo.
- Bing-Johnson, C., C. Foss og I. T. Bjørk (2015). The competence gap in community care: Imbalances between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*. Vol. 36 (1) 27-37
- Bjørnhaug, B. og Skyvulstad, H. 2018. *Leder kommunen fastlegeordningen? En kvalitativ studie av kommunens ledelse av fastlegeordningen*. Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet. Universitetet I Oslo. Masteroppgave i helseadministrasjon.
- Borge, L.-E., Brandtzæg, B.A., Flatval, V.S., Kråkenes, T. Rattsø, J. Røtnes, R. Sørensen, R. & Vinsand 2017. In prep. *Nullpunksmåling: Hovedrapport*. Senter for økonomisk forskning ved NTNU (SØF), NIVI Analyse, Handelshøyskolen BI, Samfunnsøkonomisk analyse og Telemarksforskning.
- Brandtzæg, B. A., T. E. Lunder, A. Aastvedt, A. Thorstensen, S. Groven og G. Møller (2019) *Utredning om små kommuner*. Telemarksforskning. Rapport nr. 473.
- Brofoss, K.E. og Larsen, F. 2009. *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. I samarbeid med styringsgruppen. Norges forskningsråd 2009. ISBN 978-82-12-02678-0.
- Dahl Espen, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel 2014. *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskaps-oversikt Sammenendragsrapport*. Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. Høgskolen i Oslo og Akershus, mars 2014.
- De Smedt, S. E., & Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2).
Doi:<https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4238/3940>
- Eriksen, L. T., & Huemer, J. E. (2019). The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1691706. doi:10.1080/22423982.2019.1691706
- Finne, H., Levin, M. og Nilssen T. 1995. Trailing research: A Model for Useful Program Evaluation. *Evaluation*, 1(1), 11-31. 1995
- Fitzsimmons, J. A., Fitzsimmons, M. J., & Bordoloi, S. K. (2014). *Service Management - Operations, vvStrategy, Information Technology* (8. utg.). New York: McGraw Hill/Irwin.
- Flodgren GM, Bidonde J. 2019. Effects and experiences of part-time work in the health- and community-care services: a scoping review. (Effekter og erfaringer av deltidsarbeid i helse- og omsorgstjenesten: en kartleggingsoversikt)–2019. Oslo: National Institute of Public Health. ISBN 978-82-8406-025-5.

Forskningsrådet, 2004. *Evaluering av Opptreppingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter*. ISBN 978-82-12-01934-8. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254036733504.pdf>.

Gaski, M., Abelsen, B. og Lie, I. 2016. *Sykepleiere utdannet i Nord-Norge. Hvor blir de av?* Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Gregersen, A.-M. (2018). «Rural sykepleie»: Slik er det å være sykepleier i Norges mest grisgrendte område. *Sykepleien*, 4.

Grut, L., Tingvoll, L., Hauff, E. 2006 Fastlegens møte med flyktningpasienter - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 126:1318-20.

Grut, L., Myrvang, V.H., Thorsen, K. 2010. Aldring og livsløp: Pasienter med sjeldne diagnoser får for dårlig helsetilbud. Kronikk i *DAGENS MEDISIN*, 19. august, Oslo

Grut, L. og Kvam, M. 2012. Facing ignorance: people with rare disorders and their experience with public health and welfare services. *Scandinavian Journal of Disability Research* 1-13. DOI:10.1080/15017419.2011.645870.

Grut, L., Jarl Reitan, Karl-Gerhard Hem, Dag Ausen, Silje Bøthun og Ingrid Svagård, SINTEF Kåre Hagen og Mia Vabø, NOVA 2013: *VEIKART FOR INNOVASJON AV VELFERDSTEKNOLOGI*. Erfaringer fra seks velferdsteknologiprojekter i norske kommuner SINTEF og NOVA. SINTEF Rapport A24461

Grut, Lisbet og Jan-W. Lippestad, SINTEF; Kjersti Nesje, Per Olav Aamodt og Dorothy Sutherland Olsen, NIFU; Lars Chr. Monkerud og Hilde Hatleskog Zeiner, NIBR. *Evaluering av Kompetanseløft 2020 Delrapport I, del II*. SINTEF Digital avdeling Helse Rapport 2019: 00317. ISBN 978-82.14-06828-3.

Grut, Lisbet og Jan-W. Lippestad, SINTEF; Lars Chr. Monkerud og Hilde Hatleskog Zeiner, NIBR; Kjersti Nesje, Dorothy Sutherland Olsen og Per Olav Aamodt, NIFU. *Evaluering av Kompetanseløft 2020 Delrapport II*. SINTEF Digital avdeling Helse. Rapport 2020: 00383. ISBN 978-82-14-06408-7

Hallin, K., & Danielson, E. (2008). Registered Nurses' perceptions of their work and professional development. *J Adv Nurs*, 61(1), 62-70. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04466.x

Hanssen, G. S. og M. Helgesen (2011) Multi-level governance in Norway: universalism in elderly and mental health care services. *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 31 No. 3/4 160-172.

Hasson, H., & Arnetz, J. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care : a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 468-481. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x

Helgesen, M. K., T. Kvinge, D. S. Olsen, A. Holm og R. Røste (2016): *Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg*. Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016.

Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helse- og omsorgsdepartementet: Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Publikasjonskode: I-1175 B. Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Helsedirektoratet, 2005. ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten Til deg som leder og utøver*. Veileder IS-1162.

Helsedirektoratet 2018. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Sist faglig oppdatert: 29. oktober 2018.

Helsedirektoratet, 2020. *Omsorgsplan 2020 - Innføring av velferdsteknologiske løsninger*. Regelverk for tilskuddsordning Kapittel 761 post 68.

Helsedirektoratet 2021. *Styrking og utvikling av helsestasjon og skolehelsetjeneste*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/styrking-og-utvikling-av-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Hynne, A.B. og Kvangarsnes, M. 2014. Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetjeneste – ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2. 10. årgang.

Isaksen, A.-M. 2017. *Organisering av sykepleietjenesten i distriktet-utfordringer og muligheter «Hvilke utfordringer og muligheter er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?»* Masteroppgave ved Institutt for helse og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Norges Arktiske Universitet.

Kaspersen, Silje L., Eva Lassemo, Arild Kroken, Solveig O. Ose, Marian Ådnanes. 2018. *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester*. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020. SINTEF Digital avdeling Helse. Rapport 2018:01004.

Kjellberg, J. og Reitan, M. 1995. *Studiet av offentlig politikk: en innføring*. Tano Aschehoug.

KS: Verktøy – strategisk kompetanseplanlegging. Steg 4.

<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>

Magelssen, R. 2012. *Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon & helse?* NAKMI.

Manley K., Garbett, R (2000) Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for clinical career structure. *Journal of Clinical Nursing*, 9:347-35.

Mathison, S. (Ed.). 2004. *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J., Webb, C. (2002) Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3):283-294.

Meld. St. 16 (2015–2016) Fra utenforskap til ny sjanse. Samordnet innsats for voksnes læring.

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Nasjonal veileder. [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#). Sist faglig oppdatert: 11. februar 2019.

<file:///C:/Users/lgr/Downloads/Oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov.pdf>

Nesje, Kjersti og Per Olaf Aamodt, NIFU; Monkerud, Lars Chr. Og Marit Helgesen, NIBR; Lippestad, Jan-W. og Lisbet Grut, SINTEF AS. 2018. *Evaluering av Kompetanseløft 2020 Første delrapport*. SINTEF Digital avdeling Helse. Rapport 2018:00595. ISBN 978-82-14-06866-5.

Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H. and Kennedy, C. (2015), Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22: 171–182. doi:10.1111/jpm.12202.

Nilsen, G., Huemer, J., & Eriksen, L. (2012). Bachelor studies for nurses organised in rural contexts. A tool for improving the health care services in circumpolar regions. *International Journal of Circumpolar Health*, 71, 1-8. doi:10.3402/ijch.v71i0.17902

NOU 2018:2. Fremtidige kompetansebehov I Kunnskapsgrunnlaget. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning. ISBN 978-82-583-1352-3.

Næsheim, H. og Villund, O. 2013. Sysselsetting – deltid blant kvinner og menn Deltidsarbeid – blir forskjellene utjevnet? *Samfunnsspeilet* 2:2013. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/109963?ts=13e4016ef48>

OECD 2020: <https://data.oecd.org/emp/part-time-employment-rate.htm>

Ose, Solveig Osborg og Silje Kaspersen 2015: *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid*. SINTEF Rapport A26582

Paulsen Bård, Jan Lippestad Roar Johnsen 2010: *Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene*. SINTEF Rapport A16806.

Paulsen, Bård, Jan Lippestad og Tarald Rohde 2013: *Samhandlingstiltak i storby. Samhandlingsformer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i storby*. SINTEF Rapport A23725.

Regjeringen, 2011: *Revidert fastlegeforskrift*. Høringsnotat m.m. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/revidertfastlegeforskrift/id667714/?expand=horingsnotater>

Regjeringen: Ny strategi for desentralisert og fleksible utdanning. 2021: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-skal-legge-frem-en-strategi-for-desentralisert-og-fleksibel-utdanning/id2828040/>

Rohde, T., L. Grut, J. Lippestad og K. S. Anthun (2020) *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. SINTEF-rapport på oppdrag for KS.

Rygh, L. H., Helgeland, J., Braut, G. S., Bukholm, G., N., F., Frich, J. C., . . . Tjomsland, O. (2010). *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten*. Kunnskapscenteret rapport nr. 16-2010. ISBN 978-82-8121-356-2.

Røhne, Mette; Torjus Sandåker, Dag Ausen, Lisbet Grut og Anne Liv Fauske. 2016. *Integrated planning tool for optimisation in municipal home care*. Presentasjon på EHIN Future Health (ehelse i Norge), 15. november, Oslo Spektrum.

Sletterød, N. A. 2000. Følgeevaluering og følgeforskning – endringsagent i eller forsker på bedriftsutvikling? I Fostervold og Endestad (Red.) *Ved Inngangen til Cyberspace – ergonomisk tenkning inn i et nytt årtusen*. Nordiska Ergonomisällskapet.

St. meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Theie, M. G.; Lars Halvard Lind, Torbjørn Bull Jenssen og Erland Skogli. 2018: *BEMANNING, KOMPETANSE OG KVALITET STATUS FOR DE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE*. MENON Economics Rapport: PUBLIKASJON NR. 51/2018

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*. NIBR-rapport 2012:3

Samfunnsøkonomisk analyse 2019. *Finansiering av etter- og videreutdanning i kommunesektoren*. Rapport 13-2019.

Vedlegg 1: Yrkeskategorier i kommunehelsetjenesten

For å oppfylle ansvaret i kommunehelseloven etter § 3-1 *Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester*, skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog. I tillegg jobber det flere andre yrkesgrupper i sektoren, som blant annet helsefagarbeider, vernepleier, sosionom.

De meste sentrale helsefaglige yrkesgruppene i kommunehelsetjenesten er lege, sykepleier, jordmor, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog.

I pleie- og omsorgstjenesten finner vi først og fremst sykepleier og helsefagarbeider, samt ufaglærte eller ansatte med annen kompetanse enn helsefaglig.

Vedlegg 2: Spørreskjema til kommunene

Undersøkelse om kommunenes arbeid med Kompetanseløft 2020

Spørreskjemaet er inndelt i fem bolker. Spørsmålene følger strategiene som er presentert i e-posten. Det er ikke sikkert alle spørsmålene er relevante for din kommune.

Du kan gå fremover (ved å trykke 'Neste') eller bakover (ved å trykke 'Forrige') i skjemaet, og du kan lagre svarene du har gitt på siden du står på i skjemaet (ved å trykke 'Lagre svar på denne siden'). Du kan når som helst gå ut av skjemaet, og ta det opp igjen ved en senere anledning ved å trykke på lenken i invitasjons-e-posten (svarene du allerede har gitt vil lagres automatisk). Husk å trykke 'Send inn svar' når du er ferdig med undersøkelsen.

Del 1: Rekruttering og bemanning i helse- og sosialsektoren

I første bolke er vi interessert i hvordan kommunene arbeider for å sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell. Vi innleder med noen spørsmål om kommunenes arbeid med kompetanseplaner og andre planer innenfor brukerrettede helse- og omsorgstjenester. Deretter følger spørsmål om hvordan kommunen tilrettelegger for og arbeider med kompetanseheving i sine helse- og omsorgstjenester.

1) Har kommunen kartlagt behovet for kompetanse i sine helse- og omsorgstjenester?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Neste

Lagre svar på denne siden

1.1) Når ble siste kartlegging gjennomført?

- For mindre enn ett år siden
- For mellom ett og to år siden
- For mellom to og tre år siden
- For mellom tre og fire år siden
- For mer enn fire år siden

2) Forankring handler om hvem som deltar i beslutninger om arbeidet med kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester. Hvilket nivå oppfatter du er det viktigste beslutningsnivået for dette arbeidet i din kommune?

- Politisk nivå
- Rådmannen
- Relevante kommunaldirektører
- Relevante enhetsledere
- Relevante fagledere
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

3) Har kommunen en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

3.1) Er kompetanseheving for helse- og omsorgstjenestene omtalt i andre kommunale planer? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Det er omtalt i kommuneplanens samfunnsdel
- Det er omtalt i økonomiplanen/handlingsplanen
- Det er omtalt i arealdelen
- Det er omtalt i tjenesteenhetenes virksomhetsplaner
- Det er omtalt i en temaplan for helse- og omsorgstjenester
- Annet, vennligst spesifiser:

- Vet ikke

4) Hvilke kommunale enheter deltar i planarbeidet knyttet til helse- og omsorgstjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Institusjons-/sykehjemstjenesten
- Helsestasjon- og skolehelsetjenester
- Kommunale sosialtjenester (NAV)
- Barneverntjenesten
- Habiliteringstjenesten
- Hjemmetjenesten
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Rehabiliteringstjenesten
- Rustjenesten
- Øyeblikkelig hjelp-enheten
- Psykisk helsetjeneste
- PPT
- Plan/miljø/teknisk
- Personalavdelingen
- Annet, vennligst spesifiser:

- Vet ikke

5) Hvilke aktører deltar i planlegging knyttet til helse- og omsorgstjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Administrasjonssjef/rådmann/kommunaldirektør
- Enhetsledere
- Medarbeidere
- Kommunelegen
- Fastleger
- Aktuelle private tjenestetilbydere
- Pasienter/brukere
- Arbeidstakerorganisasjoner
- Kommunale råd for eldre/råd for funksjonshemmede
- Aktuelle organisasjoner for pårørende
- Aktuelle organisasjoner for pasienter/brukere
- Annet, vennligst spesifiser:

- Vet ikke

6) Benytter kommunen noen av de opplistede virkemidlene i arbeidet med å rekruttere personell til helse- og omsorgstjenestene og for å beholde dem? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

	For å rekruttere personell	For å beholde personell
Vi legger til rette for at medarbeidere uten formell kompetanse kan ta grunnutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi legger til rette for at medarbeidere kan ta videre- og etterutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi legger til rette for at medarbeidere kan ta kortvarige kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi legger til rette for at medarbeidere kan delta i læringsnettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi tilpasser arbeidstid til medarbeideres behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi benytter lønn som virkemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart 'Annet', vennligst spesifiser nærmere hvilket virkemiddel (eller hvilke virkemidler) dette dreier seg om:

Forrige

Neste

Lagre svar på denne siden

7) Hvordan tilrettelegger kommunen for at medarbeidere skal gjennomføre kompetanseheving? Dersom kommunen benytter seg av noen av de følgende tiltakene, kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket som nevnes ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at det er svært viktig. (kryss eventuelt av for at det aktuelle tiltaket ikke benyttes)

	0 - Tiltaket er ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - Tiltaket er svært viktig	Benyttes ikke i kommunen
Vi gir permisjon uten lønn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir lønnstilskudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi lar ansatte bytte vakter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi betaler semesteravgift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir bokstipender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi betaler studieavgift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir fri med lønn knyttet til eksamen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir fri med lønn knyttet til studie-samlinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi lager avtaler om når medarbeidere under utdanning skal arbeide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir permisjon med full lønn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8) I hvilke tilfeller tar kommunen inn vikarer når ansatte tar permisjon for å utdanne seg?

- Ved alle typer utdanningspermisjoner
 Ved kortere utdanningspermisjoner
 Kommunen tar ikke inn vikarer ved utdanningspermisjoner
 Vet ikke

8.1) For hvilke typer ansatte tar kommunen inn vikarer når de tar permisjon for å utdanne seg?

- Alle typer ansatte
 Noen typer ansatte, vennligst spesifiser:

 Vet ikke

Del 2: Kvalitet og tilpasning i utdanningen

I andre bolker er vi interessert i kunnskap om hvorvidt kommunene opplever at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset de kommunale tjenestenes behov.

9) Har nyutdannede med helse- og sosialfaglig utdanning, etter din oppfatning, relevant kompetanse for tjenestenes behov?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

9.1) Hvilke tjenester får, etter din oppfatning, IKKE dekket sitt behov for kompetanse ved å ansette nyutdannede? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Institusjons-/sykehjemstjenesten
 Helsestasjon- og skolehelsetjenester
 Kommunale sosialtjenester (NAV)
 Barneverntjenesten
 Habiliteringstjenesten
 Hjemmetjenesten
 Fysioterapitjenesten
 Ergoterapitjenesten
 Rehabiliteringstjenesten
 Rustjenesten
 Øyeblikkelig hjelp-enheten
 Psykisk helsetjeneste
 PPT
 Plan/miljø/teknisk
 Personalavdelingen
 Annet, vennligst spesifiser:

 Vet ikke

10) Hvordan arbeides det i kommunen for at nyutdannede skal finne seg til rette? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Vi har opplæring for alle nyansatte
 Vi har opplæring for noen typer nyansatte
 Vi har mentorordning for nyansatte
 Vi regner med at nyansatte lærer av de som har vært i jobben en stund
 Vi har ikke noe spesielt opplegg for at nyansatte skal finne seg til rette

11) Har kommunen samarbeidet med en utdanningsinstitusjon for å skreddersy en utdanning til eget behov?

- Ja, vennligst spesifiser hvilken:

 Nei
 Vet ikke

12) Har kommunen samarbeidet med en eller flere av følgende aktører om å arrangere etterutdanning eller kurs for å dekke eget behov for kompetanse? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

	Etterutdanning	Kurs
Universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høgskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videregående skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forskningsinstitusjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentre for omsorgsforskning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdighetscenteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helseforetaket kommunen er i opptaksområdet til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante legemiddelfirmaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R-BUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KS - Kommunesektorens organisasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart 'Annet', vennligst spesifiser nærmere hvilke(n) aktør(er) dette dreier seg om:

13) Hvilke frivillige aktører samarbeides det med om utvikling av tjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Stiftelsen livsglede for eldre
- Brukerorganisasjoner
- Pårørendeorganisasjoner
- Kreftforeningen
- Foreningen for barnepalliasjon
- Kommunens frivilligsentral
- Frivillige organisasjoner
- Enkeltstående frivillige
- Annet, vennligst spesifiser:

Vet ikke

14) Er kommunen praksisarena for elever, lærlinger og studenter?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

14.1) på hvilket nivå i utdanningen er elevene eller studentene i praksis i kommunen? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Videregående skole
 Fagskole
 Bachelor
 Videreutdanning
 Etterutdanning
 Kurs
 Annet, vennligst spesifiser:

 Vet ikke

15) Hvilke konkrete tiltak iverksetter kommunen for å legge til rette for elever, lærlinger og studenter i praksis? Dersom kommunen benytter seg av noen av de følgende tiltakene, kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket som nevnes ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at det er svært viktig. (kryss eventuelt av for at det aktuelle tiltaket ikke benyttes)

	0 - Tiltaket er ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - Tiltaket er svært viktig	Benyttes ikke i kommunen
Vi har samlinger for dem som er i praksis i vår kommune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har praksisplasser for elever i ungdomsskolen og videregående skole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansatte i kommunen tar utdanning for å kunne fungere som veiledere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi tilrettelegger for at studenter ved høyskoler og universitet kan gjennomføre datainnsamling i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi benytter studenter i prosjekter vi gjennomfører	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at 'Annet' tiltak benyttes, vennligst spesifiser nærmere hvilke(t) tiltak dette dreier seg om:

16) Hvilke enheter fungerer som praksisarena for elever, lærlinger og studenter? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Helsestasjon- og skolehelsetjenester
- De kommunale sosialtjenestene (NAV)
- Barneverntjenesten
- Habiliteringstjenesten
- Hjemmetjenesten
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Rehabiliteringstjenesten
- Boliger for utviklingshemmede
- Institusjons-/sykehjemstjenesten
- Rustjenesten
- Øyeblikkelig hjelp-enheten
- Psykisk helsetjeneste
- PPT
- Plan/miljø/teknisk
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

[Forrige](#) [Neste](#) [Lagre svar på denne siden](#)

Del 3: Strategier for kompetanseøkning i kommunen

Tredje bolk dreier seg om hvordan kommunen øker kompetansen hos ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis.

17) Det er nedfelt i lovverk som regulerer kommunale helse- og omsorgstjenester at kommuner skal legge til rette for forskning. Har din kommune ansatte innen helseområdet med forskningskompetanse (dvs. medarbeidere med doktor- eller mastergrad)?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

18) Samarbeider din kommune med en forskningsinstitusjon om utvikling/innovasjon i helse- og omsorgstjenestene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

[Forrige](#) [Neste](#) [Lagre svar på denne siden](#)

18.1) Hvem tok initiativ til samarbeid med forskningsinstitusjonen?

- Kommunen
- Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester
- Universitet/høgskole
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
- Et forskningsinstitutt
- Helseforetaket
- KoRus
- Senter for omsorgsforskning
- Ressurssenter for demens
- Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming (NAKU)
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

18.1) Har kommunen, etter din oppfatning, kapasitet til å delta i forskning om helse- og omsorgstjenester?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

19) Hva gjør kommunen for å sikre at egen praksis på helse- og omsorgsfeltet er kunnskapsbasert? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Ansetter personell med relevant bachelorutdanning
- Ansetter personell med relevant masterutdanning
- Ansetter personell med relevant doktorgrad
- Ansetter personell som har deltidsstilling ved universitet eller høgskole
- Deltar i læringsnettverk hos KS
- Arrangerer kurs for ansatte i litteratursøk på relevante fagområder
- Kjøper skriftlige prosedyrer fra prosedyrebiblioteket
- Personell med formalkompetanse fungerer som veiledere for dem som ikke har slik kompetanse
- Får opplæring fra helseforetaket
- Knytter arbeidsoppgaver til utdanningsnivå
- Vi benytter helsebiblioteket
- Deltar i læringsnettverk hos Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester
- Sørger for at ansattes kompetanse oppdateres jevnlig
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

20) Arbeider kommunen med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene?

- Ja, vennligst spesifiser hvordan:
- Nei
- Vet ikke

Del 4: Tjenesteutvikling og innovasjon i kommunen

Fjerde bolk dreier seg om hvordan kommunen arbeider for å legge til rette for tjenesteutvikling og innovasjon.

21) Har kommunen søkt om midler for å styrke sitt arbeid med tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

[Forrige](#)[Neste](#)[Lagre svar på denne siden](#)

21.1a) benytter din kommune slike midler til et eller flere av de tiltakene som nevnes i listen nedenfor? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at slike midler ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at de benyttes i svært liten grad og 5 betyr at de benyttes i svært stor grad.

	0 - midler det søkes om benyttes ikke	1 - midler det søkes om benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - midler det søkes om benyttes i svært stor grad
Heving av kompetansen om rus og psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplæring om brukerstyrt personlig assistanse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak og metoder for forebygging i demensomsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak og metoder for forebygging knyttet til egenmestring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak og metoder for forebygging knyttet til tidlig innsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.1b) benytter din kommune slike midler til et eller flere av de tiltakene som nevnes i listen nedenfor? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at slike midler ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at de benyttes i svært liten grad og 5 betyr at de benyttes i svært stor grad.

	0 - midler det søkes om benyttes ikke	1 - midler det søkes om benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - midler det søkes om benyttes i svært stor grad
Utvikling og gjennomføring av tiltak for tidlig innsats for barn og unge i en utsatt posisjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak for egenmestring for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utvikling og gjennomføring av aktivitetstiltak for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av kulturopplevelser for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av ernærings-tiltak for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.1c) benytter din kommune slike midler til et eller flere av de tiltakene som nevnes i listen nedenfor? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at slike midler ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at de benyttes i svært liten grad og 5 betyr at de benyttes i svært stor grad.

	0 - midler det søkes om benyttes ikke	1 - midler det søkes om benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - midler det søkes om benyttes i svært stor grad
Kompetanseheving i legemiddel-håndtering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving om rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving i kommunens helse- og omsorgstjenester om samarbeid med pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving i kommunens helse- og omsorgstjenester om samarbeid med frivillige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving i kommunens demensomsorg om samarbeid med frivillige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at midler det søkes om benyttes på 'Annet' område benyttes, vennligst spesifiser nærmere hvilke(t) område(r) dette dreier seg om:

22) Hvordan arbeider kommunen med tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)

- Vi har stillinger som fagledere i alle tjenesteenhetene
 Vi arbeider med tjenstedesign som metode for å utvikle oss
 Vi har en egen FoU-avdeling
 Vi øker grunnbemanningen i alle tjenesteenhetene
 Vi gir alle ansatte tilbud om veiledning knyttet til arbeidsutførelsen
 Vi legger til rette for at ledere i helse- og omsorgsenhetene kan ta lederutdanning
 Vi legger til rette for kompetanseheving for alle ansatte
 Vi har samlokalisert relevante tjenester innenfor helse og omsorg
 Vi har rutiner for koordinering mellom tjenesteenheter
 Vi prøver ut nye turnuser
 Vi legger til rette for at medarbeidere kan arbeide i tverrfaglig team
 Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

23a) Hvilke tiltak er satt i verk for å øke medarbeideres kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at det benyttes i svært liten grad og 5 betyr at det benyttes i svært stor grad.

	0 - tiltaket benyttes ikke	1 - tiltaket benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - tiltaket benyttes i svært liten grad
Vi deltar i KS' læringsnettverk om rekruttering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi hever kompetansen om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi benytter kurspakke for ufaglærte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har fagdager der relevant personell inviteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi arbeider med spredning av velferdsteknologi i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi lar ansatte gjennomføre kurs i volds- og overgrepshåndtering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har erfaringskonferanser der relevant personell inviteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23b) Hvilke tiltak er satt i verk for å øke medarbeideres kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at det benyttes i svært liten grad og 5 betyr at det benyttes i svært stor grad.

	0 - tiltaket benyttes ikke	1 - tiltaket benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - tiltaket benyttes i svært liten grad
Vi hever kompetansen i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi styrker kompetansen om flerfaglig samarbeid i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi utvikler skolehelsetjenesten til å omfatte videregående skoler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har målrettet satsning på ledelse i våre helse- og omsorgstjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har faglunsjer der relevant personell inviteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har gjennomført e-lærings-program i demensomsorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at kommunen benytter 'Annet' tiltak, vennligst spesifiser nærmere hvilke(t) tiltak dette dreier seg om:

[Forrige](#)
[Neste](#)
[Lagre svar på denne siden](#)

24) Hvilke tiltak har kommunen som sikrer at aktuelle tjenesteenheter får kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer? (kryss av for alle aktuell alternativer)

- Vi har pårørendeutvalg ved aktuelle tjenesteenheter
- Vi har brukerutvalg ved aktuelle tjenesteenheter
- Vi benytter talspersonordningen ved aktuelle tjenesteenheter
- Vi benytter eldrerådet og/eller rådet for funksjonshemmede
- Vi har permanent brukerutvalg for personer med psykiske lidelser
- Vi ansetter erfaringskonsulenter
- Vi gir medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene opplæring i brukermedvirkning
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

Forrige

Neste

Lagre svar på denne siden

Del 5: Opplevelse av måloppnåelse

Femte bolk handler om måloppnåelse, og om utviklingsarbeidet kommunene driver knyttet til K2020 bidrar til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning.

25a) Hvilke målsetninger oppfatter du er viktigst for kommunen i dens arbeid for å utvikle helse- og omsorgstjenestene? Kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at målsetningen ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at den er svært viktig.

	0 - ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - svært viktig
Redusere turnover blant medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øke kompetansen blant medarbeidere med helse- og sosialfaglig utdanning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øke arbeidsnærvær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skape god praksis i kommunens helse- og omsorgstjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skape faglig utvikling i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redusere antallet deltidsstillinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sikre at helse- og omsorgstjenestene er kunnskapsbasert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25b) Hvilke målsetninger oppfatter du er viktigst for kommunen i dens arbeid for å utvikle helse- og omsorgstjenestene? Kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at målsetningen ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at den er svært viktig.

	0 - ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - svært viktig
Øke antallet stillingshjemler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øke kompetansen hos medarbeidere uten formell utdanning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Styrke brukerinvolvering i tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeide med nyvinninger innen helse- og omsorgstjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppdatere kompetansen til alle medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skape større faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at 'Annen målsetning' er viktig, vennligst spesifiser nærmere hvilke(n) målsetning(er) dette dreier seg om:

26) I hvilken grad mener du tiltakene og de økonomiske midlene dere kan søke på innenfor K2020 er relevant for de utfordringene kommunen har i sine helse- og omsorgstjenester?

- Ikke i det hele tatt
 I mindre grad
 I stor grad

27) Til sist, er vi interessert i om du har andre kommentarer til arbeidet med K2020. Hvis du har kommentarer, er vi takknemlige for å få innspill.