

Trond Tjerbo, Per Olaf Aamodt, Inger Marie Stigen,
Marit Helgesen, Terje Næss, Clara Åse Arnesen,
Håkon Høst og Nicoline Frølich

Bemanning av pleie- og omsorgsektoren: handlingsplan og iverksetting.

**Sluttrapport fra evaluering av
Kompetanseløftet 2015**

NIFU



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Bemanning av pleie- og
omsorgsektoren:
handlingsplan og iverksetting.

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2011:25	Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet
NIBR-rapport 2010:7	"Flink med folk i første rekke". Organisering og iverksetting.
NIBR-rapport 2009:24	Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse
NIBR-rapport 2009:4	Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning
NIBR-rapport 2008:28	Kommunehelseprofiler

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Trond Tjerbo, Per Olaf Aamodt, Inger Marie Stigen,
Marit Helgesen, Terje Næss, Clara Åse Arnesen,
Håkon Høst og Nicoline Frølich

Bemanning av pleie- og omsorgsektoren: handlingsplan og iverksetting.

NIBR-rapport 2012:3

Tittel: **Bemanning av pleie- og omsorgsektoren: handlingsplan og iverksetting.**
Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015

Forfatter: Trond Tjerbo, Per Olaf Aamodt, Inger Marie Stigen, Marit Helgesen, Terje Næss, Clara Åse Arnesen, Håkon Høst og Nicoline Frølich

NIBR-rapport: 2012:3

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-915-0

Prosjektnummer: O-2591

Prosjektnavn: Kompetanseløftet 2015

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Per Olaf Aamodt/TrondTjerbo

Referat: I 2007 fikk NIBR og NIFU i oppdrag å evaluere Kompetanseløftet 2015. I denne rapporten sees det nærmere på hvordan Kompetanseløftet er blitt iverksatt, og da særlig i kommunene. I tillegg inneholder rapporten oppdaterte data fra NIFUs tidligere underveisrapporter om oppnåelse av måltallene. Forskergruppen har også utarbeidet en kortere rapport der erfaringene fra evalueringen er oppsummert.

Sammendrag: Norsk og engelsk
Dato: januar 2012
Antall sider: 162
Pris: 250
Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>
Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2011

Forord

I 2007 fikk NIBR og NIFU-STEP (senere NIFU) i oppdrag å evaluere Kompetanseløftet 2015. I forbindelse med dette arbeidet har NIBR og NIFU publisert flere underveisrapporter. Deler av denne rapporten bygger på det som tidligere er rapportert i NIBRs notater (Helgesen m.fl. (2009), Stigen og Tjerbo (2011), Stigen m.fl. (2011)), mens andre deler ikke har vært publisert tidligere. NIFU har i perioden publisert tre underveisrapporter (Høst m.fl. 2009, 2010 og Aamodt m.fl. 2011).

Hovedtema for denne rapporten er hvordan Kompetanseløftet er blitt iverksatt, og da særlig i kommunene. Rapporten inneholder også oppdaterte data fra NIFUs tidligere underveisrapporter om oppnåelse av måltallene. Forskergruppen vil også utarbeide en kortere rapport der erfaringene fra evalueringen blir oppsummert.

Vi ønsker å takke våre informanter i kommunene, fylkesmannsembetene, utdanningsinstitusjonene, KS, Helsedirektoratet og Helsedepartementet som velvillig har stilt opp til intervjuer.

Den første delen av denne rapporten (kapittel 1 – 5) er skrevet av Trond Tjerbo, Marit Helgesen og Inger Marie Stigen. Kapittel 6 - 8 med oppdaterte tall om antall årsverk og sysselsetting, om videreutdanning og om status for helsearbeiderfaget er skrevet av Terje Næss, Clara Åse Arnesen, Håkon Høst og Per Olaf Aamodt. I tillegg har Nicoline Frølich fra NIFU bidratt med analyse av samspillet med utdanningsinstitusjonene. Per Olaf Aamodt og Trond Tjerbo har vært prosjektledere.

Oslo, januar 2012

Hilde Lorentzen
Instituttssjef, NIBR

Sveinung Skule
Direktør, NIFU

Innhold

Forord	1
Figuroversikt	7
Sammendrag.....	9
Summary.....	15
1 Innledning.....	20
1.1 Om Kompetanseløftet 2015.....	20
1.2 Datagrunnlaget	21
1.3 Oversikt over rapportens innhold	24
2 Analytisk ramme	25
2.1 Innledning	25
2.2 Iverksettingskontekst - en modell.....	26
2.3 Styring eller styringsdialog? Noen antakelser.....	36
3 Organisering og prosess: De ulike aktørenes vurdering.	42
3.1 Organisering, styring og koordinering i sentralforvaltningen.	42
3.2 Organisering og koordinering på regionalt nivå.....	44
3.3 Kommunenes opplevelse av iverksettingsprosessen .	49
3.4 Oppsummerende konklusjon.....	52
4 Behov og strategier: nærmere om arbeidet i kommunene.....	54
4.1 Innledning	54
4.2 Kommunenes vurdering av rekrutterings- og kompetansebehov	56
4.2.1 Fortsatt stort rekrutterings- og kompetansebehov, men utvikling i riktig retning	56
4.2.2 Hvor er behovet størst? Nærmere om betydningen av kommunestørrelse og sentralitet.....	58
4.3 Strategisk arbeid i kommunene: planlegging for rekruttering og kompetanseheving.....	62
4.4 Strategisk arbeid i kommunene: kompetansekartlegging.....	68

4.5	Strategisk arbeid i kommunene: rekruttering, utdanning og videreutdanning.....	70
4.6	Strategisk arbeid i kommunene: samarbeid med utdanningsinstitusjoner	76
4.7	Strategisk arbeid i kommuner: utforming av rollen som arbeidsgiver	83
4.7.1	Utdanning er medarbeideres ansvar.....	84
4.7.2	Økonomiske insentiver under utdanning.....	88
4.7.3	Endrede arbeidsoppgaver som insentiv for å ta utdanning.....	93
4.7.4	Lønn som insentiv til å ta utdanning.....	97
4.8	Oppsummering	101
5	Bidrar tilskuddene til regional utjevning?.....	104
5.1	Regional variasjon	105
5.2	Trekk ved kommunene og aktivitet i Kompetanseløftet 2015.....	108
5.3	Kort om aktørens opplevelse av tilskuddene og tilskuddsordningen.....	118
5.4	Oppsummerende om aktiviteten i kommunene.....	119
6	Antall sysselsatte og årsverk.....	121
6.1	Hovedtrekk	121
6.2	Utvikling etter type virksomhet og sektor.....	126
6.3	De fleste nytilsatte er ufaglærte	127
6.4	Oppsummering	130
7	Fagskoler, desentraliserte høskolestudier og videreutdanning	132
7.1	Fagskoleutdanning	132
7.2	Desentraliserte høskolestudier	133
7.3	Videre- og etterutdanning for høskoleutdannet personell	137
7.4	Oppsummering	142
8	Rekruttering og kvalifisering til helsearbeiderfaget.....	144
8.1	Rekruttering av ungdom	144
8.1.1	Søkningen til Vg1	144
8.1.2	Overgangen til lære	145
8.2	Fagprøver helsefagarbeiderlærlinger.....	146
8.3	Antall utdannede i 2010 vil neppe dekke tilgangsbehovet.....	147

8.4	Svak utvikling varsler nedgang i antall helsefagarbeidere/hjelpepleiere?	149
8.5	Utdanning av egne uten fagutdanning går ned	150
8.6	Innvandringens betydning sterkt økende	150
8.7	Oppsummering	152
9	Oppsummerende drøfting: Styring, dialog og «overrisling»	153
	Litteratur	159

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Økonomisk ramme for Kompetanseløftet 2015. I millioner kroner. Tilleggsbevilgninger ikke med.	21
Tabell 4.1	Om kommunene har en egen kompetanse- og/ eller rekrutteringsplan og i hvilken grad denne er forankret politisk og budsjettmessig. Prosent som har svart ja. 2008 og 2010. (Total N)	63
Tabell 4.2	Hvordan kommunen skaffer seg oversikt over framtidig ressursbehov i de brukerrettede pleie- og omsorgstjenestene. Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=295	68
Tabell 4.3	Strategier for å sikre seg personell. Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=266.....	71
Tabell 4.4	Gjennomførte tiltak for rekruttering og kompetanseheving 2008 og 2010. Prosent.....	77
Tabell 4.5	Hvilken økonomisk støtte medarbeidere som ønsker etter- og/eller videreutdanning får. Prosent. 2008:Total N=279. 2010: Total N=258.....	89
Tabell 4.6	”Effekter” av etter-/videreutdanning for arbeidstaker.* Prosent. 2008:Total N=279. 2010: Total N=262	93
Tabell 4.7	Hvordan bidrar kommunen i forbindelse med realkompetansevurdering av medarbeideres erfaring? Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=264	96
Tabell 5.1	Fylkesvis variasjon i planlagt og realisert kompetanseheving. Utført 2009 og under utdanning 2010. Gjennomsnitt (N=397).....	107
Tabell 5.2	Hva bestemmer antall årsverk i pleie og omsorg pr. innbygger? Semilogaritmisk modell. Avhengig variabel årsverk i pleie og omsorg pr innbygger (log).....	111

Tabell 5.3	Hva bestemmer omfanget av den kompetansehevende aktiviteten? Semi-logaritmisk modell. Avhengig variabel rapportert kompetansehevende aktivitet pr innbygger (log).....	114
Tabell 6.1	Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorgstjeneste 4. kvartal 2005 til 2009	121
Tabell 6.2	Sysselsatte og avtalte årsverk 2007 til 2009, etter kostra-funksjon.....	126
Tabell 6.3	Sysselsatte og avtalte årsverk 2007 til 2009, etter sektor.	127
Tabell 6.4	Flyt mellom utdanningsgrupper for sysselsatte i hovedstilling i 2010. Antall.	128
Tabell 6.5	Sysselsatte i hovedstilling i 2010 som også var i hovedstilling i 2009, som fikk endret utdanningsnivå, etter aldersgruppe og nytt utdanningsnivå. Antall.....	129
Tabell 6.6	Sysselsatte i hovedstilling i 2010 som ikke var i hovedstilling i 2009, etter utdanningsnivå og etter aldersgruppe. Antall.	130
Tabell 7.1	Fullført og planlagt fagskoleutdanning	133
Tabell 7.2	Opptak til studier og opptak til desentralisert utdanning.2008–2010	134
Tabell 7.3	Registrerte studenter i desentralisert utdanning, 2007–2010.....	135
Tabell 7.4	Fullført og planlagt deltakelse i desentralisert høgskoleutdanning.....	136
Tabell 7.5	Opptak til aktuelle videreutdanninger i perioden 2007–2010.....	138
Tabell 7.6	Registrerte studenter i aktuelle videreutdanninger i høstsemesteret 2007–2010.....	139
Tabell 7.7	Kandidater som fullførte videreutdanning i løpet av perioden 2007–2010	140
Tabell 7.8	Antall personer med en helse og sosialfaglig høgskoleutdanning som har fullført, deltar eller har planlagt videreutdanning med midler fra Kompetanseløftet 2015.....	141
Tabell 8.1	Avlagte fagprøver av lærlinger i helsearbeiderfaget etter alder og kjønn 2010	147
Tabell 8.2	Antall sysselsatte hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagsarbeidere i brukerrettet pleie- og omsorg, etter innvandrerstatus. 2005 – 2010.....	151

Figuroversikt

Figur 2.1	Iverksettingsmodell basert på Van Meter og Van Horn (1975).....	27
Figur 2.2	Kompetanseløftet 2015: Styringsnivåer og politikkområder.....	33
Figur 3.1	Vurdering av fylkesmannens rolle i Kompetanseløftet. Prosent enig eller helt enig. 2008 og 2010.....	50
Figur 4.1	Påstander om rekruttering og kompetansehevingsutfordringer, etter kommunestørrelse. 2010-data. Prosent enig.....	59
Figur 4.2	Sentralitet og andelen som er enige i påstander knyttet til rekrutteringsutfordringer. Prosent nokså enig eller helt enig.....	60
Figur 5.1	Planlagt vekst i årsverk 2010, etter fylke. Gjennomsnitt.....	106
Figur 5.2	Gjennomsnittlig planlagt vekst i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene etter kommunestørrelse. N=308.....	108
Figur 5.3	Årsverk per 1000 innbygger 67+ og 80+ etter kommunestørrelse.....	109
Figur 5.4	Personell som har fullført kompetansehevende tiltak i 2009 eller er under utdanning i 2010 per 1000 innbygger etter kommunestørrelse.....	112
Figur 5.5	Personell som har fullført kompetansehevende tiltak i 2009 eller er under utdanning i 2010 per 1000 innbygger etter sentralitet.....	113
Figur 5.6	Tildelte midler per capita etter kommunestørrelse. Gjennomsnitt. N=252.....	116
Figur 5.7	Sentralitet og tildeling per 1000 innbygger. Gjennomsnitt. N=252.....	117
Figur 6.1	Sysselsatte og utførte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå. 2005-2010.....	123

Figur 6.2	Årsverksvekst blant fagutdannet helse- og sosialpersonell i perioden 2005-2010 etter utdanningsbakgrunn	125
Figur 8.1	Hvor går Helse og sosialelevne etter andre år i videregående? Tallene gjelder de som kom fra grunnskolekullet 2008.....	145
Figur 8.2	Antall utdannede hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeider 1991-2010.....	148
Figur 8.3	Antall sysselsatte hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagsarbeidere i brukerrettet pleie- og omsorg 2005 – 2010	149

Sammendrag

Trond Tjerbo, Per Olaf Aamodt, Inger Marie Stigen, Marit Helgesen, Terje Næss, Clara Åse Arnesen, Håkon Høst og Nicoline Frølich

Bemanning av pleie- og omsorgsektoren: handlingsplan og iverksetting

Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015
NIBR-rapport 2012:3

Kompetanseløftet 2015 er en nasjonal handlingsplan for å styrke rekruttering og kvalifisering av personell til den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Planen ble lansert i Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Denne planen føyer seg inn i rekken av tidligere planer på feltet, hvor den første planperioden var fra 1998 til 2001 («Rett person på rett plass»). De tidligere planene omfattet imidlertid hele helse- sosialsektoren. Målene for Kompetanseløftet 2015 er spesifisert på følgende måte (St.meld. nr. 25, 2005-2006 s.74):

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

NIBR og NIFU har gjennomført et evalueringsprosjekt som har pågått fra 2007 til 2011. Evalueringen trekker veksler på mange ulike datakilder, og anvender både kvantitative og kvalitative metoder. Oppfølgingen av de kvantitative målene er utført med data fra SSBs sysselsettingsregister (fra 2007) og data fra det samme registeret hentet via Helsedirektoratet. Det er gjennomført to spørreskjemaundersøkelser blant kontaktpersoner i kommunene i 2008 og 2010. Det er videre gjennomført intervjuer på sentralt nivå, i fylkesmannsembetene, i kommuner og høyskoler. I tillegg bygger evalueringen på dokumentstudier.

Iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 foregår i et samspill mellom aktører på ulike nivåer i styringssystemet. Målsettinger utformet på nasjonalt nivå konkretiseres og forankres i samhandling mellom aktører fra sentralforvaltningen, den regionale statsforvaltningen, fylkeskommuner og kommuner. I tillegg er aktører fra utdanningsmyndigheter og utdanningsinstitusjoner involvert. Teorier om iverksetting blir gjerne beskrevet som ”top-down” eller ”bottom-up” avhengig av om de fokuserer på hierarkisk og styrt iverksetting eller har en mer prosessorientert tilnærming. Denne teoretiske distinksjonen er utgangspunktet for dette rapportet.

Vi mener iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 kan belyses gjennom et fokus på variabler som er sentrale i hierarkisk iverksettingsmodell. Her vil blant annet de ressursene som stilles til rådighet være sentrale. I forhold til størrelsen på sektoren er det forholdsvis lite midler som er tilgjengelige i Kompetanseløftet 2015. Det er derfor lite trolig at omfanget av ressurser som er satt av til kompetanseheving alene er tilstrekkelig for å sikre at de mer grunnleggende målsettingene kan oppnås. Midlene som er tilgjengelige for kommunene i forbindelse med kompetanseheving dekker bare en liten del av de totale kostnadene forbundet med kompetanseheving. Kommunene og den enkelte arbeidstaker må i de fleste tilfeller bidra selv med ressurser.

Fra kommunene blir spesielt dekning av vikarutgifter fremhevet som en viktig kostnad. Det at kommunene selv må dekke dette, er et hinder for satsing på kompetanseheving. Dette gjør at oppnåelsen av de mer generelle målsettingene knyttet til kompetanseheving ikke er uavhengig av kommunale forhold og prioriteringer. I denne rapporten ser vi blant annet på hvordan

kommunene forholder seg til kompetanseheving strategisk, samt at vi ser nærmere på sammenhengen mellom trekk ved kommunene og aktiviteten i Kompetanseløftet.

Mekanismene som tas i bruk for å få kommunene til å sette i gang prosesser omkring sin personalpolitikk er å kreve en plan over kompetansebehov og et økonomisk tilskudd. Å lage planen er en forutsetning for at kommunene skal kunne få midler. Planen skal anspore kommunene til å handle strategisk overfor sitt behov for kompetanse, mens tilskuddet blant annet har som målsetting å få kommunene til å ansette flere med relevant utdanning på pleie- og omsorgsområdet, heve det formelle utdanningsnivået i de kommunale omsorgstjenestene, skape større faglig bredde og styrke veiledning, internopplæring og utdanning. Ved siden av at det å planlegge i seg selv er å forholde seg strategisk til et problem, kan disse målsetningene inngå i det vi kan kalle en strategi for rekruttering og kompetanseheving på kommunalt nivå.

Det kan se ut som at det er store variasjoner i hvordan kommunene forholder seg til de strategiske elementene i Kompetanseløftet 2015. Både resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene i kommunene og resultatene fra intervjuundersøkelsen viser stor variasjon mellom kommunene med hensyn på hvordan de forholder seg til kravet om planlegging og den forutgående kompetansekartleggingen, hvordan de arbeider med rekruttering og utdanning, samt etter- og videreutdanning, hvordan de samarbeider med utdanningsinstitusjoner og andre eksterne aktører, samt hvordan de utformer sin rolle som arbeidsgiver før, under og etter at utdanning, etter- og videreutdanning har funnet sted.

Kommunene oppgir i surveyen at de har en egen kompetanse- eller rekrutteringsplan, men det framkommer ikke av intervju-materialet at det arbeides systematisk med slike planer, heller ikke med kompetansekartleggingen som bør komme forut for selve planleggingen.

De fleste kommunene opplever problemer med å rekruttere personell med ønsket utdanning. Både den største kommunen, Oslo, og de små kommunene i intervjumaterialet var klare på det. Unntaket her er middelsstore kommuner som har en utdanningsinstitusjon og/eller et sykehus lokalisert hos seg. De oppgir i intervjuene at de har få problemer med rekruttering. Kommunene

arbeider videre mye med egenorganisert undervisning og gir sine medarbeidere oppdateringskurs, samt at de gjennomfører internopplæring. Det oppgis også at kommunene har læreplaner. Slike planer får de imidlertid ikke fylt, og det er vanskeligere å fylle hjemmetjenestens planer enn institusjonstjenestens. Kommunene bruker voksenopplæring som virkemiddel for å sikre seg relevant kompetanse.

Om lag en fjerdedel av kommunene har deltatt i samarbeid med høyskoler eller universitet i forbindelse med Kompetanseløftet 2015. Samarbeid om utdanningstilbud og praksis er mest vanlig, mens samarbeid om forskning er lite utbredt. Kommunene vurderer i det store og hele samarbeidet med utdanningsinstitusjonene som positivt. Få kommuner trekker frem utfordringer eller negative erfaringer med samarbeidet. De utfordringene som blir påpekt i noen grad er for det meste knyttet til reiseavstander og kostnader. Fra utdanningsinstitusjonenes side blir nære relasjoner og hensiktsmessige organisasjonsmodeller trukket frem som viktige for å sikre et godt samarbeid.

Forutsetningen om kommunal medvirkning reiser spørsmålet om det er bestemte typer kommuner som har utnyttet mulighetene i Kompetanseløftet bedre enn andre. Våre analyser gir ingen klare indikasjoner på at det er tilfellet. Det kan imidlertid se ut som at mindre kommuner og mindre sentrale kommuner har fått mest ut av Kompetanseløftet rent økonomisk. Når vi kontrollerer for behov og andre relevante variabler på kommunenivå, blir imidlertid sammenhengen mellom størrelse, sentralitet og aktivitet mer uklar. Variablene som måler behovet for helsetjenester (andel eldre) gir imidlertid klart signifikante effekter. Dette indikerer at den kanskje viktigste forklaringsfaktoren for kommunenes aktivitet i planen er hvilket behov de har. Både behov for helsetjenester og behov for personell med høy kompetanse.

Samlet sett er det liten tvil om at Kompetanseløftet 2015 har bidratt til å sette fokus på betydningen av kompetanseheving og rekruttering i sektoren. Dette blir også fremhevet som den kanskje viktigste effekten av planen blant kontaktpersonene i kommunene. Betydningen av dette bør heller ikke undervurderes. Som allerede nevnt forutsetter Kompetanseløftet 2015 i høy grad kommunal medvirkning, og økt oppmerksomhet på målsettingene i planen og virkemidlene for å nå disse, vil derfor være av betydning.

Et sentralt spørsmål i enhver evaluering er hva man ville kunne observere dersom det tiltaket som evalueres ikke var satt i verk. I denne sammenheng blir spørsmålet derfor hvordan aktiviteten i kommunene hadde sett ut dersom Kompetanseløftet ikke hadde blitt iverksatt. Vi har ikke gjort noen forsøk på å undersøke dette empirisk i denne rapporten, men det synes rimelig å anta at i forhold til en slik sammenligning vil også ”mykere” virkemidler slik som et økt fokus på problemstillingene være sentrale.

Virkemidlene i Kompetanseløftet er i stor grad knyttet til planlegging og informasjon. Koblingen mellom planlegging og tilskudd motiverer kommunene til å tenke langsiktig på eget personellbehov. En kommunal plan er et instrument for effektiv problemløsning for å oppnå en eller flere målsettinger (Kleven 2011). Informasjon om omfanget av det fremtidige personellbehovet innenfor pleie- og omsorg bidrar til å gjøre rekruttering og kompetanseheving til en viktig målsetting. Koblingen av tilskudd til innrapporterte plantall bidrar til å sikre at kommunene gjør planmessige grep for å møte disse fremtidige utfordringene.

Denne indirekte påvirkningen av kommunale prioriteringer gjør også at man får utnyttet den muligheten kommunale beslutningstakere har til å tilpasse både målsettinger og virkemidler til lokale forhold. Noen kommuner vil av ulike grunner ha større utfordringer enn andre. Dette gjør at kommunenes prioritering av denne målsettingen vil variere. Informasjon om viktigheten av målsettingen samt koblingen av plantall og tilskudd er imidlertid en måte å påvirke kommunene til å tenke planmessig rundt disse utfordringene.

Hvilken konklusjon kan vi så trekke når det gjelder styringen av iverksettingen av Kompetanseløftet 2015? Hvilken merkelapp er mest passende: Styring eller styringsdialog? Dialog er en mer nærliggende beskrivelse, selv om vi ikke finner mange nettverks-lignende koblinger og møtepunkter, verken vertikalt eller horisontalt i iverksettingskjeden. De horisontale relasjonene framstår ikke særlig tydelig; men her kan det stilles spørsmål om hvor nødvendig de faktisk har vært for den samlede koordineringen og iverksettingen.

Verken stram hierarkisk styring eller nettverksstyring gir imidlertid, etter vår vurdering, et fullgodt bilde av iverksettingen av

satsningen. Svaret på spørsmålet om iverksettingen har mest preg av «top down» eller «bottom up» blir helst litt av begge deler.

I løpet av den perioden evalueringen har vart, er mange av måltallene nådd. Det har vært en betydelig vekst i antall årsverk, og spesielt av faglært personell. Et viktig bidrag til dette er at stillingsprosenten har økt blant de ansatte. Bemanningen i sektoren er blitt styrket, både med hensyn til volum og kompetanse. En viktig årsak til god måloppnåelse, er at antall ansatte med innvandrerbakgrunn har økt.

Våre data viser også en del sider der utviklingen ikke er i tråd med målene. I den siste delen av perioden har veksten i antall årsverk vært svakere enn i den første perioden, og det er tegn til stagnasjon. Dette kan bli en utfordring for det videre arbeidet for å styrke bemanningen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Det aller mest synlige problemet er imidlertid rekrutteringen av yngre kvalifisert personell gjennom videregående opplæring. Rekrutteringen til helsearbeiderfaget er betydelig svakere enn forutsatt, vesentlig fordi nesten halvparten av elevene i studieretning for helse- og sosialfag søker seg til påbygning til studieforberedende. Dette kompenseres i noen grad av at også en del eldre kvalifiserer seg, men sammenliknet med volumet på den tidligere hjelpepleierutdanningen, er antall som tar fagbrev som helsefagarbeider lave. Mange av dem som blir autorisert som fagarbeidere, er utenlandske.

Summary

Trond Tjerbo, Per Olaf Aamodt, Inger Marie Stigen, Marit Helgesen, Terje Næss, Clara Åse Arnesen, Håkon Host and Nicoline Frølich

Staffing the care sector: The Qualifications Boost 2015 Action Plan and its implementation

Final report from the evaluation of Qualifications Boost 2015
NIBR Report 2012:3

The action plan, *Qualifications Boost 2015 (Kompetanseløftet 2015)*, is currently being implemented by stakeholders at different levels of government working in tandem. Targets set at the national level are quantified and specified in consultation with stakeholders in central government, regional state administration, county councils and local authorities. Stakeholders from government education administration and from schools and colleges are also involved. Implementation theories are frequently referred to as “top-down” or “bottom-up” according to whether they focus on hierarchical and managed implementation or espouse a more processual approach.

It is possible to examine the implementation of Qualifications Boost 2015, we believe, by exploring the key variables of a hierarchical implementation model. One of the most important factors is the funding the government has made available for the purpose. Given the size of the care sector, Qualifications Boost 2015 receives relatively little government funding. In this situation, the resources made available simply to build skills and improve qualifications will probably be insufficient in terms of target achievement. The sums available to local authorities for action plan-related work cover only a fraction of the expenses incurred in implementing the programme. Local authorities and the individual employee will in most cases need to fund parts of the programme themselves.

The temporary staff budget, according to the local authorities, is a particularly significant expense. Since they have to find the money for these outlays themselves, it could possibly diminish their commitment to competence building. Achieving the action plan's general objectives cannot therefore be divorced from local conditions and priorities. Alongside other matters, we look in this report at how local authorities tackle competence building strategically, and examine connections between characteristics of the municipality and efforts to move Qualifications Boost 2015 forward.

The mechanism employed by the government to persuade local authorities to initiate procedures related to personnel policy is to require local authorities to put together a plan specifying what they need in terms of more qualifications and specify a financial commitment. Drafting the plan is a condition for the release of government funding. It is meant to encourage local authorities to take strategic action to remedy the qualifications gap, though the financial commitment is also intended to get local authorities to appoint more people with the relevant qualifications in the care sector, raise the formal educational level in the municipal care services, broaden professional scope, and improve supervision, internal training and education. Besides the fact that planning in itself implies approaching a problem strategically, these objectives belong to what we might call a strategy for recruiting and improving skills at the municipal level.

How local authorities choose to tackle the strategy components of Qualifications Boost 2015 seems to vary quite widely from place to place. Both in their responses to the survey and interviews, our informants reveal how differently local authorities see the government's demand for a plan and map of the skills and qualifications gap, how local authorities work on hiring and training personnel, including upper secondary and further education, how they work with institutions in the education sector and other external stakeholders, how they fashion their role as employer before, during and after the various training programmes.

According to what local authorities report in the survey, they have their own competence or recruitment plan, but the data do not tell us whether they are working systematically on these plans, nor

whether they should establish the current skills gap before beginning to draft the plan.

Most local authorities find it difficult to recruit personnel with the desired qualifications. Both the largest local authority in the country, Oslo, and small local authorities in our interview material were clear on this issue. The exceptions are the medium-sized local authorities with a single education institution and/or hospital in the municipality. They tend to avoid problems of getting hold of the right people. Local authorities are also busy organising training programmes, let personnel attend refreshment courses, and organise internal training schemes. Local authorities also have traineeships to offer. They are unable to fill these places, however, and it is harder to fill the homecare places than institutional service training places. Local authorities use adult education facilities as a means of obtaining necessary skills.

Roughly 25 per cent of local authorities have worked with colleges or universities in connection with Qualifications Boost 2015. Collaboration on training programmes and practice is the commonest form of joint action; conversely, collaboration on scientific research is rare. These collaborative efforts are said to be beneficial by and large, and only a small number of local authorities report problems. The challenges highlighted by local authorities are mostly to do with travel distances and expenses. The education institutions emphasise close working relations and efficient organisation models as important factors for the quality of working relations.

Insofar as the government requires the participation of local authorities, it is reasonable to ask whether some types of local authority exploit the possibilities inherent in the Qualifications Boost programme better than others. Our analyses do not provide clear evidence either way. It does seem, however that the smaller and less central municipalities have profited most from the plan in an economic sense. When we control for needs and other relevant variables, however, the correlation between size, centrality and activity levels becomes less distinct. Variables measuring the need for healthcare services (proportion elderly) are, nevertheless clearly significant. This would seem to indicate the nature of their various needs, i.e. for healthcare services and highly skilled personnel, as

the likeliest explanatory factor for the level of local authority activity in the Qualifications Boost programme.

Overall, then, there is little doubt that Qualifications Boost 2015 helped draw attention to the importance improving skills and recruitment in the sector. This is also what municipal liaison officers highlight as the possibly most important outcome of the plan. We should not underestimate the significance of this particular finding. As mentioned already, the Qualifications Boost 2015 action plan requires a large measure of municipal input, and greater attention to the plan's targets, objectives and the instruments or mechanisms by which to achieve them must therefore be of some importance.

A key question in any evaluation is what would have happened if the project under evaluation had not been implemented. In this connection, the question therefore concerns the local activity absent the action plan. We have not made an empirical analysis of this eventuality in this report, but it would seem reasonable to assume in a comparison like this that "softer" mechanisms, such as a stronger focus on problem solving, would be of central importance.

The mechanisms included in the Qualifications Boost programme are largely connected to planning and information. The link between planning and allocations motivates local authorities to think over their personnel needs in a longer-term perspective. A municipal plan is a means of solving problems effectively so as to achieve other objectives (Kleven 2011). Information on the magnitude of a future need for personnel in the care sector helps turn recruitment and competence building into an important objective. Tying grants to reported planning figures helps ensure that local authorities take planning-related steps to meet these future challenges.

This indirect impact on municipal priorities also means exploiting the capacity of municipal decision makers to adapt both objectives and mechanisms to local conditions and requirements. Some local authorities will face greater challenges than others, for different reasons. The priority given by local authorities to meeting this objective will therefore vary. Information on the importance of the objective, and the linkage between planning figures and allocations,

is, however, one way of encouraging local authorities to adopt a planned approach to these challenges.

Many targets were reached during the period during which this evaluation was conducted. We have seen the number of FFEs (full-time equivalents) rise considerably, especially among skilled personnel. One important factor here is the rise in the FFE percentage among personnel. Staffing of this sector is more robust, both with regard to numbers and skills. One important factor in achieving this target is the rise in the number of non-Norwegian ethnic personnel.

Our data generate several concerns. In the latter part of the period, growth became significantly weaker than in the early days: a sign of stagnation. It could become difficult moving ahead to strengthen the staffing of the municipal care sector. The most palpable problem is, however, linked to recruiting younger skilled personnel from upper secondary schools. Recruitment to the healthcare profession is significantly weaker than anticipated, mainly because nearly half of the students following the healthcare and social work programme in upper secondary schools apply for extra training to qualify for college and university. This gap is offset to a degree by older personnel gaining necessary skills and qualifications, but in relation to the scale of what used to be the training of auxiliary nurses, the figures are low. Many of those acquiring a professional license are also of foreign extraction.

1 Innledning

1.1 Om Kompetanseløftet 2015

I 2006 presenterte den daværende regjeringen St. meld. Nr. 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening, framtidens omsorgsmuligheter”. I denne stortingsmeldingen ble det satt fokus på fremtidige utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og på hvilke strategier som kunne tas i bruk for å komme disse utfordringene i møte.

Den kanskje største utfordringen for fremtidens pleie- og omsorgstjenester er knyttet til endringer i behovet for tjenestene. Med en økende andel eldre vil den samlede etterspørselen etter disse tjenestene øke. Muligens vil man også oppleve at hvilken kunnskap og hvilke tjenester det er som etterspørres endrer seg. For å være rustet i møtet med denne endringen i etterspørselen er det behov for å sikre både rekruttering og kompetanse. Vi vil i fremtiden altså trenge enda flere årsverk i pleie- og omsorgstjenestene, og kanskje vil også kravene og forventningene til kompetanse endre seg.

Regjeringens hovedstrategi for å møte denne utfordringen ble oppsummert i Omsorgsplan 2015. En av de viktigste målsettingene i denne planen var å sikre 10 000 nye årsverk i sektoren innen 2009, men en rekke andre tiltak ble også lansert. Kompetanseløftet 2015 er en del av denne tiltakspakken, og er knyttet spesielt til målsettingen om å skaffe til veie tilstrekkelig personell og kompetanse til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I 2007 var det avsatt om lag 151 millioner til Kompetanseløftet, i 2011 ca. 270 millioner. I forhold til pleie- og omsorgssektorens størrelse samlet sett er det derfor ikke mye midler som har blitt brukt i Kompetanseløftet (Tabell 1.1).

Tabell 1.1 *Økonomisk ramme for Kompetanseløftet 2015¹. I millioner kroner. Tilleggsbevilgninger ikke med.*

	2007	2008	2009	2010	2011
Samlet ramme	151	155	209	258	270
Til fylkesmanns- embetene	101	100	91	81	83

Kompetanseløftet 2015 evalueres i et samarbeidsprosjekt mellom NIFU og NIBR, hvor NIBR har hatt ansvaret for evaluering av iverksettingen av Kompetanseløftet i styringslinjen mellom stat og kommuner. Evalueringen skulle både vurdere grad av måloppnåelse og iverksettingen.

I denne rapporten, som er den siste i rekken av flere underveisnotater om iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 oppsummeres og analyseres hovedtrekkene i iverksettingsprosessen. Deler av rapporten bygger på og viderefører tidligere publiserte arbeider, mens andre deler er nye. Blant annet har vi i den analytiske rammen presentert noen teoretiske refleksjoner som utgangspunkt for å systematisere empirien og videre drøfting av hovedfunn.

1.2 Datagrunnlaget

Evalueringen av iverksettingsprosessen bygger på et variert og omfattende datamateriale. Det er blant annet gjennomført kvantitative analyser av datamateriale om tildelinger og kommunenes rapportering av aktivitet, stilt til rådighet av Helsedirektoratet, surveyer til kontaktpersoner i alle kommuner i 2008 og 2010, intervjuer med kontaktpersoner hos Fylkesmanns-embetene, og intervjuer med kontaktpersoner og ansatte i 10 utvalgte casekommuner. NIBR har tidligere publisert tre underveisnotater, som kan lastes ned fra www.nibr.no. Også NIFU har publisert tre underveisrapporter, som kan lastes ned fra www.nifu.no.

¹ Takk til Øyvind Alseth i Helsedirektoratet som har samlet disse dataene for oss. Tallene er ikke nødvendigvis helt eksakte, nøyaktig hva som regnes inn som en del av Kompetanseløftet kan variere.

Første runde med intervjuer med kommunale kontaktpersoner ble gjennomført sommeren 2009 og rapportert i Stigen, Helgesen og Tjerbo (2011): *Fylkesmennenes og kommunenes arbeid med Kompetanseløftet 2015. Om muligheter og begrensninger i et flernivåsystem*. Andre runde med intervjuer er gjennomført med kommunale ledere og medarbeidere i kommunal pleie- og omsorgstjeneste i de 10 utvalgte casekommunene. Disse ble gjennomført høsten 2009 og vinteren 2011 og rapporteres i denne rapporten. Til sammen er det gjennomført 35 intervjuer med ansatte i kommuner. Alle, med unntak av intervjuene i Oslo, er gjennomført per telefon. Kommunene er valgt ut basert på størrelse og geografi, samt informasjon fra fylkesmannsembetene om deres aktivitet i Kompetanseløftet.

I tillegg er det gjennomført to runder med intervjuer på sentralt nivå. Her har representanter fra Helsedirektoratet, Helsedepartementet og KS blitt intervjuet. I løpet av perioden har det også vært en del kontakt med fylkesmannsembetene. Det er blitt gjennomført intervjuer både per telefon og gjennom oppmøte, og et standardisert skjema med både lukkede og åpne spørsmål ble sendt ut til alle fylkesmannsembetene 2009. Gjennom kontaktpersonene i fylkesmannsembetene har vi også samlet inn data om tildelinger i Kompetanseløftet 2015. Dette ble gjort første gang i 2008, og på nytt i 2011. I forbindelse med den siste datainnsamlingen ba vi fylkesmannsembetene om å bryte ned alle tildelingene på kommunenivå, hvilket da også ble gjort.

Vi har også samlet inn data fra *ansatte* i pleie- og omsorgstjenestene i de casekommunene som ble valgt ut. Her spurte vi ansatte om forhold knyttet til arbeidsmiljø og ledelse. På grunn av en svært lav svarprosent, har vi valgt ikke å benytte disse dataene direkte i denne rapporten. Vi har likevel benyttet oss av kommentarer gitt av respondentene i arbeidet med evalueringen.

Data om aktiviteten i kommunene er hentet fra kommunenes rapportering til fylkesmennene. Her rapporterer kommunene om kompetansehevede tiltak samt om planlagt endring i årsverk innenfor pleie- og omsorg. Dataene ble stilt til rådighet av Helsedirektoratet, og har blitt bearbeidet av NIBR.

Data om samspillet med kommunene i Kompetanseløftet sett fra utdanningsinstitusjonene er samlet inn gjennom intervju med 8 dekaner og avdelingsledere ved tilsvarende antall utdannings-

institusjoner. Dekaner og avdelingsleder er nøkkelinformanter i denne sammenheng. De antas å ha oversikt over hvordan utdanningene dimensjonerer tilbudet sitt og om hvordan de samhandler med eksterne aktører som kommunene. Intervjuene ble gjennomført over telefon og hvert intervju varte omkring en halv time. Notater fra intervjuet ble skrevet ut og oversendt de intervjuede for kommentarer og justeringer.

Lærestedene ble valgt ut basert på tre kriterier: en antakelse om at samarbeid er regionalt basert; kunnskap om hvilke læresteder de aktuelle case-kommunene har hatt kontakt med; samt læresteder med stor aktivitet på etter- og videreutdanning innen helse- og sosial, ut fra antakelsen at disse lærestedene også ville ha utstrakt samspill med kommuner.

Funn fra intervjumaterialet er kontrollert mot tre spørsmål fra spørreundersøkelsen til kommunene om samarbeid med utdanningsinstitusjonene som belyser kommunenes rapportering på utbredelsen av samarbeid mellom kommuner og lærestedene, innholdet i dette samarbeidet og kommunenes vurderinger av samarbeidet.

Kapittel 3, 4 og 5 bygger på en rekke ulike datakilder. En av de viktigste kildene er basert på Sysselsettingsregisteret i Statistisk sentralbyrå (SSB). SSB har på oppdrag fra Helsedirektoratet laget en versjon som gjør det mulig å identifisere antall sysselsatte og årsverk i brukerrettet pleie og omsorg. NIFU har fått en kopi av mikrodata fra dette registeret for perioden 2007 til 2010, men for å kunne vise utviklingen også tilbake til 2005, har vi til dels også anvendt tabeller som SSB har laget for Helsedirektoratet. Her har vi i tillegg benyttet oss av data fra helsepersonellregisteret basert på registrering av alle som har fått autorisasjon til å arbeide i helsevesenet.

I tillegg til disse datakildene har vi også benyttet en rekke ulike dokumenter og samtaler med personer knyttet til Kompetanseløftet på ulike nivåer i forvaltningen.

Data om søkning til helse- og sosialfag samt rekruttering til lære, er hentet fra NIFUs datasett for evalueringen av Kunnskapsløftet, publisert i Vibe m.fl. (2011) og Frøseth m.fl. (2010). Utdanningstall for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er basert dels på SSBs tall, dels på data fra Utdanningsdirektoratet.

1.3 Oversikt over rapportens innhold

Denne rapportens hoveddel utgjøres av analyser av hvordan Kompetanseløftet er blitt implementert, av samspillet mellom de ulike aktørene, men med et spesielt fokus på hvordan planen iverksettes i kommunene. I kapittel 2 presenteres den analytiske rammen for denne studien, og i kapittel 3 ser vi spesielt på hvordan de ulike aktørene vurderer organisering og prosess. Kapittel 4 går nærmere inn på arbeidet med handlingsplanen i kommunene, mens kapittel 5 analyserer de regionale variasjonene. Selv om Kompetanseløftet er en sentralt utformet handlingsplan, er iverksettingen utformet på bakgrunn av de enkelte kommunenes behov, og det er grunn til å anta at aktivitetsnivået og innretningen lokalt kan gå i noe ulike retninger.

Denne rapporten presenterer også en del oppdaterte oversikter over måloppnåelsen som viderefører deler av de oversiktene som er laget i undervisningsrapportene fra NIFU. I Kapittel 6 viser vi noen hovedtall for utviklingen fram til 2010, og i kapittel 7 oppdateres bildet av videreutdanning i sektoren. I kapittel 8 belyser vi et særlig viktig og kritisk tema om rekruttering og kvalifisering av helsefagarbeidere.

I tillegg til denne siste rapporten fra prosjektet, har forskergruppen også skrevet en kortere rapport med sammendrag og drøfting av de viktigste resultatene av evalueringsprosjektet.

2 Analytisk ramme

2.1 Innledning

Kompetanseløftet 2015 innebærer at en lang rekke aktører må arbeide sammen for å nå målene i handlingsplanen. Satsningen bygger på et komplekst samspill av tiltak og aktører på flere nivåer i styringssystemet. Sentrale myndigheter setter mål for satsingen, den fylkesvise koordineringen ivaretas av fylkesmennene, og kommunene iverksetter tiltak basert på de behovene de har. Den sentrale styringslinjen i Kompetanseløftet 2015 går fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet via Fylkesmannen til kommunene. Satsningen involverer imidlertid også andre aktører, både på sentralt og regionalt nivå. Blant disse er Utdanningsdirektoratet, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) sentralt og regionalt, fylkeskommunene og høyskolesektoren og universitetene viktige aktører. En vellykket iverksetting av en plan som Kompetanseløftet 2015 er derfor avhengig av samspill mellom mange aktører på forskjellige nivåer; aktører som ikke nødvendigvis har den samme oppfatningen av hvilke behov som er til stede og hvilke tiltak som er nødvendige, og som innretter satsningen på ulikt vis.

I dette kapitlet presenterer vi en analytisk ramme for evalueringen av iverksettingsprosessen, basert på forventningen om et komplekst samspill mellom mange aktører på ulike nivåer. Hensikten er å etablere et analytisk utgangspunkt for systematisering av empiri, samt videre analyse. Først beskrives og systematiseres evalueringskonteksten med utgangspunkt i en klassisk modell brukt i iverksettingsanalyse. Deretter reflekterer vi over mulige forklaringer på iverksettingsprosessens forløp. Vi benytter også her klassiske teoretiske innfallsvinkler, hvor styring

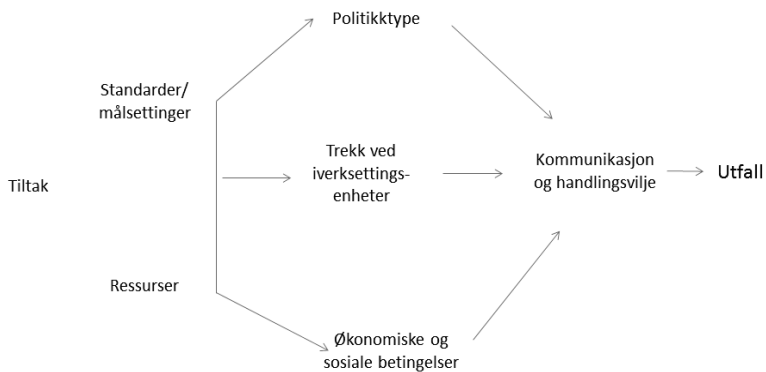
av prosessen står sentralt. Kan vi, med utgangspunkt i den skisserte evalueringskonteksten, forvente sterk hierarkisk statlig styring og kontroll med prosessen, eller kan vi forvente stort rom for lokale prioriteringer og mer nettverkslignende prosesser med bred deltakelse fra mange aktører, både vertikalt og horisontalt?

2.2 Iverksettingskontekst - en modell

Som et inntak til videre analyse av iverksettingsprosessen tar vi utgangspunkt i Van Meter og Van Horns klassiske bidrag fra 1975 innenfor iverksettingsteori. Det opprinnelige bidraget kan betraktes både som en tankemodell der ambisjonen er å systematisere noen hovedgrupper av variabler som en bør se etter i iverksettingsprosessen, og som et forsøk på skissere en kausalmodell der sammenhenger spesifiseres (Kjellberg og Reitan 1995: 143, 147).

Figur 2.1 under er en modifisert versjon av Van Meter og Van Horns tankeskjema. I den opprinnelige modellen var ikke politikktipe inkludert, men vi mener at dette bør føyes til i forhold til den opprinnelige modellen. Vi har dessuten skilt tydeligere mellom bakenforliggende variabler og prosessvariabler – der kommunikasjonen mellom aktørene og disses handlingsvilje er å betrakte som prosessvariabler.

Figur 2.1 Iverksettelsesmodell basert på Van Meter og Van Horn (1975)



Van Meter og Van Horn 1975, modifisert

Vi vil i det videre se nærmere på de ulike elementene i modellen. Med henvisning til sporene etter Pressman og Wildavsky (1973) peker Kjellberg og Reitan (1995:144) på den avgjørende betydningen målsettinger og tilgang på ressurser har for iverksettelsesprosessers forløp og endelige utfall.

Når det gjelder *målsettinger* framheves nødvendigheten av å kartlegge målsettingenes klarhet og presisjonsnivå. Kompetanseløftet 2015 er som nevnt en del av Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25, 2005-2006) hvor kapasitetsvekst og kompetanseheving innenfor pleie- og omsorgssektoren er sentrale mål. Om personellvekst framheves følgende: «en av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell, først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak. Å rekruttere nye årskull elever og studenter til mangeårig utdanning er et langsiktig arbeid som best løses gjennom gradvis utbygging». Om kompetanseheving står videre følgende å lese: «Å styrke den faglige kompetansen er en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er også en nødvendig forutsetning i det langsiktige arbeidet med å sikre god ressursutnyttelse. Vi vet at gode fagmiljø rekrutterer og motvirker høyt sykefravær.

Regjeringen ønsker derfor å heve utdanningsnivået, styrke veiledningen og gi rom for større faglig bredde gjennom å legge til rett for flere faggrupper. En slik kompetansestrategi vil være av avgjørende betydning for framtidig rekrutteringer både av kvinner og menn til framtidens tjenester.» [...] «Basert på dagens utdanningskapasitet mener departementet at det ligger til rette for at regjeringens mål om 10000 nye årsverk i hovedsak kan dekkes av fagutdannet personell, og at den høye andelen ansatte uten fagutdanning kan reduseres allerede fram mot år 2009.» (St.meld. nr. 25, 2005-2006, s. 12).

Målene for Kompetanseløftet 2015 ble videre spesifisert på følgende måte (St.meld. nr. 25, 2005-2006 s.74).

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

De overordnede målsettingene i Kompetanseløftet 2015 kan karakteriseres som en blanding av kvantitative og mer kvalitative målsettinger. Noen av målene er således mer presise og operasjonaliserbare enn andre. Samtidig framstår Kompetanseløftet 2015 som et tiltaksprogram der de ulike tiltakene representerer mange delmål. I handlingsplanen legges det vekt på følgende tiltak (St.meld nr. 25, 2005-2006, s. 16-17, 72ff)

- *Aksjon helsefagarbeider:* rekruttere til helsefagarbeiderutdanning og etablere læreplasser
- *Kvalifisering av personell:* kvalifisere ulike personellgrupper som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole gjennom opplæring, tilleggsutdanning, fagprøve og vurdering av realkompetanse.

- *Rekrutteringskampanje*: rekruttere flere inn i omsorgstjenesten og oppnå større tverrfaglighet
- *Øke andelen med høyere utdanning*: øke andelen med høyskoleutdanning.
- *Desentraliserte høyskolestudier*: legge til rette for desentraliserte studietilbud på høyskolenivå.
- *Fagskoleutdanning for personell med videregående opplæring*: videreutdanne personell gjennom fagskoleordningen
- *Videre- og etterutdanning for høyskoleutdannet personell*: etablere videreutdanningstilbud innen blant annet geriatri, demens, veiledning og rehabilitering
- *Øke andelen som arbeider heltid*: redusere bruken av deltid i helse- og omsorgssektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte.
- *Flink med folk i første rekke*: legge til rette for god ledelse og stimulere til ledelsesutvikling lokalt.
- *Forbedring av arbeidsmiljø*: legge til rette for godt arbeidsmiljø, for redusere sykefravær, minske andel som går ut av sektoren til -attføring eller uførepensjon

De mange tiltakene som inngår i Kompetanseløftet 2015 framstår således som en blanding av delmål og virkemidler, hvilket selvsagt gjør målstrukturen i satsningen atskillig mer kompleks enn hva som uttrykkes i den overordnede målformuleringen. En kompleks målstruktur kan være utfordrende, både for iverksettere og evaluatorene, men det er neppe slik at enkle og entydige målstrukturer er en nødvendig forutsetning for effektiv gjennomføring av tiltak. Mer komplekse - og endog flertydige - målstrukturer kan også gi betydelig fleksibilitet i iverksettingsprosessen, og slik øke gjennomføringsgraden - når satsningen ses under ett (Kjellberg og Reitan 1994:148; Christensen, Lægroid, Roness og Røvik 2009:108).

Det andre sentrale elementet i modellen er de ressursene som stilles til disposisjon. Dette kan omfatte både økonomiske og personellmessige ressurser. Vi vil i denne sammenhengen legge særlig vekt på *økonomiske ressurser*. Den totale budsjetttrammen for Kompetanseløftet 2015 har i perioden 2007-2010 økt fra 151 100 000 i 2007 til 258 937 000 i 2010. Fylkesmennene har en

sentral rolle i Kompetanseløftet ved at en stor andel av midlene fordeles videre til kommunene via fylkesmannen. Av de budsjetterte midlene har det årlige tilskuddet til fylkesmennene for videre fordeling variert fra 101,1 millioner i 2007 til 82,9 millioner i 2010. Et sentralt spørsmål er selvsagt hvorvidt de tildelte midlene har vært tilstrekkelig for å nå målene med satsningen. Sett i sammenheng med antall ansatte i pleie- og omsorgssektoren er dette ikke mye penger. Fordeler vi den totale rammen for 2010 på antall årsverk blir summen i overkant av 2000 kr pr årsverk, hvilket selvsagt tilsier at det må gjøres strategiske vurderinger av hvordan midlene skal fordeles både på regionalt og lokalt nivå. Skal midlene spres tynt utover eller skal enkeltgrupper eller tiltak prioriteres?

Det tredje elementet i den modifiserte modellen er betydningen av politikktipe. Kjellberg og Reitan (1995:141) peker på hvordan Van Meter og Van Horns tankeskjema ligger nært opp til Theodore Lowis synspunkter om at egenskapene ved politikken/tiltakene legger føringer for iverksettingsprosessen (Lowi 1964, 1972). Van Meter og Van Horns hypotese er at iverksettingen vil påvirkes av grad av enighet om tiltakene og graden av endring. Vi knytter vår modell nærmere opp til Lowis tankeskjema ved at vi inkluderer Lowis ide om hvordan innholdet i politikken kan påvirke beslutningsprosesser som en egen kategori i vår modell. Lowi sondret mellom fordelingspolitikk, reguleringspolitikk og omfordelingspolitikk. Senere er særlig omfordelingselementet videreutviklet av blant annet Francesco Kjellberg (1974, 1977) og James Wilson (1973, 1980). Det sentrale poenget i vår sammenheng er at tiltak med omfordelingseffekt vil generere mer konflikt, og således potensielt kunne møte mer motstand i iverksettingsprosesser enn tiltak som kjennetegnes av fordeling eller regulering.

Kompetanseløftet 2015 er primært en kompetanse- og rekrutteringsplan. Formålet med planen er å oppmuntre til kompetanseheving og lette rekruttering i kommunene. Bakgrunnen for dette tiltaket er en erkjennelse av de betydelige personellmessige utfordringene som venter denne sektoren i årene som kommer. Demografiske endringer vil øke etterspørselen etter tjenestene, og det vil være et sterkt behov for både mer personell og personell med kompetanse innenfor spesielle felt innenfor eldreomsorgen.

Som politikkkfelt lar Kompetanseløftet 2015 seg, som vi senere skal komme inn på, ikke entydig plassere. Politikktipe dreier seg i denne sammenhengen imidlertid om hvilke virkemidler som benyttes i satsningen. Et sentralt spørsmål i analysen av iverksettingsprosessen er om de ulike virkemidlene er av fordelende, omfordelende eller regulatorisk art. Dersom virkemidlene som benyttes er omfordelende eller *oppfattes* som omfordelende (ved at ressurser omfordes mellom kommuner eller politikkkfelter) er det rimelig å anta at iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 vil møte mer konflikt enn om virkemidlene har eller oppfattes å ha fordelende eller regulatoriske effekter.

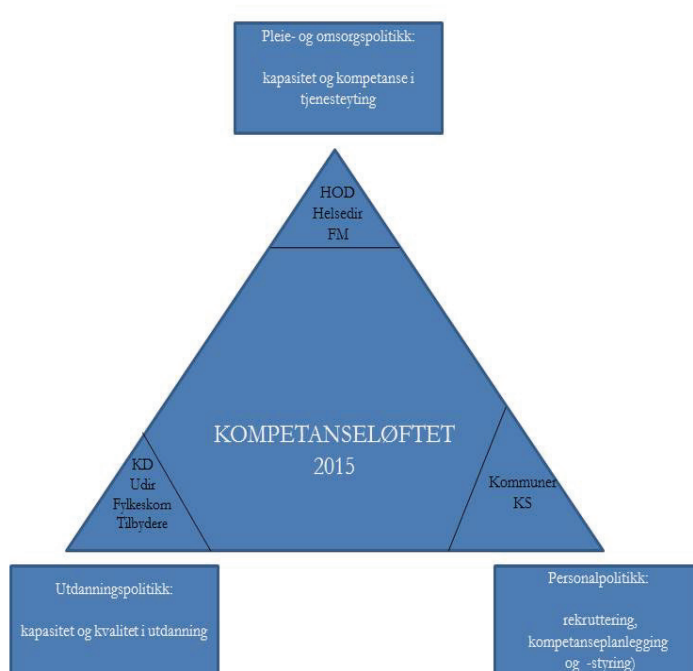
Kompetanseløftet 2015 er et virkemiddel som er satt inn for å løse en helsepolitisk utfordring, og handler i så måte om helsepolitikk. De virkemidlene som benyttes i planen handler imidlertid i stor grad om å påvirke kommunale personalpolitiske prioriteringer og å rekruttere ungdom til helse og omsorgssektoren. Det er som vi har sett ovenfor forholdsvis lite midler det er snakk om, og påvirkningen av kommunale prioriteringer skjer på en ”myk” måte gjennom koblingen mellom plantall og tildeling av midler. I forhold til Lowis typologi dreier Kompetanseløftet 2015 seg med andre ord om fordelingspolitikk. Det handler om tildeling av ressurser til enkeltkommuner og andre, men uten at dette innebærer noen omfordeling av ressurser fra en kommune til en annen eller fra et saksfelt til et annet. Det er derfor grunn til å anta at omfanget av konflikt mellom aktørene knyttet til tildelingene er begrenset.

Det fjerde elementet i modellen omhandler *trekk ved iverksettingsenhetene*. Dette innbefatter i store trekk organisatoriske forhold og interorganisasjonsforhold.² Her vil vi særlig legge vekt på at iverksettingen foregår i et flernivåsystem. Begrepet flernivåsystem forstår vi hovedsakelig som et system der myndighet er delegert vertikalt, til andre underliggende nivå i systemet. Andre inkluderer imidlertid også horisontalt delegert myndighet, til (semi) autonome enheter eller ikke-offentlige enheter (Marks og Hooghe 2004, Fimreite og Læg Reid 2011:25).

² Van Meter og Van Horn (1975) skiller mellom interorganisasjonsforhold og trekk ved iverksettingsenhetene.

Svært mye av arbeidet med Kompetanseløftet 2015 dreier seg om *vertikal* samordning mellom departement og direktorat og mellom stat (v/fylkesmennene) og lokalforvaltningen, men for å lykkes må det også stilles store krav til horisontal samordning og samarbeid, på alle nivåer. Den *horisontale* samordningen dreier seg om samordning mellom enheter på samme forvaltningsnivå, i vår sammenheng vil det si samordning mellom de involverte aktørene på departementsnivå, på direktoratsnivå, på regionalt nivå og på kommunalt nivå. Et sentralt spørsmål er således ikke bare hvilke styrings- og forvaltningsnivåer som involveres, men også i hvor stor grad iverksettingen omfatter ulike *politikkområder* eller sektorer, og hvilke utfordringer det eventuelt innebærer. Figur 2.2 gir en oversikt over hvordan Kompetanseløftet 2015 involverer ulike nivåer og politikkområder. Som vi ser dreier satsningen seg ikke bare om helse- og omsorgspolitik; like viktig er utdanningspolitiske og personalpolitiske virkemidler. Mens utdanningsmyndighetene er sentrale aktører i forhold til de utdanningspolitiske virkemidlene, vil de personalpolitiske virkemidlene håndteres av kommunene.

Figur 2.2 *Kompetanseløftet 2015: Styringsnivåer og politikkområder*



I likhet med Fimreite og Lægreid (2009, 2011) bygger vi dessuten også vår analyse på at samordning og samarbeid i iverksettingsprosesser ikke kan forstås uten at en tar hensyn til spesialiseringsgrad og hvilke spesialiseringsprinsipper som er anvendt i de organisasjonene som skal samarbeide om satsningen. Stor grad av spesialisering, enten vertikalt eller horisontalt, innen eller mellom enheter, øker samarbeids- og samordningsbehovet i iverksettingsprosessen. Spesialiseringssprinsipper sier dessuten noe om hvilke hensyn som ses i sammenheng og hvilke som holdes atskilt, og kan således også bidra til å forklare ulike aktørers standpunkt i en sak og de konfliktlinjer som eventuelt dannes. Vanlige spesialiseringssprinsipper er formål, prosess, målgruppe og geografi (Gulick 1937, Egeberg 1984, 2003).

En relevant problemstilling er derfor om og hvordan iverksettingsprosessen, både internt i statlige sektorer og mellom stat og kommune påvirkes av forskjeller og likheter i organisasjons-

mønstre mellom ulike styringsledd og på ulike styringsnivåer. Blant annet vet vi at den administrative organiseringen i kommunene er blitt stadig mer kompleks. Noen kommuner har tradisjonell etatsinndeling av administrasjonen, mange har innført såkalt flat struktur (tonivåmodell), mens andre (og dette alternativet er økende) har sammensatte, ”hybride” modeller (jfr. Hovik og Stigen 2008). Et interessant faglig bidrag i denne sammenhengen er Fimreite, Flo, Selle og Tranvik (2007) som diskuterer endringer i forholdet mellom stat og kommune som følge av de senere års reformer både på statlig og kommunalt nivå. En stadig mer kompleks administrativ organisering i kommunene fører til organisatorisk ”mismatch” mellom statlig sektororganisering og kommunale organisasjonsmønstre. Gjennom en diskusjon av sammenhengen mellom ulikhet i spesialiseringsprinsipper og samordningsformer viser Fimreite mfl. hvordan balansen mellom statlig integrasjon og lokalt selvstyre påvirkes.³ Analysen gir interessant innsikt i noen utfordringer for vertikal samordning og koordinering mellom stat og kommune, både når det gjelder iverksetting av ”rutinepolitikk” og iverksetting av større tidsavgrensede satsninger som Kompetanseløftet 2015.

Kompleksiteten i kommunal organisering er relevant fordi den kan bidra til å forklare om og hvordan kommunene satser innenfor Kompetanseløftet 2015. Hvordan kommunene er organisert kan kaste lys over muligheter og utfordringer kommunene møter i arbeidet med å skaffe seg oversikt over fremtidig ressurs- og kompetansebehov; i arbeidet med å legge planer for rekruttering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren.

I tillegg til disse fire sentrale elementene inkluderer vi, i likhet med Van Meter og Van Horn, også *generelle økonomiske, sosiale og politiske forhold*. Det er flere forhold som kan trekkes inn her. Særlig relevant er de generelle økonomiske konjunkturer. En endret konjunktursituasjon med stigende arbeidsledighet vil f.eks. kunne gjøre det lettere å rekruttere personell til pleie- og omsorgssektoren, uavhengig av innholdet i og iverksettingen av

³ Fimreite m.fl (2007:13) argumenterer for at når ”staten ikke finner igjen sektordedikerte medspillere på lokalt nivå”, frykter de at ”deres saker skal tape i den kommunale prioriteringen og satsning. For å forhindre dette griper staten til mer regulering og detaljstyring”. De slutter videre av dette at ”samspillet mellom spesialiseringsprinsipp og samordningsmekanisme blir [altså] utfordret”.

Kompetanseløftet 2015. I tillegg vil trekk ved kommunen kunne spille inn. Her er kommunestørrelse og sentralitet sentrale variable. En antakelse er at store og sentrale kommuner vil ha større *kapasitet* enn små kommuner til målrettet rekruttering og kompetanseplanlegging. Alternativt kan vi forvente at småkommuner i mindre sentrale strøk vil ha større *behov* for å kartlegge kompetansebehov og legge planer for rekruttering og kompetanseheving, og således vil være mer aktive i Kompetanseløftet 2015.

Samlet antar vi at de fem faktorene diskutert ovenfor vil påvirke de enkelte aktørenes *kommunikasjon og handlingsvilje* i iverksettingsprosessen. Et sentralt spørsmål er derfor hvordan kommunikasjonen mellom ulike aktører har vært i gjennomføringen av satsningen. Har budskapet om målsettingene med Kompetanseløftet nådd frem til de ulike aktørene, særlig på lokalt nivå? Hvordan oppfattes kommunikasjonen og relasjonene mellom sentrale myndigheter på departements-, direktorats- og regionalt nivå, og mellom statlige myndigheter og kommunene? Nært knyttet til disse spørsmålene er selvsagt spørsmålet om de ulike aktørens evne og vilje til å følge opp intensjonene i Kompetanseløftet 2015.

Det forventede *utfallet* av prosessene er en sterkere *strategisk* satsning på rekruttering og kompetansehevende tiltak innen pleie- og omsorgssektoren i kommunene og derigjennom *økt bemanning*, med både *bedre* og *bredere* kompetanse. Et sentralt spørsmål i evalueringen er derfor om kommunene synes å satse strategisk, eller om deltakelse og engasjement kan karakteriseres som pragmatisk og lite målrettet?

Den skisserte modellen gir etter vår vurdering en nyttig oversikt over iverksettingskonteksten for Kompetanseløftet 2015 og mulige sammenhenger mellom de ulike faktorene. Selv om modellen selvsagt representerer en empirisk forenkling, får vi likevel et inntrykk av mangfoldet i faktorer som kan ha påvirket gjennomføringen av Kompetanseløftet 2015, så langt.

2.3 Styring eller styringsdialog? Noen antakelser

Et nærliggende spørsmål i forlengelsen av beskrivelsen av iverksettingskonteksten er selvsagt hvor sterkt styrt iverksettingsprosessen har vært. Kjennetegnes prosessen av sterk hierarkisk styring av og i ulike ledd, eller er styringsdialog og nettverkslignende relasjoner en bedre beskrivelse av prosessen?

Sagt på en annen måte: Har prosessen vært preget av overordnet hierarkisk styring og kontroll eller kan den snarere forstås i lys av lokale handlingslogikker og prosesser på lavere nivåer i iverksettingskjeden?

For å kunne svare på disse spørsmålene trenger vi å nærme oss mer forklarende analytiske innfallsvinkler. En relevant innfallsvinkel er åpenbart de to klassiske hovedtilnærmingene innenfor iverksettningsteori; en beslutningsorientert, indikert ovenfra-og- ned (top-down) skole og en mer prosessorientert nedenfra-og-opp (bottom up) skole.

Et instrumentelt ovenfra-og-ned perspektiv kjennetegnes av forventninger om hierarki og overordnet styring og kontroll. Det forventes at den politisk-administrative ledelsen har evne til rasjonell kalkulasjon og god mål-middelforståelse, samt god prosesskontroll. Torsteinsen (2006:39) lister opp følgende kjennetegn som de viktigste i en hierarkisk styrt prosess: 1) input- og prosessorientering, med vekt på budsjetterammer, regler og prosedyrer. 2) bruk av hierarkisk autoritet, herunder vektlegging av lojalitet, 3) tro på planlegging, god organisering og vertikal koordinering, 4) vektlegging av institusjonell kultur og internt samarbeid, 5) vektlegging av organisatorisk enhet og integrasjon, herunder selvforsyning og egenregiproduksjon 6) vektlegging av faglig kompetanse, uavhengighet og nøytralitet, dvs. profesjonell autonomi og fri utøvelse av faglig skjønn og 7) brukerorientering i betydningen tilfredsstillelse av faglige og *profesjonsdefinerte* bruker- og klientbehov.

Kompetanseløftet 2015 er del av Omsorgsplan 2015, en stor politisk satsning som betegnes som regjeringens hovedstrategi for å møte fremtidens utfordringer innenfor omsorgssektoren. Sett i lys av satsningens størrelse og den oppmerksomhet framtidens

utfordringer innenfor omsorgssektoren har i den allmenne samfunnsdebatten, er det grunn til å forvente et relativt stort politisk/administrativt trykk for å få til en vellykket iverksetting av Kompetanseløftet 2015. Vi forventer at oppmerksomheten rundt satsningen er stabilt høy i det politisk-administrative lederskapet i Helse- og omsorgsdepartementet, og at både strukturelle og prosedyremessige virkemidler benyttes for å sikre god iverksetting av satsningen. Sentrale spørsmål for den politisk-administrative ledelsen vil f.eks. være styring gjennom prosjekt (med eller uten linjeledelse) versus styring gjennom linje, samt etablering av formelle kontaktfora der forventninger om regelmessig aktivitet følges opp. Vi forventer videre at oppmerksomheten rundt organisatorisk rollefordeling og samarbeidsrelasjoner mellom de ulike aktørene i Helse- og omsorgsdepartementet, Helse-direktoratet og fylkesmennene og andre statlige og kommunale aktører er stabilt høy gjennom iverksettingsprosessen. Det forventes tidlige og tydelige styringssignaler, tydelighet i oppdrag og prioriteringer og ressurser tilpasset oppdragets størrelse.

Et viktig styringsprinsipp i statlig virksomhet er mål- og resultatstyring. I reglementet for økonomistyring i staten står det f. eks at:

Alle virksomheter skal:

- a) fastsette mål og resultatkrav innenfor rammen av disponible ressurser og forutsetninger gitt av overordnet myndighet
- b) sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, ressursbruken er effektiv og at virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler, herunder krav til godforvaltningsskikk, habilitet og etisk adferd
- c) sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag (§ 4 Grunnleggende styringsprinsipper).

Departementene skal i tillegg fastsette overordnede mål og styringsparametere for underliggende virksomheter, jf. § 7. Styring, oppfølging, kontroll og forvaltning må tilpasses virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet.

Mål- og resultatstyring skal anvendes på alle nivåer i staten, dvs. mellom Stortinget og departementene, mellom departement og virksomhet og internt i virksomhetene (Finansdepartementet 2009). Dette gjelder økonomistyring, men er også et uttrykk for en generell holdning til ledelse. I den grad det formuleres kvantifiserbare målsettinger, skal det gis tydelige forventninger nedover i kjeden, og informasjon som kan benyttes til korrigerende underveis.

Det er i flere sammenhenger påpekt at mål- og resultatstyring er en tvetydig styringsteknikk (Christensen og Læg Reid 2006). På den ene siden legger det til rette for mer frihet for underordnede organer, mens det på den annen side forutsetter mer vekt på resultatrapportering og kontroll. Gitt mål- og resultatstyringskonseptets forutsetning om større frihet for underliggende organer, kan vi forvente at den løpende styringskontakten ikke er veldig tett mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og fylkesmennene som er de sentrale statlige organene i arbeidet med Kompetanseløftet 2015. På den annen side kan vi forvente en ikke ubetydelig «oppstrøms-aktivitet» i henhold til prinsippene for resultatrapportering.

I tillegg til de statlige myndighetene på sentralt og regionalt nivå er kommunene nøkkelaktører i iverksettingen av Kompetanseløftet 2015. I forhold til kommunene er statens virkemidler begrenset til økonomiske virkemidler og informasjon, planlegging, kontroll og veiledning.

Statlige tilskudd til kommunene er en vesentlig del av Kompetanseløftet 2015. Disse fordeles, som tidligere nevnt, til kommunene via fylkesmennene. Dersom det fra statens side settes mange og spesifikke betingelser for kommunenes deltakelse i Kompetanseløftet 2015 indikerer dette strammere styring fra statens side enn om betingelsene er få og generelle. Betingelsene kan være knyttet til planlegging og rapportering av tiltak for opplæring og rekruttering, samt hvordan rammer for tilskudd til kommunene beregnes (jfr. Embetsoppdrag og fullmaktsbrev).

Ved siden av disse virkemidlene kan staten også påvirke den kommunale prioriteringen gjennom rent pedagogiske eller informasjonsmessige instrumenter. Den veiledningen og faglige støtten som Fylkesmannen gir til kommunene kan f. eks ses som et ledd i den statlige reguleringen, og det samme vil en rekke andre informasjonsmessige tiltak rettet inn mot kommunene kunne være.

Internt i kommunene vil spørsmålet om styring også dreie seg om politisk-administrativ oppmerksomhet om Kompetanseløftet 2015 og hvilke tiltak som settes i verk, både i form av målrettet kartleggings- og planleggingsaktivitet og bruk av personalpolitiske virkemidler for å utnytte mulighetene som tiltakene i Kompetanseløftet 2015 gir. Et viktig spørsmål i forhold til kommunenes aktivitet er derfor om ledelsen tenker og handler strategisk og målrettet om rekruttering og kompetansehevede tiltak. Hva er i så fall mulighetene og begrensningene?

Tatt i betraktning at Kompetanseløftet 2015 involverer mange ulike aktører som inngår i et komplekst flernivåsystem er et strengt ovenfra-og-ned perspektiv på iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 neppe realistisk. Det være seg mellom statlige aktører, internt i kommunene og mellom stat og kommune.

De senere årene er det i samfunnsvitenskapelig forsknings- og evalueringslitteratur stadig påpekt at det synes å ha skjedd en oppmyking av hierarkisk ovenfra og ned styring og iverksetting til fordel for mer bruk av «governancelignende» virkemidler og prosesser, også betegnet som samstyring (Røiseland og Vabo 2008). Et uttrykk for dette er ikke minst begrepet *styringsdialog* som nå gjerne brukes om samhandlingen mellom de ulike aktørene i den offentlige styringskjeden. Begrepet brukes blant annet i rundskriv H-2186 fra Kommunal- og regionaldepartementet som omhandler statens styring av kommunene:

Statens styring bør derfor i størst mulig grad preges av dialog og veiledning i stedet for absolutte pålegg og krav. Videreutvikling av konsultasjonsordningen, informasjonsarbeid og spredning av ideer gjennom f.eks. nettverksarbeid er sentrale eksempler på slike styringsgrep (KRD 2008:4)

I en artikkel i Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift betegner Oddbjørn Bukve ”styringsdialog” som et styringspolitisk nyord. Hensikten med artikkelen er å diskutere vilkårene for bruk av dialogbaserte styrings- og samordningsformer (Bukve 2009). Bukve konkluderer med at rommet for dialogbasert styring avhenger av hvilke typer politikk som skal iverksettes. Hvis målet er likhet og standardisering, mener Bukve at aktørene ikke bør ha forventning om mye styringsdialog. Her kan forventningene lett overdrives (Bukve 2009:70). Betingelsene for styringsdialog er

derimot bedre når det skal gjennomføres tiltak der aktørene har reell autonomi og mer selvstendige maktbaser, vel og merke når aktørene er avhengige av hverandre for å gjennomføre tiltaket (Bukve 2009:70).

I et styringsdialogperspektiv betones altså i større grad gjensidig avhengighet og symmetri enn hierarki og asymmetriske relasjoner. Koblingene antas å være tettere og mer nettverkspregede, både horisontalt og vertikalt.

Fortolket i et dialogperspektiv vil det være relevant å spørre hvor *bredt* Kompetanseløftet 2015 har mobilisert, både blant statlige aktører og i kommunene, hvilke *samarbeidsarenaer* som er etablert og hvordan arbeidet i disse samarbeidsarenaene er blitt tilrettelagt.

I Kompetanseløftet er de ulike aktørene utvilsomt gjensidig avhengige av hverandre for å få gjennomført tiltakene. Samtidig er det klare begrensninger i forhold til hvilke virkemidler staten kan bruke, både i forhold til andre statlige aktører og i forhold til kommunene.

Når det gjelder kommunene er virkemidlene i Kompetanseløftet i stor grad begrenset til planlegging, informasjon og bruk av tilskudd. Koblingen mellom planlegging og tilskudd er ment å motivere kommunene til å tenke langsiktig på eget personellbehov. Vi forventer at denne indirekte påvirkningen av kommunale prioriteringer gjør at man får utnyttet muligheten kommunale beslutningstakere har til å tilpasse både målsettinger og virkemidler til lokale forhold. Noen kommuner vil av ulike grunner ha større utfordringer enn andre. Dette gjør at kommunenes prioritering av denne målsettingen vil måtte variere.

Denne formen for kobling mellom tildeling av ressurser og lokale planer peker altså i retning av en mer prosess- eller dialogbasert orientert tilnærming til den overordnede iverksettingen enn hierarkisk styring. Gjennom dialog mellom staten og fylkesmennene samt mellom fylkesmennene og kommunene kan en oppnå lokal tilpasning av de nasjonale målsettinger. Innenfor mer prosessorienterte tilnærminger til iverksetting blir lokal tilpasning sett som viktige forklaringsfaktorer bak en vellykket iverksetting. Elmore (1980:28-29, referert i Kjellberg og Reitan 1995: 153) legger for eksempel vekt på at ”dess større vekt som legges på lokalt skjønn og jo mindre hierarkisk kontroll, desto større

sannsynlighet for at et tiltak vil treffe den atferden som det tar sikte på å endre”.

Også internt i kommunene er det grunn til å forvente at en benytter seg av prosess- eller dialogbaserte tilnærminger i iverksettingen av Kompetanseløftet 2015. Satsning på rekruttering og kompetansehevende tiltak dreier seg, som påpekt ovenfor, om personalpolitikk. Her vil arbeidstakerorganisasjonene ha synspunkter, blant annet i forhold til tariffpolitiske spørsmål (for eksempel i spørsmål om heltid/deltid, støtte ved etter- og videreutdanning og lønnsuttelling ved kompetansehevende tiltak).

Samlet forventer vi altså ikke at iverksettingen kan forklares ensidig som resultat av enten tung hierarkisk styring eller som resultat av dialogbaserte prosesser og lokal tilpasning. I stedet forventer vi et komplekst samspill av ulike faktorer, som til sammen bidrar til å kaste lys over iverksettingsutfallet. Det er flere ulike grupper av variabler som er relevante i en beskrivelse av både iverksettingen og effekten av Kompetanseløftet 2015. I de neste kapitlene vil gi en beskrivelse av det inntrykket vi har av selve iverksettingsprosessen. I den forbindelse vil vi komme inn på flere av de variablene som er omhandlet i van Meter og van Horns modell. Spesielt sentralt blir organisering av iverksettingsprosessen sentralt, regionalt og lokalt, sammenfallet i målsettinger og vurderinger av prosessen mellom ulike aktører på forskjellige nivåer, det samlede omfanget av økonomiske ressurser i Kompetanseløftet 2015 og selvsagt hva en har oppnådd så langt lokalt.

3 Organisering og prosess: De ulike aktørenes vurdering.

3.1 Organisering, styring og koordinering i sentralforvaltningen.

Det overordnede ansvaret for gjennomføringen av Kompetanseløftet 2015 ligger i Helse- og omsorgsdepartementet. Styringslinjen går via Helse og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet, der arbeidet med Kompetanseløftet 2015, Omsorgsløftet 2015 og Demensplanen 2015 er forankret. Prosjektleder for Kompetanseløftet 2015 hører organisatorisk hjemme i Avdeling for utdanning og personell. Ulike deler av Omsorgsplanen ble altså forankret i forskjellige avdelinger i Helsedirektoratet.

I Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2007 etablert en styringsgruppe for gjennomføringen av St.meld. 25 (2005-2006). Styringsgruppen har representasjon fra Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Kommunal- og regionaldepartementet, Arbeidsdepartementet, Utdanningsdirektoratet, Husbanken, Helsedirektoratet, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Styringsgruppens sammensetning reflekterer den kompleksiteten iverksettingen av en plan som dette innebærer. Omsorgsplanen og Kompetanseløftet handler om iverksetting på kommunalt nivå, hvilket åpenbart gjør det viktig med inkludering av KS som en aktør. KS er inkludert gjennom den bilaterale avtalen mellom staten og KS om kvalitetsutvikling i omsorgstjenestene og oppfølgingen av denne. I tillegg har KS erfaringer med relevante prosjekter og problemstillinger fra kommunal sektor. Inkluderingen av andre fag-

departement samt andre fagdirektorat viser også et fokus mot betydningen av den horisontale koordineringen på sentralt nivå.

Det ble også opprettet et styringsråd i Helsedirektoratet, dette rådet møttes imidlertid ikke ofte og har antagelig spilt en liten rolle for Kompetanseløftet. Fylkesmennene er, som allerede nevnt, svært viktige aktører i iverksettingen i kraft av å være statens regionale representant i de ulike fylkene. Det er gjennom Fylkesmennenes arbeid de nasjonale målsettingene og planene blir forankret lokalt, og det er via Fylkesmennene den sentrale forvaltningen får informasjon om planens virkemåte og dens effekter lokalt.

Med utgangspunkt i prinsippet om mål- og resultatstyring argumenterte vi i kapittel 2 for at det ikke var grunn til å forvente løpende og tett kontakt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i gjennomføringen av Kompetanseløftet 2015. Fra informantintervjuer sitter vi imidlertid igjen med et inntrykk av at det har vært forholdsvis mye kontakt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i forbindelse med Kompetanseløftet 2015. Blant annet gjennom faste samarbeidsmøter for Omsorgsplanen.

Relasjonen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet blir av aktører fra begge nivåer beskrevet som god. Spesielt blir arbeidet som er gjennomført i Helsedirektoratet beskrevet i rosende ordelag. Fordelingen av oppgaver og ansvar mellom direktoratet og departementet i dette tilfellet kan til dels forstås som en avveining av hvorvidt arbeidet med Kompetanseløftet er et politisk eller faglig spørsmål. Rent faglige forhold og problemstillinger hører naturlig hjemme i direktoratet, men for saker der det er en klarere politisk interesse vil en sterkere departemental involvering være naturlig.

Når det gjelder den horisontale koordineringen på sentralt nivå er det mer usikkert hvor viktig den har vært i forbindelse med Kompetanseløftet. En viktig samarbeidspartner for staten i arbeidet med rekruttering og kompetanseheving i kommunene er KS. Staten og KS inngikk i 2006 en avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Her forpliktet KS seg til målsettinger som er viktige også i Kompetanseløftet. Ifølge våre informanter har denne avtalen antakelig spilt en viktig rolle for Kompetanseløftet. Tilløp til konflikter har blitt tatt tidlig opp på dette nivået,

og ikke minst viser denne avtalen at staten og KS deler felles målsettinger. Dette gjør at det er lite grunnlag for konflikt om målsettingene i Kompetanseløftet 2015, hvilket igjen medfører mindre behov for omfattende kontakt og problemløsning på sentralt nivå.

Når det gjelder koordineringen med spesielt KS er sammenfall av interesser et stikkord. Vi har ikke inntrykk av at det har vært mye konflikt, noe som delvis må sees på som et resultat av sammenfallende målsettinger.

3.2 Organisering og koordinering på regionalt nivå

NIBRs kartlegging i 2009 viste at arbeidet med Kompetanseløftet 2015 i flertallet av fylkene var organisert som et prosjekt innenfor arbeidet med Omsorgsplan 2015, gjerne med en arbeidsgruppe eller en styringsgruppe for hele Omsorgsplanarbeidet. Hvorvidt dette involverte representanter fra øvrige regionale myndigheter varierte. En del av embetene oppga at arbeidet var organisert i linjen (eventuelt med koordineringsgruppe opp mot omsorgsplanarbeidet). Betegnelsen ”prosjekt i linje” ble også brukt for å karakterisere organiseringen. Det var i gjennomsnitt 2-3 personer pr. embete som hadde Kompetanseløftet som hovedfokus i sitt arbeid. Her må det tilføyes at det kan være vanskelig å angi hvor tungt involvert ulike saksbehandlere er, da arbeidet med Kompetanseløftet i praksis gjerne er tett koblet med og integrert med øvrig arbeid. Organisatorisk viste undersøkelsen at arbeidet med satsningen var forankret i Helse- og sosialavdelingen eller Helse- og omsorgsavdelingen i et flertall av embetene. De fleste av de som var mest involvert i arbeidet med Kompetanseløftet 2015 var sosionomer eller sykepleiere av utdanning, men også annen utdanningsbakgrunn ble oppgitt; det være seg lærer/lektor/pedagog, lege, jordmor, vernepleier, jurist, samfunnsviter, eller administrativ og økonomisk utdanning.

Relasjonen til Helsedirektoratet

Helsedirektoratets kontaktmøter med fylkesmennene (1-2 ganger i året), og arbeidet i kontaktorganet Arbeidsutvalget (der representanter for 5 embeter fra region nord, sør, midt, vest og øst deltar,

og som rullerer slik at alle embetene deltar i løpet av planperioden) var sentrale kontakt- og koordineringsarenaer for Kompetanseløftet. Intervjuene i 2009 viste at de saksansvarlige kontaktpersonene i fylkesmannsembetene jevnt over var svært godt fornøyd med hvordan Helsedirektoratet ivaretar sin rolle i satsningen vis a vis fylkesmennene: En informant beskrev relasjonen til direktoratet slik:

Jeg har vært med i dette arbeidet siden ”Rett person på rett plass” i 1998/99. Det er min absolutte oppfatning at kommunikasjonen med direktoratet er mange ganger forbedret siden den gang. De ansatte i dag har god kompetanse innen sine felter, har orden og oversikt og gir greie og korrekte beskjeder og oppdrag til oss. Løpende informasjon gjennom ”nyhetsbrevene” fungerer godt, og vi får raske og ekspeditte tilbakemeldinger på eventuelle spørsmål vi sender dem. Rapporteringssystemet fungerer greit, og gode samlereporter og ”undervisrapporter” fungerer også bra. Hittil har direktoratet også hatt kapasitet til å stille opp på våre samlinger/ konferanser med kommunene, og det betyr mye for oss (fylkesmennene) å ha dem med, men også for kommunene som får direkte kontakt med direktoratet.

Følgende utsagn fra informantene kan ytterligere illustrere den positive vurderingen våren 2009 av kommunikasjonen med avdelingen som er ansvarlig for Kompetanseløftet 2015 i direktoratet:

Kommunikasjonen med direktoratet, både telefonisk, per mail og skriftlig er meget god.Alltid tilgjengelig og raske svar på skriftlige henvendelser. ... Lydhøre for innspill. ...Tett og positiv... Oppfølgingen oppleves som god, og bedre enn på andre områder i embetsoppdraget.

AU ble vurdert som nyttig og viktig for kommunikasjonen med direktoratet, men det pekes også på at AU kunne vært enda tydeligere som drøftingsforum for innmelding av saker og problemstillinger fra fylkesmannsembetene. En annen informant pekte på faren for at informasjonsutvekslingen i møtet kunne bli

for forutsigbar. Dette kan fortolkes som en påpekning av at god kontakt er bra, men at den også kan framstå som rituell.

En annen utfordring som informantene pekte på gjaldt sam-ordning sentralt. Et eksempel på dette gir en av informantene som er av den oppfatning at ”rapporterene er for lite koordinert med rapporteringskrav på andre deler av Omsorgsplan 2015.”

De øvrige utfordringene som informantene pekte på i relasjonen til direktoratet var i all hovedsak forhold knyttet til søknads- og rapporteringsrutiner. Informantene opplevde det som positivt at fylkesmennene i så stor grad får bruke eget skjønn og lokalkunnskap ved tildeling av kompetansemidler i fylket. Samtidig, og dette er et forhold som mange av informantene pekte på, savnet man en bedre tilbakemelding på hva som er gjort godt og hva som kan gjøres bedre. Av informantene uttrykkes dette slik:

Kommunikasjonen er vel tydelig nok om hva vi skal gjøre – men det hadde vært positivt med tilbakemeldinger på rapporter og om tiltakene er gode nok. Innholdet i rapportene kunne vært tydeligere – hva ønsker de egentlig tilbakemelding på – det gjelder tekstdelen.

...Kommunikasjonen med direktoratet er grei, vi får gode og hyppige informasjoner. Det lages nasjonale rapporter og trekkes konklusjoner på slikt nivå. Jeg opplever likevel at som fylke blir vi stående alene i forhold til vurderingen av hva vi oppnår, og det er en innfløkt jobb å bedrive dyptgående sammenligninger fylkene mellom. Ville det vært mulig for direktoratet å foreta en mer fortløpende vurdering og tilbakemelding på de resultater som oppnås fylkesvis?

Relasjonen til andre aktører på regionalt nivå

Relasjonen til andre aktører på regionalt nivå har i hele evalueringsperioden framstått som mye mer mangfoldig og adskillig mer utfordrende å beskrive enn relasjonen til sentrale myndigheter. Embetene oppga våren 2009 å ha utviklet flere og ulike (formelle) samarbeidsrelasjoner på regionalt nivå i forbindelse med Kompetanseløftet 2015, men det var adskillig mer uklart hvordan og hvor godt relasjonene fungerte.

Samtlige embeter oppga ulike aktører på regionalt nivå som de hadde formell og uformell kontakt med i forbindelse med Kompetanseløftet 2015. Typisk var fylkeskommunene v/utdanningsdirektør, andre fylkesmannsembeter i regionen, KS i regionen, KS v/Aksjon Helsefagarbeider, ressursentre ved videregående skoler, fagorganisasjoner, opplæringskontor i fylket, undervisningssykehjem, helseforetak og universiteter og høyskoler i den aktuelle regionen. Disse inngikk gjerne i styringsgrupper, referansegrupper eller ulike typer samordningsfora.

Hvor godt en syntes disse fungerte hadde imidlertid, ikke overraskende, sammenheng med hvor etablert og ”satt” samarbeidet regionalt var før arbeidet med Kompetanseløftet 2015 kom i gang. Der hvor samarbeidet var veletablert, mente informantene at samarbeidet fungerte rimelig godt. Tilbakemeldingene fra informanter i fylker hvor samarbeidet var etablert i forbindelse med Kompetanseløftet 2015 var adskillig mer nøkterne. Møtene var sjeldne (1-2 ganger i året) og var først og fremst arenaer for erfaringsutvekslinger. Fremmøtet og engasjementet ble karakterisert slik av en informant:

Varierende frammøte og deltakelse i koordineringsgruppa kan tyde på at utfordringer knyttet til rekruttering og kompetanseheving av personell innen pleie- og omsorgstjenestene ikke er like høyt prioritert hos alle parter.

Flere pekte på at det var spesielt vanskelig å engasjere KS i arbeidet:

Samarbeidet med KS som representanter for kommunene (overordnet ledelse) har vært vanskelig å få til. Også fordi KS med sine avtaler med Regjeringen om kvalitetsutvikling i kommunene og ulike prosjekter ikke har vært på banen. Disse fungerer i beste fall på siden av fylkesmannens innsats, noe som i noen sammenhenger oppleves som unødvendig og uhensiktsmessig. Vi blir konkurrenter om kommunenes oppmerksomhet og tid, og ingen får da mereffekt ut av innsatsen.

Oppfatter at KS har et kapasitetsproblem siden de dekker hele landsdelen. Vet ikke hvordan dette kan løses. Imidlertid har vi jo KS sitt prosjekt ”Aksjon helsefagarbeider” med i arbeidet, men verdien av dette er begrenset som KS-bidrag, satsingen sett under ett. Spesielt arbeidet med forankring på rådmann/ordførernivå i kommunen er nesten umulig å få til uten at KS stiller fokus på dette. ”Aksjon helsefagarbeider” har fokus utelukkende på helsefagarbeideren, og det blir begrenset i forhold til hele Kompetanseløftet, selv om dette er viktig nok.

I tillegg må det nevnes at det pekes på at manglende forankring av arbeidet med Kompetanseløftet 2015 i Utdanningsdirektoratet og at en dårlig samordning av embetsoppdragene fra Helsedirektoratet og Kunnskapsdirektoratet er en utfordring for samarbeidet mellom de ulike regionale aktørene på tvers av institusjonsgrenser.

Relasjonen til kommunene

De fleste, men ikke alle, fylkesmannsembetene oppga i 2009 å ha etablert flere ulike informasjonskanaler ut til kommunene i forbindelse med Kompetanseløftet 2015. Alle har faste kontaktpersoner i kommunene. Informasjon blir oftest gitt elektronisk gjennom embetets nettsted eller pr. epost. Flere av embetene har også arrangert årlige dagskonferanser, der Kompetanseløftet 2015 er tema. De er gjerne avholdt som ledd i en større konferanse som dekker hele Omsorgsplan 2015. I enkelte fylker, f.eks. i Møre og Romsdal har fylkesmannsambetet også arrangert kurs for kontaktpersonene. Her har de dessuten hatt egne konferanser om rekruttering og uønsket deltids-/turnusordninger, og konferanser for VG-2 elever og kommunene sammen for å stimulere til at elevene skal velge læretid. Det informeres og kommuniseres også om Kompetanseløftet 2015 i forbindelse med den ordinære ”styringsdialogen” med kommunene, og flere opplyser at de dessuten har vært på egne besøk i kommunene som ledd i arbeidet med Kompetanseløftet 2015/Omsorgsplan 2015.

Svært få av embetene hadde imidlertid egne nettsider om Kompetanseløftet 2015. Unntaket var Sør-Trøndelag. Her arrangerer en dessuten også årlige erfaringsmøter der evaluering av embetets arbeid med Kompetanseløftet 2015 inngår. Fem av embetene har egne sider om Omsorgsplan 2015, mens de øvrige har informasjon

om Kompetanseløftet tilgjengelig under ”helse” eller lignende overskrift.

I tillegg til de organiserte kontaktpunktene kommer selvsagt den løpende kontakten med enkeltkommuner. I følge informantene har denne kontakten vært relativt hyppig, men det er spesielt i forbindelse med søknadsarbeid og rapportering. Spørsmål om veiledning i forbindelse med utarbeiding av kompetanseplan er også et tema. Hva angår rapportering, var det i 2009 åpenbart at kvaliteten på kommunenes rapporteringer var varierende. Mange kommuner måtte også pures for at rapporteringene skulle komme innen fastsatt frist.

Det at mange kommuner gjennomfører hyppige omorganiseringer blir av enkelte fylker trukket fram som en utfordring for kontakten med kommunene. Det pekes på at kommunene har ulik organisering, at det stadig omorganiseres og at det derfor blir utskifting av kontaktpersoner. I 2009 spurte også informanter i fylkesmannsembetene om politiske ledelse i kommunene hadde stor nok bevissthet om viktigheten av strategisk rekrutterings- og kompetansebyggingarbeid knyttet til Kompetanseløftet 2015.

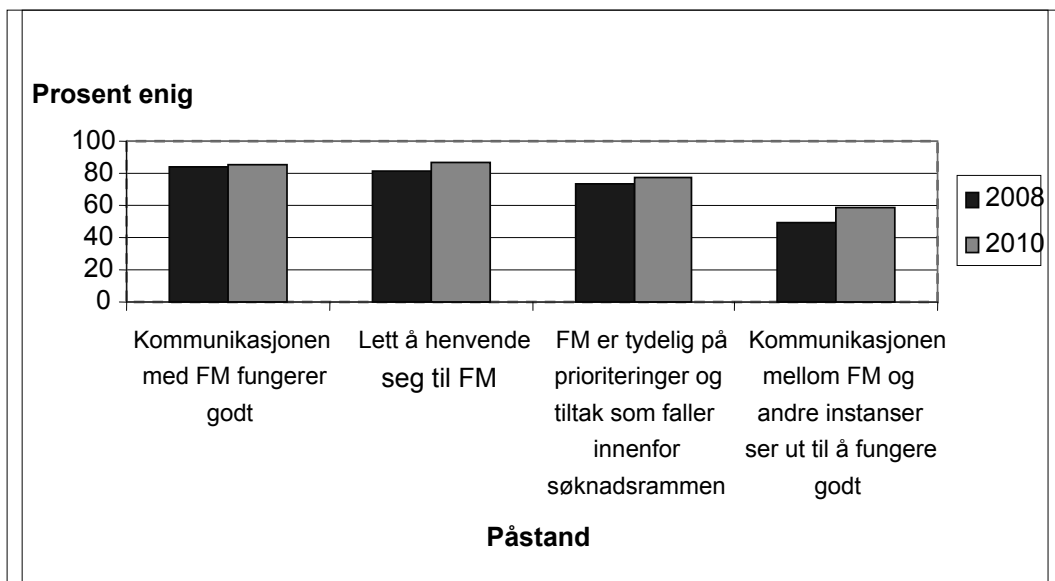
3.3 Kommunenes opplevelse av iverksettingsprosessen

Resultatene i Kompetanseløftet 2015 skapes først og fremst i kommunene, og vi skal komme tilbake til hvordan kommunene har arbeidet med planen og skapt resultater. Det er imidlertid også interessant å se nærmere på hvordan kommunene har opplevd selve iverksettingen av planen og spesielt relasjonen til fylkesmannsembetene. De fleste av intervjupersonene mente i 2009 at deres kommune hadde en god dialog med fylkesmannens representanter. De oppfattet informasjonen som god og dialogen som enkel.

Dette samsvarer med det inntrykket en får gjennom NIBRs spørreundersøkelser til kommunene i 2008 og 2010. Når kontaktpersonene i kommunene blir bedt om å vurdere Fylkesmannens rolle i Kompetanseløftet er et klart flertall positive. Om lag åtte av ti er enige i at kommunikasjonen fungerer godt, at det er lett å

henvende seg og at Fylkesmannen er tydelig på prioriteringer og tiltak som faller innenfor søknadsrammen.

Figur 3.1 *Vurdering av fylkesmannens rolle i Kompetanseløftet. Prosent enig eller helt enig, 2008 og 2010*



I tre av casekommunene mente man imidlertid at deres kontakt med fylkesmannen kunne vært bedre:

Vi synes vi får lite informasjon, men kontakten angående rapportering og søknader er helt grei. Vi får gode svar hvis vi tar kontakt. Rapportering er helt greit (intervju 18.06.09).

Vi har hørt lite fra fylkesmannen angående dette. Det har ikke vært noe informasjon verken i 2008 eller så langt i 2009. Ingen møter i regi av fylkesmannen. Vi opplever lite trykk (intervju 24.06.09).

Disse to kommentarene kommer fra en liten og en forholdsvis stor kommune i samme fylke. De mente altså at det ikke ble gitt nok informasjon og at fylkesmannen holdt lite ”trykk” på Kompetanseløftet 2015. Hva informasjonsmengde angår, stemmer dette inntrykket med informasjonen som ble gitt fra fylkesmanns-

embetet i det aktuelle fylket. Det var i liten grad lagt til rette for kommunikasjon utover embetets nettsider og svar på telefonhenvendelser fra kommunene. I den tredje kommunen gikk misnøyen i større grad på søkeprosess og på fordeling. De er tre kommuner som søker sammen gjennom Regionale kurs og kompetansesentre (RKK), som samordner søknadene. Midlene tildeles også RKK i en pott og kommunene må forhandle seg imellom om hvordan de skal fordeles i ettertid. Kommunens representant, og vår intervjuperson, mente at dette egentlig er en oppgave fylkesmannen burde ta på seg. Vedkommende ga også uttrykk for at det var noe vanskelig å forstå hvilke kriterier fylkesmannen benytter for å fordele midler:

Midlene ytes ikke proporsjonalt med størrelsen på kommunene og det er ingen begrunnelse på fordelingen fra fylkesmannens side. Et år synes vi det var svært mye som ble lagt til ... og vi mener at fordelingen av midler er tilfeldig. Vi tre kommunene som søker her utgjør et geografisk område på en 15-16 000 innbyggere og vi fikk bare 450 000 kroner til fordeling. Da er det i alle fall ikke matematisk fordeling (intervju 16.06.09).

Vi spurte også kommunenes representanter om hvordan de arbeider med søknadene som sendes fylkesmannen angående Kompetanseløftet 2015 og om det oppfattes som mye arbeid. De fleste intervjupersonene oppga at søknaden ikke ble oppfattet som veldig arbeidskrevende. Det er vel så ofte interne prosesser i kommunene det kan skorte litt på når søknader skal skrives:

Nei, det er ikke mye arbeid. Men vi er ikke så gode på å samkjøre alle tilskuddene vi søker på. Det skal vi bli bedre til (intervju 1 17.06.09).

Samlet ble det altså ikke oppfattet å være for arbeidskrevende å søke om midler innenfor Kompetanseløftet 2015 og de fleste intervjupersonene mente at kontakten med fylkesmannen generelt gikk greit, selv om det selvsagt også fantes forbedringsmuligheter. De fleste oppfattet kontakten som bra i spørsmålene om ansvar, tydelighet, tilrettelegging, kontinuitet, forutsigbarhet, kriterier for søknader, prioritering fylkesmannen gjør og rapportering. Alt i alt er derfor vårt inntrykk at kommunene har vært godt fornøyd med fylkesmannens arbeid innenfor Kompetanseløftet 2015. På

spørsmål om hva som kunne vært gjort annerledes, kommer det ikke mange svar. I så måte er følgende sitater illustrerende.

Kontakten vår med dem er god. Det er ikke så mye de kunne gjort annerledes bortsett fra at de gis mulighet til å finansiere hele pakken (intervju 1 17.06.09).

...

Den kontakten er god. Vi oppfatter det slik at fylkesmannen forstår og ser situasjonen tydelig. De forstår også våre økonomiske problemer. De er etter hvert begynt å se at det er helheten i dette, med at kommunene må forplikte seg ganske mye, som er vårt problem. Det hadde vært en fordel om fylkesmannen kunne tatt hele pakken (Intervju 1 17.06.09).

I den landsomfattende surveyen i 2010 tok imidlertid en del av respondentene opp spørsmål knyttet til forutsigbarhet i tildelinger. Følgende sitat kan illustrere dette:

De har lyktes bra med å sette fokus på framtidens kompetanseutfordringer og har fått kommunene til å utarbeide planer/tiltak for å møte utfordringene. De har ikke lyktes med å skape forutsigbare rammebetingelser for kommuner som har planlagt sine tiltak og som forventer stabile årlige bevilgninger fra fylkesmannen.

Når det gjelder andre instanser på fylkesnivå oppfattet intervju-personene i case-kommunene i 2009 at de hadde gode relasjoner til flere av disse. I særlig grad gjaldt det utdanningsinstitusjoner. Kommunene tok direkte kontakt med disse, kontakten gikk altså ikke gjennom fylkeskommunen. Kontakten ble oppfattet som god; de videregående skolene ble oppfattet som lydhøre og interesserte.

3.4 Oppsummerende konklusjon

Samordning og samarbeid kan analyseres ut fra mange ulike vinkler. Sentralt i vår sammenheng er for det første samarbeidet eller samordningens retning, det vil si om den foregår vertikalt eller horisontalt. Svært mye av arbeidet med Kompetanseløftet 2015 dreier seg om *vertikal* samordning mellom departement og direkto-

rat og mellom stat og lokalforvaltning, men for å lykkes må det også stilles store krav til *horisontal* samordning og samarbeid, på alle nivåer.

Når det gjelder den vertikale linjen tyder våre data på at denne iverksettingen – fra Helse- og omsorgsdepartementet ned til kommunene – har foregått forholdsvis ”problemfritt”. Aktørene selv beskriver en situasjon der kommunikasjonen og koordineringen dem i mellom har fungert godt. Vi er mer usikre på koordineringen horisontalt – altså mellom helsemyndighetene sentralt og utdanningsmyndighetene og tilsvarende relasjoner på det regionale nivået. På det sentrale nivået har utdanningsmyndighetene, Kommunal- og regionaldepartementet og Husbanken vært representert i styringsgruppen for Omsorgsplanen, men i forhold til Kompetanseløftet 2015 er vårt inntrykk at denne styringsgruppen ikke har vært av avgjørende betydning i iverksettelsesprosessen. Relasjonen mellom KS og helsemyndighetene på sentralt nivå oppfattes som god, på regionalt nivå er bildet noe mer uklart.

Vårt inntrykk er at den horisontale kontakten, både på fylkesnivå og på sentralt nivå, har vært mindre omfattende enn det som først var tenkt. Det at kontakten har vært liten behøver imidlertid ikke bety at samordningen har vært svak. Det kan også være et resultat av at behovet for koordinering ikke har vært så sterk, eller eventuelt at koordineringen i liten grad har innbefattet avgjørelser som har vært særlig konfliktfylte. Det at Kompetanseløftet i liten grad har medført konflikt er også et inntrykk vi sitter igjen med etter intervjuene. Det er bred enighet om nødvendigheten av en plan som Kompetanseløftet 2015, og det er derfor ikke grunnlag for de store konfliktene verken i relasjonen mellom Helsedirektoratet og kommunene eller mellom helsemyndighetene og KS.

4 Behov og strategier: nærmere om arbeidet i kommunene

4.1 Innledning

Kompetanseløftets målsetting er som vi har sett å få kommunene til å ansette flere med relevant utdanning på pleie- og omsorgsområdet, heve det formelle utdanningsnivået i de kommunale omsorgstjenestene, skape større faglig bredde samt å styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning. Virkemidlene eller mekanismene som tas i bruk er at kommunene som vil søke midler fra programmet gjennomfører en kartlegging av personellbehov i pleie- og omsorgstjenestene, og lager en plan over hvordan de skal forholde seg til disse behovene. Kompetanseløftet 2015 kan derfor sies å ha en målsetting som beveger seg inn på flere områder av kommunal politikk. I kapittel 2 ble det personalpolitiske løftet fram.

Samtidig er Kompetanseløftet 2015 en fortsettelse av strategier Helsedirektoratet også tidligere har fulgt for å få kommunene til å arbeide langsiktig og strategisk med både å planlegge og bedre sin personellsituasjon på pleie- og omsorgsområdet (Rett person på rett plass, 1998-2001, og Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell, 2003-2006), samt at det også ble arbeidet med slike problemstillinger under Opptrappingsplanen årene 1998-2008 og i Helsedirektoratets samarbeid med Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, KS.

Virkemidlene som inngår i Kompetanseløftet 2015 har vi tidligere beskrevet som myke virkemidler. Kommunene gis noen muligheter til å få del i statlige midler som riktignok er øremerket til dette tiltaket, men det er samtidig fullstendig frivillig for kom-

munene om de vil søke om å få tilgang til disse midlene eller ikke. Kommunenes deltakelse gir dermed staten, via fylkesmannen, en viss tilgang til å legge premisser for kommunal personalpolitikk, en mulighet som ble fjernet da reguleringene fra 1982, som tilsa at kommunene skulle lage kommunale helse- og sosialplaner, ble opphevet (Disch og Vetvik, 2009). Kommunene har altså tidligere hatt en plikt til å planlegge på dette feltet.

I forrige kapittel så vi nærmere på hvordan aktørene på ulike nivåer i iverksettingskjeden har opplevd organiseringen og selve iverksettingsprosessen av Kompetanseløftet 2015. Her så vi at denne prosessen i all hovedsak må kunne sies å ha vært vellykket. Aktører på alle nivåene uttrykker tilfredshet og lite misnøye med måten denne planen har vært styrt og organisert på. Selve iverksettingen av planen gjennomføres imidlertid i siste instans av kommunene. Det er her tjenestene leveres, og det er på dette nivået utfordringer knyttet både til planlegging, rekruttering og kompetanseheving skal håndteres.

I dette kapitlet skal vi derfor se nærmere på hvordan kommunene har håndtert og organisert arbeidet med Kompetanseløftet 2015. Det første temaet er hvordan kommunene selv vurderer behovet for rekruttering og kompetanseheving. En av betingelsene for en vellykket iverksetting er selvsagt at Kompetanseløftet 2015 svarer til de utfordringene kommunene mener de står overfor.

For det andre ser vi nærmere på hvilke strategier kommunene har utviklet for å sikre tilstrekkelig, stabilt personell med kompetanse. Dette omfatter strategier for planlegging, kompetansekartlegging, rekruttering, utdanning og videreutdanning, samt samarbeid med utdanningsinstitusjoner. Utforming av rollen som arbeidsgiver og arbeidsgiverstrategier er vesentlig i denne sammenhengen, og utgjør det tredje hovedtemaet i dette kapitlet.

Et gjennomgående tema er dessuten hvilke endringer vi eventuelt ser i løpet av evalueringsperioden.

4.2 Kommunenes vurdering av rekrutterings- og kompetansebehov

4.2.1 Fortsatt stort rekrutterings- og kompetansebehov, men utvikling i riktig retning⁴

I kommunesurveyen NIBR gjennomførte i 2008 fant vi at hele 87 prosent av kommunene⁵ svarte ”i svært stor” eller ”i nokså stor” grad, når de ble spurt om i hvilken grad rekruttering av personell til brukerrettede pleie- og omsorgstjenester er en viktig utfordring i deres kommune. I 2010 svarte 82 prosent det samme. En nærmere analyse av tallene viste videre at andelen som anser rekruttering av personell som en ”svært stor utfordring” er redusert fra 60 til 50 prosent. En bør være forsiktig med å tillegge denne endringen alt for stor vekt. Rekruttering av personell til pleie og omsorgstjenestene er fortsatt en stor utfordring i norske kommuner, men samtidig indikerer tallene at kommunene er på rett veg.

Både i 2008 og i 2010 er det sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere som er mest ettertraktet i kommunene, og videre- og etterutdanning i demensomsorg og psykisk helse er særlig etterspurt⁶. Høy andel deltid blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren oppfattes, ikke overraskende, som en vesentlig utfordring i forbindelse med rekruttering.

Samtidig viser våre surveyer at kommunene over tid mener at det er blitt noe lettere å finne folk med riktig kompetanse. I 2008 fant vi at det var en høyere andel som sa seg enige i at det var vanskelig å få ansatt arbeidstakere med den rette kompetansen enn det var å

⁴ Avsnittet bygger på NIBR-notat 2011:108, kapittel 3. Her finnes en mer detaljert oversikt over datamateriale og funn.

⁵ Når vi her sier ”kommunene” er det egentlig ikke helst presist. Det er fylkesmennenes kontaktpersoner i de forskjellige kommunene som er spurt, og det er ikke ensbetydende med at det er kommunene som svarer. Vi kan ikke med sikkerhet tolke dette som ”kommunens” svar. Det kan likevel tolkes som svaret fra den personen i kommunen som antagelig har de beste forutsetningene til å svare på spørsmål knyttet til Kompetanseløftet og til kommunenes erfaringer og behov innenfor dette området.

⁶ Dette framkommer i en gjennomgang av åpne svar fra en survey sendt til ansatte i noen utvalgte casekommuner i 2010, der de ble spurt om hva slags type etter- og videreutdanning det var behov for

finne arbeidstakere generelt. I 2010 er det en reduksjon i andelen som sier seg enige i begge disse påstandene, og det er også mindre forskjell mellom de to påstandene enn i 2008. Vi kan selvsagt ikke, basert på disse tallene alene, konkludere med at Kompetanseløftet 2015 har vært en direkte årsak til denne utviklingen, men funnene indikerer at det i løpet av de to årene har funnet sted en endring i ønsket retning.

Flere oppfatter også grunnbemanningen i pleie- og omsorgstjenestene som mer tilfredsstillende i 2010 enn i 2008. Her økte andelen som svarte «ja» fra 34 til 45 prosent. Dette stemmer også godt overens med NIFUs funn, publisert i undervisningsrapport 3:2010 (Høst mfl. 2010), der de finner en markant vekst i årsverk i perioden frem til 2009.

Det er altså mye som tyder på at det faktisk er slik at grunnbemanningen i pleie- og omsorgssektoren har bedret seg i denne perioden. Svarene på spørreundersøkelsene indikerer også at det over tid er blitt større bredde i støttede tiltak innenfor Kompetanseløftet 2015. I 2010 er det fortsatt områdene ”støtte til kvalifisering av personell uten relevant utdanning” og ”støtte til videreutdanning av høyskoleutdannet personell” flest har mottatt støtte til, men det er noe mindre variasjon mellom de forskjellige kategoriene i 2010 sammenlignet med 2008. Flere oppgir at de har fått støtte innenfor de fleste av de relevante områdene⁷. Den største endringen finner vi innenfor området ”støtte til desentraliserte høyskolestudier” der økningen er på 17 prosent. Det er også en økning på om lag 10 prosent innenfor området ”støtte til videreutdanning i geriatri og demens.” Funnene kan avspeile en målrettet satsning både fra stat og kommuner, men er selvsagt også en naturlig følge av at planen har vart over flere år, noe som åpenbart vil gi rom for flere typer tiltak.

Vi har også mottatt svar fra ansatte i pleie og omsorg i våre utvalgte casekommuner om hva slags kompetanse de mener det er behov for sin på arbeidsplass. På et åpent spørsmål der vi inviterer dem til å skrive inn svar selv, svarer en overveldende majoritet av

⁷ De indikerte områdene for støtte til kommunene var: Kvalifisering av personell uten relevant utdanning; videreutdanning av høyskoleutdannet personell; videreutdanning av personell med videregående utdanning; videreutdanning i geriatri og demens; desentralisert høyskoleutdanning; og «annet».

de som har valgt å skrive inn noe at det er kompetanse innenfor eldreomsorg og demens som det er behov for. Basert på hva disse ansatte⁸ mener er det altså tydelig at det er behov for en satsing på dette området. På spørsmål om hvorvidt det er lagt til rette for at de kan ta etter- og videreutdanning er det imidlertid stor variasjon. I en av casekommunene har to personer svart bekreftende, mens om lag halvparten har svart bekreftende i en annen casekommune. Selv om det hefter en del usikkerhet knyttet til disse dataene, er det nærliggende å tolke dette som at kommunenes tilrettelegging for kompetanseheving varierer. I de neste kapitlene skal vi se nærmere på hvordan kommunene faktisk arbeider med kompetanseheving.

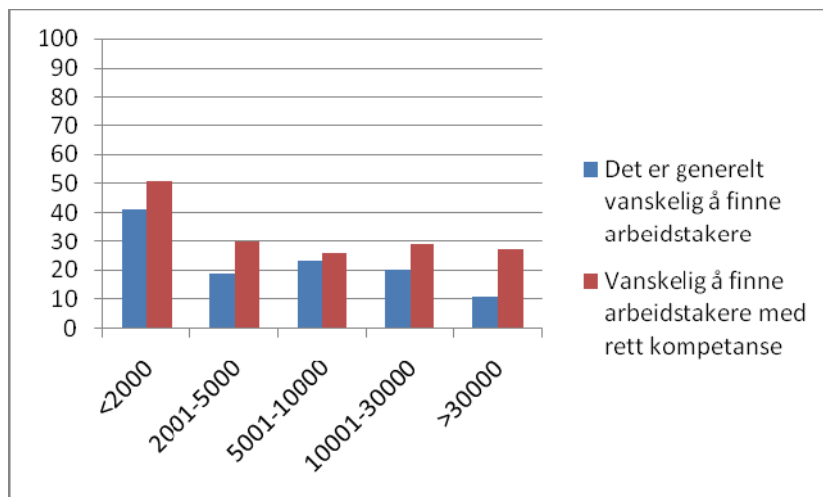
4.2.2 Hvor er behovet størst? Nærmere om betydingen av kommunestørrelse og sentralitet

La oss nå se nærmere på hvilke typer kommuner det er som opplever at de har størst vansker med rekrutteringen. Her vil vi benytte de svarene kontaktpersonene for Kompetanseløftet 2015 har gitt på spørsmålene og påstandene som dreier seg om rekruttering og kompetanseheving. Det innebærer altså at det er en persons mening om disse forholdene som legges til grunn. Men som tidligere nevnt er det antagelig disse personene i kommunene som har de beste forutsetningene for å svare på spørsmål knyttet til rekruttering og kompetanseløftet.

Fevang (2008) hevder at et svakt utviklet arbeidsmarked og lite sentral beliggenhet kan ha en negativ effekt på rekruttering av utdannet arbeidskraft i kommunene (se også Econ 2008:12). Det er også en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og personalets utdanningsnivå (Agenda 2006, Econ 2008). Omfanget av utfordringer knyttet til rekruttering – spesielt av arbeidstakere med høy utdanning – kan derfor ventes å være forbundet med sentralitet og kommunestørrelse. Figur 4.1 støtter denne antagelsen.

⁸ Som nevnt innledningsvis er dette ikke et representativt utvalg og svarprosenten i kommunene varierer mellom 29 og 55 prosent. Disse tallene bør derfor tolkes med stor varsomhet, og vi kan ikke generalisere til alle kommuner basert på disse tallene.

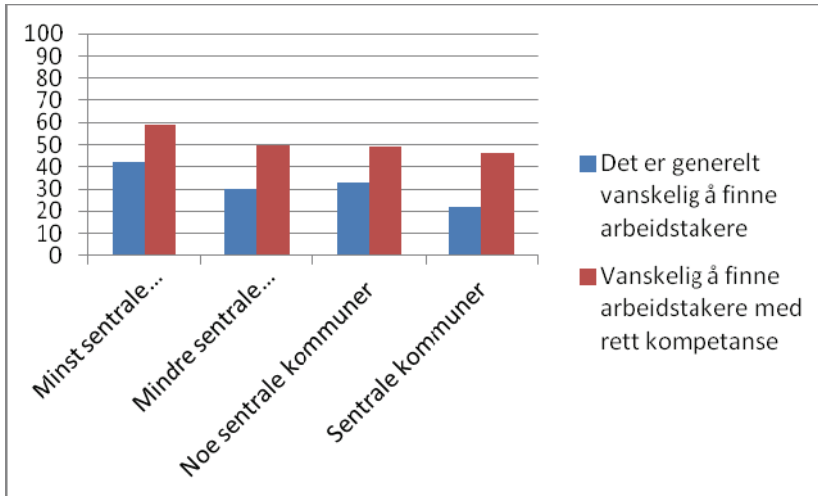
Figur 4.1 Påstander om rekruttering og kompetansehevingsutfordringer, etter kommunistørrelse. 2010-data. Prosent enig



Det er en tendens til at både generelle rekrutteringsutfordringer samt utfordringer knyttet til å rekruttere personell med rett kompetanse er mest utbredt i små kommuner. Blant kommuner med mindre enn 2000 innbyggere er det omtrent halvparten av respondentene som sier seg enig i påstanden om at det er vanskelig å rekruttere arbeidstakere med rett kompetanse, mens den tilsvarende andelen i de større kommunene er på ca. 30 prosent.

Figur 4.2 viser at en tilsvarende tendens er til stede for sentralitet. Mindre sentrale kommuner rapporterer i høyere grad både generelle utfordringer knyttet til rekruttering og vansker med å rekruttere personell med rett kompetanse. Det kan synes om rekrutteringsutfordringene er størst i små og lite sentrale kommuner. Både størrelse og sentralitet kan tenkes å ha selvstendige effekter her. Mindre kommuner vil kunne ha vansker med å etablere tiltrekkende fagmiljøer. På samme måte kan det tenkes at kommuner i mindre sentrale strøk har større generelle utfordringer knyttet til innflytting og rekruttering, og at dette også gjenspeiles i rekruttering til pleie- og omsorgssektoren.

Figur 4.2 Sentralitet og andelen som er enige i påstander knyttet til rekrutteringsutfordringer. Prosent nokså enig eller helt enig



I det kvalitative intervjumaterialet beskriver imidlertid representanter for de største og de minste kommunene sine rekrutteringsutfordringer på ganske like måter. Lederen i hjemmetjenesten som er intervjuet i Oslo uttrykte det slik:

Vi har et rekrutteringsproblem. Det er ingen som søker seg hit fra andre bydeler. ...Folk holder seg til sitt nærområde, og slik er det litt ”grisgrendt” her. Vi må utdanne folk selv hvis vi vil beholde dem i bydelen (Intervju 1 19.01.11).

Intervjupersonen i en mellomstor bykommune oppfattet også at det var problemer med rekruttering:

Vi tror at fremtiden vil bringe problemer med hensyn på rekruttering. Vi fokuserer på å utvikle vår egen kompetanse (Intervju 11.06.09).

Samtidig viser intervjuene i små, usentralt beliggende kommuner at de har store utfordringer med hensyn på rekruttering:

Vi har utfordringer med å rekruttere sykepleiere og vi har store utfordringer angående vernepleiere (Intervju 24.06.09).

Vi sliter med å rekruttere til mange typer stillinger; lærere, ledere, innenfor omsorg. Spesielt er det vanskelig å få tak i sykepleiere og fagutdannede. Det er ingen utenfra kommunen som søker, vå får bare søknader fra våre egne. For et par år siden utdannet vi seks sykepleiere, og nå diskuterer vi om vi skal gjøre det på nytt (Intervju 18.06.09).

Nå har vi en ledig hjelpepleierstilling og en 50 -70 % sykepleierstilling som ikke er dekket. Vi merker det. Her i området har folk flere muligheter til jobb, og da vil de ofte ikke til oss. ... Da velger de bort tunge yrker som vårt (Intervju 1 20.01.11).

Her er det vanskelig å rekruttere sykepleiere. Vi har en stilling som vi har lyst ut tre ganger (Intervju 2 21.01.11).

I en av de mindre kommunene i materialet så intervjupersonen slik på rekrutteringsproblemet:

Vi har egentlig det vi trenger av kompetanse. Vi vet at det kan bli vanskelig med kompetanse årene framover og vi har satt fokus på fagskole og omsorgsarbeiderutdanning (Intervju 1 20.01.11).

Her er de fornøyd akkurat nå, men vet at rekruttering i framtiden kan by på problemer.

Det er gjort intervjuer i fire bykommuner på om lag samme størrelse og vi så over at representanten for en av dem uttrykte at det var store utfordringer knyttet til rekruttering. De tre andre har en høyskole/universitet der det tilbys 3-årige helse- og sosialfaglige utdanninger og/eller det er et sykehus lokalisert i kommunen. Mellomstore kommuner med slike fasiliteter innenfor sine grenser har dels et noe annet syn på rekrutteringsspørsmålet:

Ja, vi oppfatter det som rimelig enkelt [å rekruttere] her i kommunen. ... Da kan vi jo selvfølgelig ha dårlig grunnbemanning. Vi har hatt problemer tidligere, men det har vært innsparinger på sykehuset og da blir det enklere for oss (Intervju 2 11.06.09).

Å rekruttere folk til faste, hele stillinger er ikke vanskelig, men de fleste begynner i vikariat, også jeg. ... Nå har vi god fagdekning (Intervju 18.01.11).

Til sammen har vi god kompetanse, det er bare fagfolk her. De har lindrende, demens, psykiatri og geriatri, og det er flere som er under utdanning nå (Intervju 3 27.01.11).

Størrelse slår altså ikke nødvendigvis ut for hvordan kommunene oppfatter sine muligheter for å rekruttere kompetent personell til sine pleie- og omsorgstjenester, da bydelen i Oslo oppgir å ha noenlunde de samme problemene som mindre, usentralt beliggende kommuner. Oslo oppgir heller ikke at lokalisering av sykehus eller utdanningsinstitusjoner innenfor kommunenes grenser slår videre positivt ut for deres rekruttering; bydelen vi har intervjuet i oppgir at personalet utdannes etter at ansettelse har funnet sted, og at den gjerne kan være av det helt grunnleggende slaget. Sammenhengen mellom størrelse og behov samt sentralitet og behov er altså mindre entydig når vi ser på det kvalitative materialet.

4.3 Strategisk arbeid i kommunene: planlegging for rekruttering og kompetanseheving

Som vi har vært inne på, har det altså tidligere eksistert en plikt for kommuner til å lage planer for sitt helse- og sosialpersonell. Hvor mange kommuner som gjennomførte dette da denne reguleringen var gjeldende vet vi imidlertid ikke noe om. Vilkårene for å motta tilskudd innenfor Kompetanseløftet 2015 er at de plantall som kommunene rapporterer for rekruttering og kompetanseheving er i samsvar med vedtatte kommunale planer, budsjettvedtak og rullerende økonomiplaner. Det betyr ikke at selve personell- og kompetanseplanen må inn til politisk behandling,⁹ men at det bør lages en plan som er innenfor vedtatte rammer.

Både i 2008 og i 2010 ble kommunene spurt om de har en egen kompetanse- og/eller rekrutteringsplan innenfor brukerrettede pleie- og omsorgstjenester. Resultatet vises i Tabell 4.1.

⁹ Jfr. brev til landets kommuner fra Helsedirektoratet av 24.11.2009.

Tabell 4.1 *Om kommunene har en egen kompetanse- og/ eller rekrutteringsplan og i hvilken grad denne er forankret politisk og budsjettmessig. Prosent som har svart ja. 2008 og 2010. (Total N)*

	2008	2010
Har egen kompetanse- og eller rekrutteringsplan	71 (279)	78 (278)
Er planen behandlet politisk?	40 (201)	42 (216)
Er det avsatt egne midler på budsjettet til kompetanse/ rekrutteringsformål i de brukerrettede pleie- og omsorgstjenestene?	73 (201)	80 (214)
Er det etter din mening avsatt tilstrekkelig med midler til kompetanse/ rekrutteringsformål i de brukerrettede pleie- og omsorgstjenestene?	11(201)	10 (213)

Tabellen viser at det arbeides noe mer med planlegging i 2010 enn i 2008, men at forskjellene mellom de to årene samlet sett er små, og de bør trolig ikke tillegges for stor vekt. Av mer spesifikke funn ser vi at 71 prosent av våre respondenter oppga at deres kommune hadde en egen kompetanse- og/eller rekrutteringsplan rettet inn mot de brukerrettede pleie- og omsorgstjenestene i 2008. Av de kommunene som hadde en slik plan oppga 40 prosent at planen var behandlet politisk. I 2010 er andelen økt til henholdsvis 78 og 42 prosentpoeng. Disch og Vetvik fant i 2009 at 28 % av kommunene hadde vedtatt plandokument, 27 % hadde plan under arbeid og at 28 % mente at deres planarbeid skulle starte i 2009. Det kan tyde på at bevisstheten i kommunene om at det bør utarbeides planer stadig øker.

Andelen kommuner som har avsatt egne midler på budsjettet til kompetanse- og rekrutteringsformål i de brukerrettede pleie- og omsorgstjenestene har også økt noe, fra 73 til 80 prosent på de to årene.

Dette støttes av andre funn i NIBRs spørreundersøkelser. En interessant utvikling i perioden 2008-2010 er at andelen som mener at arbeidet med denne typen rekruttering ikke er politisk

prioritert er 10 prosentpoeng lavere i 2010 enn i 2008. Ledere i pleie- og omsorgstjenestene synes med andre ord å ha en noe større politisk ”backing” i arbeidet med Kompetanseløftet i løpet av denne toårsperioden. Dette kan være et resultat av et generelt fokus på helse- og omsorgssektoren gjennom den planlagte samhandlingsreformen, men også et resultat av at Kompetanseløftet 2015 har økt fokuset mot rekruttering og kompetanseheving. I de kommentarene som våre respondenter ga til Kompetanseløftet i de åpne spørsmålene i spørreskjemaet ga flere uttrykk for at nettopp økt fokus var noe sentrale myndigheter hadde lyktes med gjennom Kompetanseløftet 2015.

Det er imidlertid grunn til å merke seg andelen som er enig i at ”stadig nye statlige arbeidsoppgaver gjør det vanskelig å planlegge rekrutteringen” også har økt; fra 41 prosent i 2008 til 62 prosent i 2010. Selv om vi ikke kan fastslå hva som ligger bak denne endringen basert på disse dataene, er det nærliggende å peke på den kommende Samhandlingsreformen. Denne vil medføre store endringer for kommunehelsetjenesten. Våre data kan indikere en bekymring for at denne reformen kan gjøre det mer utfordrende å planlegge innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

Den kvalitative delen av undersøkelsen støtter også trenden med å lage kompetanse- og rekrutteringsplaner:

Ja, kommunen har en plan. Fokuset i den er rekruttering, det er jo viktig. Men det har dreid mer over til kompetanseheving. Vi må utvikle vår egen kompetanse fordi vi innser at vi ikke kan nyrekruttere alle vi trenger. Kompetanseplanen vår er forankret i en kommunedelplan. Det er en fireårig plan. Det vil si at vi har en plan for vår hovedsatsning på rekruttering innenfor pleie og omsorg (Intervju 16.06.09).

Denne kommunen følger anbefalingene om å knytte rekrutteringsplaner til kommuneplanens økonomiplan eller handlingsprogram. Andre kommuner er ikke like klar på dette punktet, men arbeider likevel med planlegging:

Det er laget en kompetanseplan og den er diskutert i bystyret. Vår problem er svært dårlig økonomi... og i den situasjonen kan vi derfor ikke prioritere dette (Intervju 1 17.06.09)

Vi har planer. Vi har en komité som arbeider med planer.... Vi har laget et målekart i forhold til hvilke behov vi har (Intervju 2 11.06.09).

Ja, vi har en plan. ... Det er planer for hver enkelt driftsenhet, samt en overordnet plan (Intervju 2 17.06.09).

Ja, områdene har det. Vi har også en for pleie og omsorg (Intervju 18.06.09).

Disse svarene er avgitt av kommunale kontaktpersoner for Kompetanseløftet. Det varierer hvor ansvaret ser ut til å ligge, men det kan se ut til at planarbeidet i en del kommuner er et ansvar for den enkelte enhet.

Inntrykket fra intervjumaterialet er at det er variasjon i hvordan kommunene arbeider med planlegging. For det første kommer det fram at noen ledere ved arbeidsplasser i noen kommuner har innført rutiner på oppdatering av planer og trolig arbeides det kontinuerlig for å være oppdatert på hvilken kompetanse de har behov for i disse kommunene:

Vi kartlegger kompetanse. Vi har laget forslag til plan for hele omsorgssektoren årene 2011 til 2014. På ledermøtet har vi diskutert hva vi må prioritere av utdanninger. Det gjør vi hvert år (Intervju 20.01.11, 1).

Vi gjennomfører kompetansekartlegginger. Vi bestemte oss for å satse på dette i 2008. Det har hjulpet oss. Nå har vi laget mål og en handlingsplan for hvordan vi skal nå dem over år. Planen gir oss en paraply og det blir lettere å jobbe både generelt og selektivt med kursing. Vi lærte oss å se behovene (Intervju 20.01.11, 5).

I den ene kommunen i materialet som ikke har søkt om midler fra Kompetanseplan 2015 ble det også drevet planlegging:

Jeg har min plan over ønsket kompetanse i enheten, oversikten over hva vi trenger lager jeg årlig. Det er vi pålagt å gjøre (Intervju 13.01.11, 1).

I kommunene som har arbeidet med kompetanseplaner vurderes både planen og arbeidet med den som positivt. Det gjøres det også

i de kommunene som begrenser arbeidet sitt til å gjennomføre kartlegginger av kompetansen:

Det gjennomføres kompetansekartlegging i kommunen. Vi får dermed oversikt over hva vi har og hva vi trenger. Ut fra det kan vi prioritere (Intervju 21.01.11, 2).

Vi kartlegger kompetanse. Vi vet hvilken kompetanse og erfaring våre medarbeidere har. Vi vet også hva de er interessert i (Intervju 19.01.11, 3).

Samtidig observerer vi at det i noen kommuner er endret oppfatning om kompetanseplanlegging mellom intervjutidspunktene. I 2008 ble det oppfattet dit hen at det arbeides med kompetanseplanlegging, i 2010 er det endret:

Jeg tror ikke vi driver med kompetansekartlegging, men for en stund siden laget de et dossier. Det er en database der alle kan legge inn sine CV-er, og dermed er det et slags verktøy for å drive kompetansekartlegging. Alle ansatte har fått opplæring i å bruke det (Intervju 18.01.11).

Vi driver ikke planlegging med hensyn på hvilke grupper vi ønsker at skal utdanne seg, men vi ser behovet for utdanning (Intervju 19.01.11, 1).

Et prosjekt om å kartlegge kompetanse ble startet opp, men det ble ikke fulgt opp. Kommunen har ingen plan for hvilken kompetanse den trenger. Men jeg vet hva jeg trenger, jeg kjenner mine medarbeidere (Intervju 1 27.01.11.).

Andre kommuner har laget én plan; den ble laget første gang det skulle søkes om midler fra Kompetanseløftet:

Vi kartla alle på sykehjemmet i 2008. Da så vi også framover og tenkte ”hva trenger vi om fem år?” Vi vet for eksempel at syv sykepleiere skal gå av med pensjon og vi planlegger allerede nå hva vi skal gjøre (Intervju 08.12.09).

Vi har kartlagt kompetansen i kommunen. Vi hadde et skippertak da vi skulle ha driftstilpasning (nedskjæring)

i april. Den gang var motivet å flytte folk, nå er det mer å bruke det framover (Intervju 14.12.09)

Observasjonene som gjøres i intervjumaterialet er altså at bevisstheten omkring nødvendigheten av å planlegge på dette området er ganske høy, men at det varierer i hvilken grad kommunene evner å handle etter denne bevisstheten. Respondentene som oppfatter at det lages planer og at de rulleres representerer halvparten av kommunene. I disse kommunene er det dermed overensstemmelse mellom ulike posisjoner i kommunene om at planer faktisk lages. For de andre kommunene kan materialet derimot tolkes dit hen at hvorvidt det gjennomføres kompetansekartlegging og planlegging oppfattes ulikt ut fra ulike ståsteder og posisjoner i kommunene. Fylkesmannens kontaktpersoner oppfatter at det gjennomføres kartlegging og lages planer, mens ledere ved aktuelle arbeidsplasser ikke oppfatter at dette gjennomføres på systematisk måte, eller ikke i det hele tatt. Også etter disse observasjonene kan det reises et spørsmål ved kvaliteten på mange av de planene som lages, og det kan settes fram en antakelse om at mange kommuner ikke lager planer som kan inngå i strategisk arbeid med rekruttering og kompetanseheving. Svar fra politikere i kommunene viser også at det varierer i hvilken grad kompetanse- eller rekrutteringsplaner er til politisk behandling og i hvilken grad det fattes politiske beslutninger i slike spørsmål. Det skapes et inntrykk av at politikere ikke går dypt inn i arbeidet med slike planer (Intervjuer 15.04.11).

Samtidig viste kommunesurveyen i 2010 at det fortsatt var en svært liten andel av respondentene (10 prosent) som var av den oppfatning at det var avsatt *tilstrekkelig* med midler til kompetanse- og rekrutteringsformål innenfor pleie- og omsorgstjenestene i deres kommune. Nå er det neppe slik at ledere med ansvar for et saksområde vil svare et ubetinget ja på at de har tilstrekkelig med midler innenfor dette området, men gitt den politiske oppmerksomheten, både sentralt og lokalt, kunne en forventet at noen flere kommuner ikke bare hadde forankret dette arbeidet i planer og budsjetter, men også evnet å prioritere arbeidet sterkere økonomisk.

4.4 Strategisk arbeid i kommunene: kompetansekartlegging

Spørreundersøkelsen i 2008 viste at kommunene gjorde bruk av et bredt spekter av strategier for å skaffe oversikt over det framtidige ressursbehovet i pleie- og omsorgstjenestene. De fleste kommunene benyttet, ikke overraskende, demografiske data fra SSB, samt KOSTRA-tall. Vi merket oss dessuten at nesten 70 % av kommunene gjorde lokalt analysearbeid av problemstrukturen i kommunen. Tabell 4.2 viser små endringer i 2010.

Tabell 4.2 *Hvordan kommunen skaffer seg oversikt over framtidig ressursbehov i de brukerretnede pleie- og omsorgstjenestene. Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=295*

	2008	2010
Benytter demografiske data og andre data fra SSB	80	73
Benytter Kostra-tall	65	69
Analysere problemstrukturen i sektoren	69	64
Benytter IPLOS	53	57
Benytter kommunehelseprofiler	16	20
Benytter data fra Folkehelseinstituttet	10	12
Benytter Bokart (Boligkartlegging)	9	6

Observasjoner i det kvalitative materialet styrker funnene om at kommunene analyserer problemstrukturen i sin pleie- og omsorgstjeneste for å avdekke hva som er behovet for kompetanse, i alle fall til et visst punkt. I Oslo kommune svarer en enhet i en bydels pleie- og omsorgstjeneste slik på spørsmålet om hvordan det arbeides med planen:

Ingen samlet plan. Bydelene skal begynne arbeidet med å utarbeide planer nå i 2009. Det er initiert av et bystyrevedtak og bystyret har bevilget penger til det. ... Vi har vært involvert i et prosjekt ved Høgskolen i Vestfold; "Kompass". Det er en metode for å kartlegge kompetansebehov i kommunene. I løpet av 2010 skal alle bydeler gjennomføre kartlegginger i forhold til dette (Intervju 18.08.10).

Ved neste runde har bydelen startet arbeidet, verktøyet har endret navn til BOB og er en forkortelse for Behovsstyrt Bemanning. Det skal knytte sammen ansatte med pasienter, og hovedmålsettingen er at enkeltpasienter skal få færre ansatte å forholde seg til. Det medførte at bydelen så at det var behov for flere sykepleiere:

Det har medført at vi har sett et behov for flere sykepleiestillinger. ... Nå ser vi at det er behov for kompetanse i palliativ pleie og psykisk helsearbeid, samt at vi trenger noen som har fordypning i demens (Intervju 1 19.01.11).

Vanligvis i kommunene er ansvaret for å produsere og fordele institusjonstjenestene lagt til samme enhet for pleie- og omsorg. I Oslo er produksjonen og fordelingen av institusjonstjenestene et ansvar som er skilt mellom den bydekkende Sykehjemsetaten, som har ansvar for å produsere tjenestene, og bydelene, som kjøper sykehjemsplasser til innbyggere med behov. Ved sykehjemmet der det er gjort intervjuer har leder og medarbeidere ulik oppfatning av om det er gjennomført kompetansekartlegging eller utarbeidet planer:

Vi har ikke jobbet direkte med kompetansekartlegging. Jeg har oversikt over alle fast ansatte. Det er et stabilt miljø med lav turnover, det er på godt og vondt. Men de fleste som er her har valgt å være her, da er det bra (Intervju 1 07.02.11).

Det kan likevel tyde på at det er gjort en kartlegging i avdelingene:

Vi kartla kompetansen for en del år tilbake og ga tilbakemelding til etaten. Nå er det noen kartleggingsrunder på ufaglærte. Vi er interessert i at de tar skoler og det er det flere som gjør (Intervju 2 07.02.11).

Andre kommuner som har arbeidet med kompetansekartlegging har gjort det på begge typene arbeidsplasser:

Vi har kartlagt ansatte i fem enheter. Vi kartla hva de hadde av utdanning, hva arbeidsgiver mener enheten trenger og hva de ansatte ønsker seg av sin kompetanse. ... Vi har også en utfordring i å bruke allerede eksisterende kompetanse på best mulig måte (Intervju 1 17.06.09).

Vi gjorde behovsanalyser i institusjoner og hjemmetjenester med basis i det som er våre satsningsområder (Intervju 2 17.06.09).

Vi har et utvalg som arbeider med kompetansekartlegging og rekruttering, de har tatt tak i dette. Utvalget er satt sammen av politikere og kommunalsjefer. ... Ellers har vi en opplæringsplan som revurderes (Intervju 11.03.11).

Det er altså bare Oslo av kommunene som inngår i intervju-materialet som har tatt i bruk et konkret verktøy for å gjennomføre kartleggingen av kompetanse som skal danne basis for planlegging.

4.5 Strategisk arbeid i kommunene: rekruttering, utdanning og videreutdanning

Strategiene kommunene tar i bruk for å kartlegge og planlegge sitt behov for personell i pleie og omsorg varierer altså en god del. Det gjør også strategiene kommunene tar i bruk for å rekruttere, utdanne og videreutdanne personell til sine pleie- og omsorgstjenester. Tabell 4.3 viser noen strategier kommunene benytter seg av for å sikre seg faglært personell og den viser også at tendensene i all hovedsak er den samme i 2010 som i 2008.

Hovedfunnet er at kommunene rekrutterer ferdig utdannet personell med høyskoleutdanning og utdanning fra videregående skole. Videre viser tabellen at kommunene yter tilbud om videre- og etterutdanning til ansatte med utdanning fra videregående nivå og høyskolenivå. Den viser også at ansatte drar på kurs og seminarer, og at kommunene arrangerer kurs og seminarer selv. Så mye som 89 % av kommunene oppgir at de har læreplasser for helsefagarbeidere. Det er en økning på 9 % fra 2008. Kommunene rekrutterer i svært liten grad personell som har ønskede videreutdanninger.

Tabell 4.3 *Strategier for å sikre seg personell. Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=266*

	2008	2010
Det rekrutteres i all hovedsak ferdig høyskoleutdannet personell med videreutdanning	13	17
Det rekrutteres ferdig utdannet høyskolepersonell	92	90
Det rekrutteres ferdig utdannet personell fra videregående skole (yrkeskompetanse fra videregående skole)	75	71
Ansatte uten formell helse- og sosialfaglig bakgrunn får voksenopplæring i helsefagarbeiderfaget	70	74
Ansatte med videregående/høyskole utdanning får tilbud om videreutdanning	71	68
Ansatte med videregående/høyskole utdanning får tilbud om etterutdanning	57	58
Kommunen arrangerer kurs og seminarer selv	59	62
Medarbeidere har mulighet til å dra på kurs og seminarer arrangert utenfor kommunen	66	69
Det arbeides med hospitering	33	34
Kommunen har læreplasser for helsefagarbeidere	80	89

Tabell 4.3 viser at ikke mer enn 17 % av kommunene kan rekruttere ferdig utdannet personell med høyskoleutdanning og ønsket videreutdanning i 2010. Selv om 90 % samme år oppgir at de rekrutterer personell med høyskoleutdanning, viser intervju-materialet at det varierer mellom kommuner i hvilken grad de faktisk klarer å rekruttere denne typen personell, og så godt som alle kommunene må handle strategisk for å sikre at deres medarbeidere har den nødvendige kompetansen. Det gjør de ved å tilby sine medarbeidere både utdanning og videreutdanning. I intervjuene oppga mange kommuner at de ikke lenger har ufaglærte eller at antallet ufaglærte er sterkt redusert den siste tiden:

For 6 år siden var halve arbeidsstokken ufaglærte. Slik er det ikke nå. Det er også noen hjelpepleiere som har tatt sykepleie. For 6 år siden, det er omtrent da kompetanseløftet begynte. De fleste hos oss som har tatt utdanning har fått noe derfra (Intervju 2 21.01.11).

Dette sitatet viser med all tydelighet at Kompetanseløftet 2015 kan gjøre en forskjell i mange kommuner.

Egenorganisert undervisning og læreplasser

I Tabell 4.3 vises det til at 62 % av kommunene arrangerer kurs og seminarer selv. I intervjumaterialet påpeker noen kommuner at alle medarbeidere har medisinkurs slik at de kan dele ut medisiner og at alle får tilbud om og deltar i oppdateringskurs angående sårstell og diabetesbehandling. Noen kommuner oppgir også at de har arbeidet aktivt med Demensomsorgens ABC. Dette ble f. eks. understreket av ledere og medarbeidere i Oslo, mens både ledere og medarbeidere i andre kommuner påpekte at dårlig kommuneøkonomi og lav bemanning var et hinder for å kunne drive kursvirksomhet.

I 2008 merket vi oss særlig at 4 av 5 kommuner hadde læreplasser for helsefagarbeidere. Utfordringen syntes således ikke å være tilbudet av læreplasser, men å få disse fylt. I 2010 har tilgangen på læreplasser økt ytterligere. Nå oppgir nærmere 9 av 10 kommuner at de har læreplasser.

At utfordringen er å få læreplassene fylt er en antakelse som støttes i intervjumaterialet:

Vi har læreplasser, men det strever vi med. Det har vært få søkere (Intervju 1 06.01.11).

Oslo er en stor kommune med mulighet til å legge til rette for mange lærlinger:

Det er stor interesse for å ta i mot lærlinger i virksomhetene. Det var veldig liten søkning til læreplassene vi etablerte, ca. 20 i 2009. Det er minimum 200 mindre enn vi hadde lagt til rette for (Intervju 18.08.09).

Enheten for pleie og omsorg hadde 3 lærlinger, mens sykehjemmet hadde 9 på intervju tidspunktet vinteren 2011.

I alle kommunene påpekes det at det er forskjell mellom typene kommunale arbeidsplasser; det er enklere å fylle læreplassene ved institusjoner enn i hjemmetjenesten:

Vi har praksisplasser for lærlinger. Tidligere var de 6 mnd. på hvert sted, da kom de også til oss. Nå går de to år på skolen, og i VG 1 og 2 har de korte perioder på arbeidsteder, når de går 3. året går de ett sted. Da

kommer de ikke hit selv om vi ønsker det. Vi har også lære-plasser... (Intervju 2 21.01.11).

Vi har lære-plasser, men vi har ikke lærlinger. Det har ikke vært noen som har søkt seg til hjemmetjenesten (Intervju 10.01.11).

Én kommune opplevde godt tilsig av lærlinger. I 2009 rekrutterte den 20 stykker (Intervju 11.06.09).

Å etablere og legge til rette for lære-plasser kommer i forlengelsen av at kommunene lenge har hatt praksis-plasser, særlig for sykepleiestudenter, og nå også har slike plasser for VG1 og 2 og for fagskoleutdanningene. Kommuner og enheter bruker lære-plasser og praksisplasser aktivt i rekrutteringsøyemed.

Vi har praksisplasser. Vi tar inn folk i praksis for å kunne rekruttere dem (Intervju 2 21.01.11).

Vi tar inn så mange lærlinger og praksisplasser som overhodet mulig. Det er viktig for rekrutteringen. Men tilgangen minker. Nå ber jeg om to. Vi tar inn alle som vil ha praksis: fra VG, høyskoler, praksiskandidater, NAV, språkkurs og vi tenker at lærlinger er morgendagens helsefagarbeider (Intervju 1 27.01.11).

Det er veldig viktig for rekrutteringen. Jeg sier til dem ute i avdelingen at vi påvirker hvem det er vi får til framtidige kolleger (Intervju 1 07.02.11).

Å ta inn elever og lærlinger er smart med hensyn på rekruttering (Intervju 1 20.01.11).

Etablering av lære-plasser synes å være løst forskjellig og det ser også ut til at det er avhengig av kommunal kapasitet. Ved sykehjemmet i Oslo vektlegges det at det samarbeides internt i etaten om å legge til rette for lærlinger:

Vi har fått støtte fra etaten angående lærlinger. Vi fikk 250 000 for å utvikle et opplegg. Det ble gitt uten føringer for hvordan det skulle brukes. Vi har brukt det på veiledere, utstyr og bøker. Vi behøver ikke finne plass til alt innenfor våre eksisterende rammer (Intervju 1 07.02.11).

I en mindre kommune så de mørkere på spørsmålet om lærlinger:

Vi må ha ledige stillinger for å ha dem siste året. Da skal de være 80 % i jobb og skal ha 80 % i lønn. Kommunen ville ha tre lærlinger og da får de ordne seg deretter og lage en plan (Intervju 1 20.01.11).

Det er gjort to intervjuer med lærlinger og de var begge fornøyde med selve utdanningen og ikke minst med muligheten til å tjene penger under utdanning:

Jeg er veldig fornøyd med å få ta denne utdanningen. Jeg har tatt den som voksenopplæring (Intervju 11.01.11).

Jeg mener dette er et godt tilbud og vi får lønn i praksistiden. Jeg antar jeg kommer til å begynne i jobb på et av de stedene jeg har vært lærling, der er jeg kjent (Intervju 3 13.01.11).

Den andre siden av ordningen med elever, lærlinger og praksiskandidater er at medarbeidere i kommunale enheter må fungere som veiledere. I de fleste enhetene der det er gjennomført intervjuer ble dette sett som positivt og det ble påpekt at medarbeidere gjerne ville fungere som veiledere. Det ble likevel påpekt at det kunne være vanskelig å forholde seg til elever og lærlinger fra videregående skole:

At de har gått to år på skole før de kommer hit sier oss lite, vi vet ikke hva det innebærer av kunnskap. Det er store individuelle variasjoner på elevene og vi har ikke fått informasjon om dem. De får også lite oppfølging fra skolen. De kommer her med permene sine, som vi egentlig ikke skal ha noe med å gjøre, men som vi må interessere oss for (Intervju 2 13.01.11).

Det å ha lærlinger ser altså ut til å ha flere sider. Den første er kapasiteten kommunen opplever å ha der små kommuner kan ha økonomiske begrensninger fordi lærlingene skal ha lønn, noe som ikke på samme måte framstår som et problem i større kommuner. Den andre er informasjonen som gis om lærlingene som kan se ut til å være ulik i forskjellige kommuner. Den tredje er at arbeidsplassene som tar inn lærlinger også må stille med veiledere og drive oppfølgingsarbeid. Dette ble oppfattet som en positiv side ved alle

typer praksisperioder ved de arbeidsplassene vi har gjennomført intervjuer.

Kommunene har også en eller flere fagutviklere eller undervisningssykepleiere, men deres arbeid ser ikke ut til å være utvidet til å omfatte virkemidlene som Kompetanseløftet har til rådighet. Vi får likevel informasjon om at de er involvert i å gjennomføre Eldreomsorgens ABC, kortere kurs der det gjerne hentes inn aktører utenfra og internundervisning. Internundervisning kan omfatte foredrag fra medarbeidere som har tatt en spesiell utdanning, besøk fra ambulerende team fra sykehus, og det som en respondent omtalte som ”skulder-ved-skulder-opplæring”, at medarbeidere lærer av hverandre (Intervju 18.01.11).

Voksenopplæring

Tabell 3.3 viste at andelen kommuner som oppgir at de gir muligheter for at ufaglærte kan ta voksenopplæring har steget fra 70 til 74 % på de to årene. Helsefagarbeiderutdanningen er ett av virkemidlene kommunene kan benytte seg av. Synet på hvordan fagskoleutdanningene fungerer varierer blant intervjupersonene i kommunene.

Det er få som tar helsefagarbeiderutdanningen. Det tar for lang tid og man er for lenge i lære. Med så lang læretid er det få som blir interessert. ... De som er aktuelle er godt voksne, de har ikke lyst til å begynne sammen med 16-åringene på videregående skole. Vi ønsker den gamle hjelpepleieutdannelsen tilbake som voksenopplæring. Det var et år og de som tok den hadde erfaring (Intervju 2 13.01.11).

Denne kommunen søkte i 2009 om støtte fra Kompetanseløftet 2015 nettopp for at deres ufaglærte medarbeidere skulle få mulighet til å ta fagbrev:

Det er få i kommunen som har fagbrev og vi har mange ufaglærte. Det er en utfordring og det har vært vår intensjon med å delta i Kompetanseløftet, at vi skulle få folk til å ta fagbrev (Intervju 24.06.09).

Ikke bare i denne kommunen, men også i flere andre der vi har gjort intervjuer ble fagskolen oppfattet som en dårlig strategi for å heve utdanningsnivået blant medarbeidere i pleie og omsorg.

Delvis på grunn av at det ikke var skapt sikkerhet om hva utdanningen ga den enkelte i form av lønn og faglig utbytte, men også på grunn av den lange læretiden. Dette var også framme i flere kommuner:

Fagskolen er blitt to år. Vi mistet potensielle allerede da det løpet ble forlenget. Det er få karrieremuligheter for dem med videregående skole, de individuelle behovene for å ta etter- og videreutdanning er dermed ikke der (Intervju 11.03.11).

Tabell 4.4 viser at kommunenes kontakt med fagskolene har gått noe ned: fra 66 % i 2008 til 63 % i 2010, men det er likevel fortsatt mange som samarbeider med fagskolene om utdanningsopplegg for sine ansatte.

4.6 Strategisk arbeid i kommunene: samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Kommunene samarbeider mye med utdanningsinstitusjoner både på fylkes- og statlig nivå ved å ta i mot elever og lærlinger. Denne typen samarbeid har de mye erfaring med. Å inngå i samarbeid for å opptre som ”bestillere” av utdanninger har trolig ikke vært gjennomført over like lang tid og er en nyere erfaring for kommunene. Vi har derfor, både i 2008 og 2010, bedt kommunene oppgi hvilke *konkrete* tiltak de har gjennomført for rekruttering og kompetanseheving i 2008 og 2010, og som innebærer et mer eller mindre formalisert samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Spørsmålene fokuserer på hvilke instanser kommuner samarbeider med om rekrutterings- og kompetansetiltak, og om de betaler for elev- og studieplasser ved videregående skoler og høyskoler. Selv om vi også her skal være forsiktig med å tillegge relativt begrensede forskjeller for stor vekt, merker vi oss noen endringstendenser i Tabell 4.4.

Tabell 4.4 *Gjennomførte tiltak for rekruttering og kompetanseheving 2008 og 2010. Prosent.*

	2008	2010
Samarbeid med fagskoler	66	63
Deltatt i organisering av desentraliserte utdanninger	61	54
Samarbeidet med andre kommuner om formålet	60	51
Organisert samarbeid med fylkeskommunen (f.eks. OPUS)	42	52
Betalt for studieplasser ved høyskoler	52	44
Deltatt i Aksjon helsefagarbeider	49	59
Betalt for elevplasser i videregående skole	26	17

For det første ser vi at andelen som oppgir å ha samarbeidet med andre kommuner om tiltak for rekruttering og kompetanseheving er 9 prosentpoeng lavere i 2010 enn i 2008, dvs. 54 prosent. Til gjengjeld er det organiserte samarbeidet med fylkeskommunen styrket. Andelen som svarer at deres kommune har deltatt i organisert samarbeid med fylkeskommunen har økt med 10 prosentpoeng, til 52 prosent. Som en del av dette inngår trolig kommunenes arbeid med elev- og læreplasser som ble skissert over. Andelen kommuner som har deltatt i Aksjon helsefagarbeider har også økt med 10 prosentpoeng, til 59 prosent. For det andre ser vi at andelen som har betalt for elev- eller studieplasser er redusert med fra henholdsvis 26 og 52 prosent til 17 og 44 prosent. Noe færre har også deltatt i organisering av desentraliserte utdanninger.

I intervjumaterialet kommer det fram at det er kommunene selv som tar initiativet til mye av dette samarbeidet. Sett fra et av lærestedenes side er inntrykket at kommunene er interessert i etter- og videreutdanning for sine folk og at de er flinke til å sende folk på kurs. Samtidig finnes det eksempler i intervjumaterialet fra lærestedene på at de også kan være initiativtakere til samarbeid med kommunene. Et lærested forteller at det inviterer seg inn i regionrådene i fylket og presenterer seg og sitt utdanningstilbud for rådmenn og ordførere som har sete i regionrådene. Hensikten er rekruttering av studenter til lærestedets utdanninger, men også å

etablere dialog og samarbeid om utdanningsbehov regionrådene ser. Som følge av dette samarbeidet ble det nylig etablert et videreutdanningstilbud som fikk en søkning som lærestedet tidligere ikke har erfart.

Kommunene var opptatt av at de ikke skulle ha ufaglært personale, de var også opptatt av å ha tilgang til nødvendig kompetanse:

I samarbeid med høyskolen har vi etablert en desentralisert utdanning i vernepleie i kommunen. Vi skal ha 15-20 på den i 2010. Mange midler fra Kompetanseløftet skal inn der som stipend til dem som deltar. Vi samarbeider med høyskolen om sykepleierutdanning. Vi har også samarbeid med videregående skole og deres avdeling for helsefagarbeiderutdanning. De har etablert en modul som voksenopplæring for våre ansatte. Der kan de ta fagprøve (Intervju 16.06.09).

Det påpekes ikke uventet i intervjuene at det er enklere å få medarbeidere til å ta videreutdanning hvis utdanningsmulighetene er i nærheten eller det er mulig å ta desentraliserte utdanninger:

Jeg kunne ønske vi hadde mer kompetanse på kreftomsorg. Men vi må langt for å kunne ta det og det blir dyrt for den enkelte (Intervju 2 21.01.11).

Vi har samarbeidet for å få i gang videreutdanning på fagskole og i høyskole. Det var i aldersdemens. Da sier vi fra om hva vi behøver. Samarbeidet går veldig enkelt. Universitetet har tatt to videreutdanninger for oss (Intervju 26.01.11).

Vi er i kontakt med en videregående skole, med universitetet og med folkeuniversitetet. De er alle interessert i å spisse sine undervisningstilbud mot oss (Intervju 1 17.06.09).

Vi har etablert relasjoner til to videregående skoler nå, angående fagbrevene. Det går greit (Intervju 24.06.09).

Vi har kontakt med RKK-fagskole. Vi har inngått partnerskapsavtale med videregående skole om desentralisert utdanning. Så er vi i diskusjoner med

høyskolen om å etablere en desentralisert utdanning.
... Da tenker vi at høyskolen tilpasser utdannings-
tilbudet til de behov det oppfattes å være i kommuner
og næringsliv i de angjeldende kommuner (Intervju
18.06.09).

Denne kommunen tok også initiativ til å inngå i samarbeid med to nabokommuner om disse tilnærmingene til utdanningsinstitusjonene.

Intervjuene med utdanningsinstitusjonene formidler lignende erfaringer: Fra et av lærestedene fortelles det at man ser nettbaserte utdanning – knyttet til desentralisert høyskoleutdanning – som en måte å løse noen av utfordringene med de lange avstandene og frikjøp for studentene. Den nettbaserte utdanningen er støttet av regionrådet samt at lærestedet har lagt inn egne midler til prosjektet.

Også et annet lærested har satt opp undervisningstilbud i samarbeid med kommuner i regionen. Undervisningen organiseres over nettet, ved bruk av bildetelefon og med enkelte samlinger. Kommunene reserverer plasser på programmet, men studentene blir tatt opp gjennom ordinært opptak. Forelesninger overføres via nettet i sanntid til studentene som følger utdanningen regionalt.

Ønske om å styrke kompetansen i kommunene er bakgrunnen for samarbeidet. Lærestedet på sin side er positivt til samarbeidet fordi man ser at det kan være utfordringer knyttet til å reise langt for å ta utdanning. Dessuten lærer lærestedet mye av denne formen for undervisning som kan brukes i utdanningen når den foregår utelukkende på campus. For eksempel har man sett at veiledning kan organiseres på andre måter enn tradisjonelt.

Samarbeid angående utdanninger og lignede foregår også internt i kommunene, både på systemnivå og mellom enheter.

Evalueringen viser at utdanningsinstitusjonene som er i kontakt med de kommunene vi har gjort intervjuer i, ser på samarbeidet med dem som positivt. For det første fordi det er et samarbeid om studentenes praksisperioder, kalt praksissamarbeid. Dette er et gammelt og etablert samarbeid utdanningsinstitusjonene har med kommuner i forbindelse med etablering og drift av praksisplasser for kandidatene som er under utdanning. For det andre fordi

utdanningene som institusjonene tilbyr dermed får en regional forankring. Tett samarbeid med kommuner (og helseforetak) sees som en forutsetning for å kunne drifte og utvikle utdanninger regionen trenger, samt for å samarbeide om FoU-prosjekt. For det tredje fordi samarbeid styrker utdanningenes relevans. Dette er spesielt relatert til opprettelsen av nye utdanningstilbud.

I intervjuene som er gjennomført i 2011 har vi spurt hvilke typer utdanninger medarbeidere i kommunene gjennomfører. Vernepleie- og sykepleieutdanningene det refereres til i det første sitatet i avsnittet finner vi igjen, samt at kommunen har hatt en gruppe medarbeidere på en lederutdanning ved en tredje høyskole, noe som skal gjentas for nye medarbeidere. Vernepleiere er det også to andre kommuner som er opptatt av å rekruttere, og i 2009 hadde én kommune 7 interesserte som ønsket å ta en desentralisert deltidsutdanning (Intervju 14.12.09) og fra den andre kommunen får vi vite at det ”hele tiden” er 2 til 3 som tar vernepleie (Intervju 10.06.09).

Av spesialiseringer innen eldreomsorg er det geriatri, palliativ pleie, diabetes, demens og kreftomsorg som er de etterspurte etter- og videreutdanningene. Selv om vi observerer at kommuner tar initiativ til samarbeid med utdanningsinstitusjoner, er det likevel uklart hvor aktive de er som bestillere av utdanninger.

Intervjupersoner i kommunene understreker blant annet at det er vanskelig å få til desentraliserte utdanninger innen eldreomsorg fordi tilbudene ikke finnes (Intervju 1 06.01.11). En generell utfordring sett fra et av lærestedenes side er knyttet nettopp til ressurser – nye utdanningstilbud og satsninger må finansieres innenfor avdelingen. Det er kostbart å utvikle utdanningstilbud og det er ikke alltid lett å få studenter selv om det er etterspørsel etter utdanningen, fortelles det.

Lærestedene forteller i enkelte tilfeller om at kommunene er svært interessert i samarbeid med lærestedet, men kommuneøkonomien kan fremstå som en hindring for iverksetting av samarbeidet. Spesielt er dette knyttet til muligheten for frikjøp eller finansiell støtte av studenter til videreutdanning. Kommunene kan også unnlate å søke på midler for praksissamarbeid (samarbeidsmidler) som lærestedet forvalter fordi søknadsprosedyrene fremstår som for omfattende, eller at informasjon om muligheter for å søke ikke når frem.

Også et annet lærested formidler at kommunenes økonomi er en sentral utfordring for samarbeidet. Kommunene ønsker samarbeid og er interessert i kontakt med lærestedet og i kompetanseheving, men kan ha økonomiske utfordringer knyttet til frikjøp, vikarmidler og reisemidler for å kunne sende studenter til kurs og videreutdanning.

Fra kommunenes side kan det være mindre interessant å inngå i konkret samarbeid med utdanningsinstitusjoner angående videre- og etterutdanninger fordi det gjelder færre medarbeidere enn for grunnutdanninger som vernepleie og sykepleie. Respondenter oppgir antallet som både en, to, tre og fire, men sjelden mer. Demensomsorgens ABC, medisinkurs og oppdateringskurs som fortrinnsvis alle medarbeidere bør ta, er unntaket når det gjelder antall, der snakkes det om grupper.

Et slikt eksempel finner vi i intervjuene med lærestedene der et av dem har direkte samarbeid med kommuner knyttet til etter- og videreutdanning i forbindelse med reformen. Kommunene regionalt søker om finansiering for etter- og videreutdannings-tilbud knyttet til målene med Kompetanseløftet 2015. I etterkant henvender kommuner seg til lærestedet med bestilling på studiepoenggivende videreutdanninger. I denne forbindelse spiller samarbeidet mellom lærestedet og undervisningssykehjem en sentral rolle. Lærestedet har utviklet etter- og videreutdanningsmoduler i samarbeid med undervisningssykehjem i regionen som kommunene søker studenter inn på.

Ved et annet lærested beskrives et bredt samarbeid med kommunene knyttet til grunnutdanning. Et eksempel er en stor kommune som kjøpte en hel klasse på sykepleiestudiet. Kommunen lyste ut på anbud at den ønsket et tilbud på en sykepleieklasse. Plassene i klassen ble tilbudt ansatte som allerede arbeidet i kommunal pleie og omsorg. Studentene søkte opptak på sykepleiestudiet på ordinært grunnlag og fikk tilbud om et 50 prosent deltidsstudium og om en 50 prosent stilling i kommunen i studietiden.

Lærestedet har også fått finansiert flere ordinære studieplasser som ledd i oppfølgingen av Kompetanseløftet 2015. Her har man også etablert samarbeid med enkelte kommuner om at de kan få noen deltidsplasser på disse utdanningskullene. Hensikten er å gi utdanningstilbud til studenter som allerede arbeider i kommunene

med sikte på at de blir værende i arbeid i kommunen. Inntrykket til lærestedet er at en stor andel av disse studentene neppe ville søkt om høyere utdanning om de ikke hadde fått et slikt tilbud.

Kommunenes fagutviklere eller undervisningssykepleiere ser ikke ut til å ha en framtrædende rolle i dette arbeidet, og det er bare i to kommuner vi får informasjon om at vedkommende har som oppgave å holde kontakt med undervisningsinstitusjoner. Inntrykket er at denne kontakten enten etableres på systemnivå i kommunen eller individuelt av alle som er eller har vært under utdanning.

Tre kommuner på hver sin kant av landet oppgir at de forholder seg til et Regionalt Kompetansekontor (RKK). Det kan se ut som om RKK kan fungere som mellomledd mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner og legge til rette for kontakt mellom de enkelte kommunale medarbeider som tar utdanninger og utdanningsinstitusjonene. Dette inntrykket støttes i intervjumaterialet med utdanningsinstitusjonene: Et av lærestedene forteller også om regelmessige møter med RKK. RKK henvender seg til høyskolen for å etablere utdannings samarbeid. Læresteder beskriver at RKK fungerer som en kanal for utdanningssetterspørsmål. Nylig har lærestedet utviklet et nettbasert tilbud om utdanning som kom i stand etter at en kommune søkte fylkeskommunen om midler for å utvikle et utdanningstilbud som RKK brakte videre til lærestedet og et samarbeid kom i gang om dette. Den desentraliserte videreutdanningen for ansatte i kommunehelsetjenesten kom i stand på bakgrunn av at RKK-kontoret tok kontakt med lærestedet og etterspurte "skreddersøm".

Sammenstilling av funn fra intervjumaterialet med lærestedene med surveyresultatene viser at omkring en fjerdedel av kommunene (128) har deltatt i samarbeid med høyskoler eller universitet i forbindelse med Kompetanseløftet 2015. Dette viser at de åtte lærestedene vi har intervjuet ved er svært representative i så måte. Det foregår et utstrakt samarbeid mellom kommuner og læresteder i forbindelse med Kompetanseløftet 2015.

Samarbeid om utdanningstilbud og også praksis er en svært vanlig aktivitet for kommunene som har samarbeidet med læresteder i forbindelse med Kompetanseløftet 2015, mens samarbeid om forskning er mindre utbredt. Etter- og videreutdanning var tema for samarbeidet i 91 kommuner. 85 kommuner oppgir at de-

sentralisert høyskoleutdanning var tema for samarbeidet. Praksis var tema for samarbeidet i 58 av kommunene. Forskning var tema for samarbeidet i 17 kommuner.

Kommunene som samarbeider med læresteder samarbeider ofte om flere tema. Blant kommunene oppgir 32 at de kun samarbeider om et av de fire områdene (desentralisert høyskoleutdanning, etter- og videreutdanning, praksis og forskning) mens 42 kommuner samarbeider om to av temaene, og 30 av dem om 3 av temaene.

Kommunene vurderer samarbeidet med lærestedene i all overveiende grad som svært positivt. Utvikling av nettverk, kostnadsdeling, læring, tilgang til forskning, styrking av fagmiljø, rekruttering av studenter som er i praksis blir trukket frem som klare fordeler av samarbeidet.

4.7 Strategisk arbeid i kommuner: utforming av rollen som arbeidsgiver

Kommunene er store arbeidsgivere med mange ansatte. Pleie og omsorg har etter hvert blitt den største enkeltsektoren i kommunene og utgjør i gjennomsnitt 29 % av de kommunale utgiftene (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011). Dette er en personell- og kunnskapsintensiv virksomhet. I sin arbeidsgiverstrategi fra 2007 anbefaler Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, KS, kommunene å ha et godt lederskap, også i virksomhetene nær ansatte, samt myndiggjøre sine medarbeidere blant annet ved å delegere myndighet, utfordre, stille krav og støtte sine medarbeidere. Som strategier utvikles blant annet begrepet medledelse for å beskrive ledelse preget av dialog og godt medarbeiderskap, det anbefales å arbeide med motivering, bruke lønnspolitikk som virkemiddel i begrenset omfang, arbeide for å redusere sykefravær, styrke medarbeideres kompetanse, tilby hele stillinger eller store stillingsbrøker, samt planlegge for å dekke sitt behov for kompetanse (KS 2007, 2009; Helgesen 2010).

Over ble det vist til planlegging av framtidig behov for kompetanse, og at dette ikke så ut til å være innarbeidet virksomhet i svært mange kommuner. I dette avsnittet skal vi se på kompetanseutvikling som et ledelsesansvar, i hvilken grad kommunene tar i bruk økonomiske virkemidler som permisjoner og stipend for å

motivere medarbeidere til å ta utdanning eller om de tar i bruk lønn og faste stillinger, eventuelt høyere stillingsbrøk som insentiv for det samme.

4.7.1 Utdanning er medarbeideres ansvar

I 2008-undersøkelsen konkluderte vi med at kommunene i noen grad manglet en arbeidsgiverstrategi. Dette ble blant annet begrunnet i at initiativet til å sette i gang med videre- og etterutdanning i stor grad var overlatt til den enkelte medarbeider. Kartleggingen i 2008 viste at i flertallet av kommunene (58 prosent) var det den ansatte selv som tok initiativ til etter- og videreutdanning, mens arbeidsgiver tok initiativ i om lag en tredel (35 prosent) av kommunene. Tallene i 2010 er helt tilsvarende, henholdsvis 58 og 37 prosent. En helt entydig tolkning av hvorvidt dette tallet er høyt eller lavt er det vanskelig å gi, men funnet korresponderer med en tidligere observasjon om at medarbeidere i kommunene selv tar initiativ til å gjennomføre videre- og etterutdanning og at dette i liten grad er forankret i kommunale kompetanseplaner (Helgesen m. fl. 2005).

At 37 % av kommunene oppfatter at det er deres ledere som tar initiativ overfor medarbeidere om å ta videre- og etterutdanning kan tolkes som å være lavt. Det ville kanskje vært naturlig at kommunene i høyere grad tar initiativ til at medarbeidere videre- og etterutdanner seg, både med bakgrunn i det generelle behovet kommunene opplever for kompetent arbeidskraft og de mulighetene som eksisterer gjennom Kompetanseløftet. På den annen side kan det argumenteres for at det er naturlig at de ansatte selv tar initiativ. De som skal gjennomføre etter- og videreutdanning bør ha lyst og selv ta initiativ til å gjennomføre et kortere eller lengre utdanningsløp. Effekten av Kompetanseløftet 2015 kan kanskje sies heller å være at satsningen gir kommunen mulighet til å innfri slike ønsker for den enkelte arbeidstaker, enn at planen medvirker til at kommunen handler strategisk i forhold til kompetansebehov den har.

Denne hypotesen får støtte i intervjumaterialet. Både medarbeidere og ledere oppgir at det som regel er medarbeiderne som selv tar initiativet til å ta etter- og videreutdanninger, og at de i liten grad opplever at det er noen form for styring med hensyn på typer

etter- og videreutdanninger de kan ta. Ledere og fagutviklere har uttalt seg som i sitatene nedenfor:

Det er tilfeldig at jeg har hatt så mange som har ønsket å utdanne seg (Intervju 1 19.01.11).

Mitt inntrykk er at folk tar opp tema om utdanning selv, de må jo ha lyst (Intervju 06.01.11).

Mitt inntrykk er at folk i sektoren er interessert i å gjøre ting (utdanne seg). Folk sier hva de ønsker (Intervju 1 21.01.11).

Det er oftest slik at de ansatte som tar utdanning, tar initiativet til det selv (Intervju 2 07.02.11).

Når det er noen som ønsker å ta videreutdanning tar vi opp med våre ledere hvordan det kan la seg gjøre (Intervju 1 13.01.11).

Medarbeidere som har tatt utdanning svarer som regel at de selv har tatt initiativet. Eksempler vises i sitatene nedenfor:

Jeg tok selv initiativet til å ta denne utdanningen (aldring og eldreomsorg). Jeg så en annonse i avisen og tok det opp på arbeidsplassen. Da jeg hadde tatt det opp kom også de andre og ville være med (Intervju 12.01.11).

Jeg ville utdanne meg, jeg hadde tid til det. Jeg har sett nødvendigheten av denne kompetansen (geriatri) på grunn av den gruppen mennesker vi har på institusjonen. Jeg tok det opp selv og det lå i planen at kommunen ville ha mer kompetanse på geriatri (Intervju 2 20.01.11).

Jeg tok initiativet til utdanningen selv. Jeg fikk veiledning på hvordan jeg kunne søke om støtte fra arbeidsplassen og kommunen (Intervju 2 27.01.11).

Da jeg tok min videreutdanning var det på mitt initiativ. Jeg fant informasjonen min selv, jeg så i avisen at høyskolen skulle starte et studium (Intervju 3 27.01.11).

Det er mange småkurs som kommer vår vei. Og vi må melde interesse (Intervju 13.12.09).

Det er vi som jobber her som tar initiativ, vi får det til. Det er medarbeidernes interesser som er utgangspunktet hos oss (Intervju 10.12.09).

Det legges til rette for at medarbeidere skal ta utdanning her. Det var en kombinasjon av min lyst og oppbacking fra arbeidsplassen (Intervju 4 27.01.11).

Jeg hadde lyst til å ta denne utdanningen (geriatri), men ble også oppfordret til å gjøre det. Det tok jeg med min leder (Intervju 2 21.01.11).

Dette er sitater fra medarbeidere med høyskoleutdanning. Som det kommer fram er det kun to av åtte som peker på at de ble oppfordret til å ta etter- eller videreutdanning. Det var også bare en av fem intervjuede ledere som mente at det ble gitt oppfordringer til dette fra ledelseshold. Det er noen som forteller at medarbeidere med videregående utdanning eller tidligere ufaglærte har tatt utdanning, og at de gjerne blir oppfordret til det av sin nærmeste leder. Ledere oppgir også at de oppfordrer medarbeidere til å ta kurs og etterutdanning:

Jeg har arbeidet ved denne institusjonen i fem år. På den tiden er det to som har tatt fagbrev i omsorgsarbeid. De ble presset litt. Så var det to assistenter som tok hjelpepleie. Det er noen år siden... (Intervju 12.01.11).

En av dem som tok fagbrev ved denne institusjonen oppgav å ha blitt oppfordret til det, etter selv å ha tatt et initiativ overfor lederen (1 Intervju 1.01.11). En leder påpekte at vedkommende motiverte sine ansatte til å ta utdanning og tilrettela for dem og hjelp dem. Det hadde positive ringvirkninger i organisasjonen:

Det er blitt kultur at utdanning er legitimt, ..., og når det er kultur, så sprer det seg. Det er viktig (Intervju 1 27.01.11).

Det danner seg et inntrykk av at det ikke er en veldig stor utfordring å få medarbeider med høyskoleutdanning til å ta etter- og videreutdanning. Mange av de intervjuede har både én og to

videreutdanninger, samt poenggivende kurs. Dette gjelder særlig for enhetsledere, men også for noen medarbeidere. Utfordringen synes heller ikke å være å motivere ufaglærte til å ta en grunnutdanning. Det kan også dreie seg om flere fra hver kommune:

Vi har først og fremst organisert klasser for ufaglærte slik at de kan ta fagprøve og videreutdanning. De fleste søker om tilskudd til videreutdanning på eget initiativ (Intervju 11.06.09).

Utfordringen ser ut til å ligge i å vedlikeholde og gi kompetansepåfyll til utdanningsgruppen som har videregående skole eller hjelpepleierutdanning. De ser ut til å ligge dels i at det oppfattes ikke å være etter- og videreutdanninger som retter seg mot denne gruppen spesielt og at de dermed kun tar del i de kurs og opplæringstiltak som omfatter alle medarbeidere. Utfordringene ligger også trolig i det logistiske arbeidet med å finne og bringe videre informasjon om slike utdanninger. Som nevnt over er inntrykket at dette ikke legges til undervisningssykepleiere/fagkoordinatorers arbeidsoppgaver.

Kurs som arrangeres for alle medarbeidere omfattes av en del utfordringer på grunn av høy andel deltidsansatte. Dette medfører at kurs må holdes flere ganger for at alle skal ha mulighet til å delta. Det er få intervjuede ledere som oppgir at de prioriterer mellom utdanningsønsker. I en kommune ble det påpekt i 2009 at lederutdanninger ikke lenger ble prioritert:

Vi prioriterer. Nå avviser vi lederutdanninger. Vi avviser også videreutdanning i rus. Dem kan vi for så vidt bruke, men det er avhengig av hvor de jobber (Intervju 10.06.09).

Inntrykket respondentene ser ut til å ha er at medarbeideres utdanningsønsker er i tråd både med behovene pleie og omsorg i egen kommune har, samt med de temaene som er prioritert i Kompetanseløftet 2015. Vinteren 2011 ble det likevel påpekt at det var en del utdanninger medarbeidere hadde lyst til å ta som utdannet dem *vekk fra* arbeidsoppgavene de i utgangspunktet hadde, men også vekk fra operativ virksomhet i pleie og omsorg:

Hvis medarbeidere skal få videreutdanning må det være i tråd med våre behov for kompetanse. Da

tilrettelegger vi angående fridager og bytting av vakter. Men nå er det en som tar videreutdanning i ledelse, det må de ordne helt selv. De kan ta det, men vi tenker at da utdanner de seg ut av stillingen sin (Intervju 11.03.11).

Samtidig ser det ut til at utdanning i ledelse innenfor pleie og omsorg er et behov noen kommuner har. Over ble det vist til at en kommune hadde sendt en gruppe medarbeidere på ledelsesutdanning og planla å sende en ny gruppe på tilsvarende utdanning. I den ene kommunen i materialet som ikke har fått midler fra Kompetanseløftet 2015 oppga en enhetsleder at det hadde vært søkt om midler til ledelsesutdanning, men som ble avslått. Behovet for å utdanne medarbeidere i ledelse ble oppfattet å være til stede (Intervju 24.06.09).

4.7.2 Økonomiske insentiver under utdanning

For at ansatte skal ha insentiver til å delta i kompetansehevende tiltak er det også interessant å se om de får økonomisk støtte under etter- og videreutdanningen. I Tabell 4.5 ser vi at hvordan det gis økonomiske støtte underveis varierer ganske mye i 2010 så vel som i 2008, og det er heller ingen enhetlig strategi i forhold til å sikre medarbeideren andre arbeidsoppgaver eller fast stilling etter kompetanseheving. I mange kommuner varierer dette mellom virksomheter. Selv om 3 av 4 kommuner oppgir at arbeidstakeren får nye arbeidsoppgaver etter at vedkommende har deltatt i kompetansehevende tiltak, er andelen faktisk redusert med 11 prosentpoeng siden 2008 (Tabell 4.6).

Tabell 4.5 *Hvilken økonomisk støtte medarbeidere som ønsker etter- og/eller videreutdanning får. Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=258*

	2008	2010
Permisjon med lønn	22	22
Permisjon med stipend	13	15
Permisjon uten lønn	3	4
Det varierer	44	50

Intervjumaterialet støtter bildet av variasjoner mellom kommuner på dette punktet. Det gis støtte til studieavgifter og bøker, midlene gis som et individuelt stipend den enkelte som er i utdanning kan bruke, for eksempel til de overfor nevnte utgiftene, samt til reiser til studiestedet:

Vi bruker omlag 300 000 kroner til det vi kaller stipender, og det gis 10 000 kroner til enkeltpersoner som er under utdanning. Nå har vi 10-20 personer som er på venteliste for slike stipender (Intervju 1.06.01.11).

Noen kommuner gir også permisjon med lønn for praksisperioder i grunnutdanninger, mens andre bare gir for samlinger som er nødvendig for å gjennomføre deltidsstudier. Få kommuner yter midler til lengre permisjoner med lønn, det er også få som har mulighet til å ta inn vikarer:

Siden vi ikke får det vi behøver, har vi ingen mulighet til å gi permisjon med lønn, og vi tar ikke inn vikarer for dem som er i utdanning (Intervju 1 06.01.11).

Vi pleier som regel å ordne det slik at folk kan gå kurs og lignende. Men vi gir ikke permisjon med lønn. Hvis de ansatte bruker fridager får de heller ikke kompensasjon for det (Intervju 11.03.11).

Vi har hatt gode kår for utdanning her i kommunen. Det leder også til at folk har store forventninger til hva kommunen skal yte av bidrag (Intervju 14.12.09).

Vi får støtte fra fylket til å la våre ansatte ta disse utdannelsene. Men dette med vikarer er ugreit. Det må vi ta på eget budsjett. Det begrenser antallet vi lar få ta videreutdanning (Intervju 1 08.12.09).

Vi har også en del midler der de som ønsker å ta videreutdanning kan søke. Nå trenger vi folk til å ta kurs og videreutdanning i palliativ pleie, og de søker om økonomisk støtte. Det kan søkes om 10 000 til dekking av utgifter (Intervju 18.01.11).

Vi gir permisjon for de dagene folk er på skole eller universitet, samt to lesedager og fri eksamensdager. Det er permisjon med lønn. Vikarutgiftene er kommunenes egenandel og er den største biten (Intervju 1 21 01.11).

Vi yter 5 – 10 000 kroner [i stipend]. Vi har retningslinjer for hva som kan utløse permisjon med lønn. Det er lesedager og eksamensdager (Intervju 11.03.11).

Vi kan gi fri med lønn, det får hun som tar kreftomsorg nå. Også mens hun er i praksis (Intervju 03.02.11).

Det er ikke mulig å gi permisjon med lønn nå. Det har hendt at vi har oppfordret folk om å ta videreutdanninger vi mener vi trenger, så når det kommer til stykket, kan vi ikke sende dem av gåre fordi vi ikke har økonomi til det (Intervju 26.01.11).

Bydelen som representerer Oslo kommune ser ut til å ha en noe rausere politikk med hensyn på utdanning og muligheten for medarbeidere til å få permisjon med lønn enn de andre kommunene vi gjennomfører intervjuer i. Som det ble vist til over opplever bydelen et ”grisgrendt-problem” og utdanner medarbeidere etter at de er ansatt:

Vi gir gode løsninger mot bindingstid, da får vi stabile arbeidstakere. Å få 50 % permisjon med lønn er et gode og fungerer motiverende (Intervju 1 19.01.11).

De som tar videreutdanning får permisjon med lønn. Ut over det sponser vi utdanningen med ca. 15 000 i

semesteret. Vi kan søke om tilskudd når folk er ferdige. Vi får tilbake de pengene vi har lagt ut. Når de da tar en toårig deltidsutdanning blir det ganske mye penger, 60 000 (Intervju 1 07.02.11).

Bydelen gir mulighet for utdanning på flere nivåer, og spennet er fra begynnerkurs til helsefagarbeiderutdanning, via pleiefaglige, så vel som lederorienterte bachelorutdanninger, til oppdateringskurs. Det vektlegges at bydelen har godt innarbeidete rutiner for utdanning og opplæring, og at det med stor sannsynlighet ville blitt drevet utdanningsvirksomhet på tilsvarende nivå også uten midler fra Kompetanseløftet 2015.

Kommunene har ulike rutiner som medfører at medarbeidere i forskjellige kommuner får ulik tilgang til de økonomiske midlene.

Jeg fikk permisjon med lønn, jeg fikk ikke dekket noen kostnader, det søkte jeg ikke om (Intervju 3 27.01.11).

Jeg fikk permisjon de dagene jeg var på skolen, det var med lønn. Så var det ti uker praksis. Fire av dem ble tatt på sykehus, men resten måtte jeg ta på egen arbeidsplass (Intervju 4 27.01.11).

Jeg fikk støtte til bøker og opphold, samt fri med lønn til samlingene. Det var to ganger i året og varte fem dager hver (Intervju 4 20.01.11).

Medarbeiderne som er intervjuet i Oslo er i mellomlederstillinger og forteller at de begge tok sykepleieutdanning i voksen alder etter at de var ansatt, og at de fikk permisjon med lønn. De fikk også permisjon med lønn for å ta nødvendig ledelsesutdanning for å fungere i sine mellomlederstillinger (Intervjuer 2 og 3 19.01.11).

Medarbeidere ser også ut til å bli behandlet forskjellig i kommunene. Mens høyskoleutdannede som tar en videreutdanning på deltid og har samlinger får permisjon med lønn, får hjelpepleiere og andre som tar utdannelse med lengre praksisperioder ikke lønn i permisjonstiden. Sitatene under er fra samme kommune:

Sykepleierne som ble intervjuet uttalte seg som følger:

Jeg hadde ikke tatt denne utdannelsen om jeg ikke hadde fått permisjon med lønn (Intervju 12.01.11).

Jeg fikk 20 dagers permisjon med lønn. Jeg måtte krangle med arbeidsgiver for å få fri. Jeg ble skyldig en vakt fordi eksamen var delt på to dager (Intervju 2 20.01.11).

Hjelpepleieren som ble intervjuet uttalte seg som følger:

Jeg er hjelpepleier. Jeg er i videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det tar to år. Jeg har ikke fått permisjon med lønn og har derfor gjennomført praksisperioden på tre mnd. uten lønn (Intervju 3 20.01.11).

Vedkommende informant var oppmerksom på forskjellsbehandlingen og kommenterte det i intervjuet. Kommunen prioriterte videreutdanning i psykisk helsearbeid, som vedkommende tok, men altså ikke tilstrekkelig til at det kunne gis noe lengre permisjon med lønn.

De to første sitatene er også fra ulike enheter og viser at denne kommunen ikke har samordnede rutiner for hvordan de løser spørsmålet om permisjon og fri til å ta utdanninger. Det var også en av de intervjuete lederne klar på:

Vi gir permisjon med lønn, men det er forskjellig. For dem som tar grunnutdanning gir vi ikke permisjon med lønn i de lange praksisperiodene. Da får de fri til eksamen og mindre studier. Dette er vanskelig fordi det er dyrt. Nå er praksis ulik mellom enheter og vi har hatt en diskusjon i ledergruppen for å gjøre den enhetlig (Intervju 5 20.01.11).

Intervjumaterialet understøtter at kommuneøkonomi spiller en viktig rolle for kommunale pleie og omsorgsmedarbeideres muligheter til å både utdanne- og videreutdanne seg. I intervjuene pekes det på at det er en tredeling av finansieringen, staten betaler støtten den enkelte får som stipender, kommunens egenandel er vikarutgiftene, mens vedkommende som tar utdanning bruker av sin fritid, og som vi så, er noen ganger villig til å unnvære lønn i perioder for å kunne gjennomføre utdanning. Kompetanseheving er derfor et resultat av individuelle valg og kommunale økonomiske rammebetingelser. Midlene som tildeles via Kompetanse-

løftet er ikke den avgjørende faktoren i dette bildet, og utgjør en liten del av de totale kostnadene samlet sett.

4.7.3 Endrede arbeidsoppgaver som insentiv for å ta utdanning

Hvorvidt etter- og videreutdanning får resultater for enkelte ansatte i form av nye arbeidsoppgaver eller fast stilling dersom vedkommende ikke har hatt det tidligere vil fungere som insitament til å gjennomføre utdanningsløp. Ikke minst vil det å få fast stilling dersom de som deltar i etter- og videreutdanning ikke har hatt dette, kunne fungere som et insitament til å delta.

Tabell 4.6 *"Effekter" av etter-/videreutdanning for arbeidstaker.* Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=262*

	2008	2010
Arbeidstakeren får nye arbeidsoppgaver	86	75 (262)
Arbeidstakeren får fast stilling dersom vedkommende ikke har det fra før	61	
Arbeidstakeren som har tatt etter-/videreutdanning sikres vanligvis fast stilling dersom ikke vedkommende har det fra før		62 (257)
Arbeidstakeren som oppnådd fagbrev eller tilsvarende sikres vanligvis fast stilling dersom ikke vedkommende har det fra før		67 (259)

* Formuleringene om fast stilling er litt forskjellige i 2008 og 2010. Vi velger derfor å presentere dem separat i tabellen.

Tabellen viser at det i årene 2008 til 2010 har vært en nedgang i antallet kommunale respondenter som oppgir at de som tar etter- og videreutdanning i deres kommuner får nye arbeidsoppgaver, fra 86 til 75. Andelen som mener at etter- og videreutdanning resulterer i fast stilling dersom vedkommende arbeidstaker ikke har det fra før er tilnærmet lik, 62, mens andelen som får fast stilling etter oppnådd fagbrev er på 67 %.

Også denne variasjonen støttes av intervjumaterialet. Blant ledere pekes det på at det kan være vanskelig å finne nye arbeidsoppgaver til medarbeidere og at det derfor ikke er noen automatikk i at medarbeidere som utdanner seg får andre arbeidsoppgaver enn de

hadde tidligere. Avhengig av hvor tett ledere er på operativt nivå har de også noe ulikt syn på dette spørsmålet. De som sitter lengst fra har det mest positive synet. Sitatene under er fra samme kommune:

Etter- og videreutdanning resulterer i nye arbeidsoppgaver (Intervju 1 06.01.11).

Det er ikke sikkert at de får nye arbeidsoppgaver. Vi bruker folk der de er gode (Intervju 1 20.01.11).

De som tar etterutdanning og kurs får sjelden endrede arbeidsoppgaver. Men en av dem som tok diabetessykepleie har fått noe endret stilling (Intervju 10.01.11).

De som har tatt relevant videreutdanning får nye arbeidsoppgaver. Vedkommende som nå tar geriatri blir spesialist og det må vi bruke (Intervju 13.01.11).

Hvis det er snakk om grunnutdanninger er situasjonen en noe annen og å få nye arbeidsoppgaver ser ut til å oppfattes som en selvfølge:

Jeg tror generelt at arbeidsgivere tar dette mer alvorlig nå. ... Vi må ha stillinger til dem når de er ferdige (Intervju 14.12.09).

Vi har hatt noen hjelpepleiere som har tatt sykepleie, da endrer vi stillingen og de får nye arbeidsoppgaver (Intervju 11.03.11).

Hvis noen tar en viktig videreutdanning får de endringer i sine arbeidsoppgaver. For eksempel ufaglærte som blir faglærte eller hjelpepleiere som blir sykepleiere (Intervju 3 19.01.11).

Medarbeidere oppfattet i stor grad at å få nye arbeidsoppgaver var et individuelt ansvar:

Jeg fikk ikke nye arbeidsoppgaver, sånn direkte. Det blir mer at vi ser at noe passer bedre for meg etter videreutdanningen, noe som krever den spesialutdanningen. Det er individuelt å finne åpninger for å ta i bruk sin nye kompetanse, samt at det også gjøres

på andres forespørsel, hvis noen trenger veiledning eller er i situasjoner der jeg bør gå inn (Intervju 2 27.01.11).

Jeg fikk ikke nye arbeidsoppgaver. Jeg gjør omtrent det samme nå som før, men jeg får brukt kompetansen min inn mot pasientene (Intervju 4 27.01.11).

Jeg har ikke fått nye arbeidsoppgaver foreløpig. Men jeg har fått goodwill i forhold til at jeg tar ansvar. Jeg må tilby meg (Intervju 2 20.01.11).

Jeg kommer ikke til å få andre arbeidsoppgaver her når jeg er ferdig (Intervju 3 20.01.11).

Jeg har allerede fått noen andre arbeidsoppgaver, men det kommer veldig an på om vi selv ønsker det (4 20.01.11).

Det kan se ut til at medarbeidere tar utdanninger for å kunne bli sikrere og tryggere i den stillingen de allerede har. Det uttrykkes for eksempel av en av respondentene fra Oslo (2 19.01.11). Utdanning av assistenter til helsefagarbeidere har trolig denne motivasjonen, det samme har etter- og videreutdanninger innenfor de nevnte spesialiseringfeltene.

Ved siden av rekruttering av ferdig utdannet personell og videre- og etterutdanning av eksisterende personell er realkompetansevurdering en mulighet for ansatte. Gjennom realkompetansevurdering kan medarbeidere få uttelling for kompetanse som er opparbeidet gjennom praktisk arbeid, men som ikke er dokumentert. Dette er derfor et viktig instrument for kommunene i forhold til å få kartlagt den kompetansen som personalet besitter, og ikke minst er det en viktig mulighet for personale som ikke har formell helse- eller sosialfaglig kompetanse. Vi har derfor spurt hvordan kommunene bistår medarbeidere som ønsker en realkompetansevurdering. Svarfordelingen på dette spørsmålet er gjengitt i Tabell 4.7. Svarene er svært like i 2010 og 2008.

Også når det gjelder realkompetansevurdering innretter kommunene seg ulikt, og mange av våre respondenter har ikke kjennskap til hvilke ordninger som gjelder på dette området.

Tabell 4.7 *Hvordan bidrar kommunen i forbindelse med realkompetansevurdering av medarbeideres erfaring? Prosent. 2008: Total N=279. 2010: Total N=264*

	2008	2010
Kommunen er behjelpelig med informasjon	62	67
Kommunen gir fri og ordner med vikar om nødvendig	29	27
Kommunen gir støtte til reise etc. hvis nødvendig	12	10
Kommunen deltar i partnerskap der realkompetansevurdering inngår	8	11
Annet	9	5
Vet ikke	26	25

Andelen kommuner som er behjelpelig med informasjon til den ansatte har økt fra 62 til 67 prosent fra 2008 til 2010, men fortsatt er tallet kanskje lavere enn forventet. Å være behjelpelig med informasjon er lite forpliktende og krevende, og i så måte kunne man kanskje forvente et høyere tall. Samtidig er det for kommunene antagelig ikke så mye å vinne på å oppmuntre til realkompetansevurdering. Den praktiske kompetansen som disse medarbeiderne er i besittelse av, har tross alt arbeidsgiver allerede nytte av. En realkompetansevurdering tilfører derfor arbeidsgiver/kommunen forholdsvis lite. Dersom prosessen med realkompetansevurdering også koster arbeidsgiver noe i form av vikarutgifter og lignende, er det kanskje ikke så rart at ikke alle svarer bekreftende på at de er "behjelpelige med informasjon". Tallet kan også indikere at interessen for å kartlegge kompetanse på dette nivået ikke er særlig stor i kommunene. Det forhold at bare i overkant av hver fjerde kommune gir den ansatte fri og ordner med vikar om nødvendig støtter opp under denne antakelsen. Vi merker oss også at én av fire respondenter svarer "vet ikke" på spørsmålet.

Intervjumaterialet styrker antakelsen om at kommunene ikke kartlegger ansattes kompetanse på dette nivået ettersom ingen svarte at dette var en del av det de drev med i kompetanseøymed.

4.7.4 Lønn som insentiv til å ta utdanning

Avsnittene over viser at kommunene gjør en del med hensyn på utdanning og kompetanseheving for sine medarbeidere, men det empiriske materialet gir ikke grunnlag for å si at Kompetanseløftet 2015 har medført at det arbeids *strategisk* for å høyne medarbeideres kompetanse. Det kommunale arbeidet framstår som svært avhengig av kommunal økonomi, geografi og til dels kommunestørrelse. Oppfatningene om i hvilken grad medarbeidere som har tatt utdanning, samt etter- og videreutdanning fikk nye arbeidsoppgaver varierer, og medarbeidere som gjennomførte et utdanningsløp var ikke sikker på at de fikk nye arbeidsoppgaver når utdanningsløpet var avsluttet. Det er likevel grunn til å anta at utdanning og kompetanseheving skaper trygghet i arbeidssituasjonen og medvirker til at kommunale enheter for pleie og omsorg kan ta på seg arbeidsoppgaver og gjennomføre prosedyrer, for eksempel i brukeres hjem, som tidligere ikke var mulig. En del kommuner har allerede begynt å ta på seg nye arbeidsoppgaver, for eksempel med hensyn på rehabilitering. Det skaper utfordringer lokalt, samtidig som kompetanseøkning skaper muligheter for å løse dem, som samtidig bedrer arbeidsmiljøet, blant annet fordi arbeidsplassene blir faglig mer varierte både i institusjonene og i hjemmetjenestene.

I dette avsnittet skal vi se at utdanning, samt etter- og videreutdanning ikke nødvendigvis medfører at medarbeidere får endring i sin lønnsituasjon. Vi skal også se at det fortsatt er problematisk å etablere hele stillinger innen pleie og omsorg, og at hvis de er etablert kan de forsvinne igjen ved neste økonomiske nedskjæring.

I kommuner som var klare på at utdanning resulterte i nye arbeidsoppgaver var det også en forholdsvis klar oppfatning om at utdanning og nye arbeidsoppgaver burde resultere i høyere lønn. Dette er likevel ikke alltid like lett å få til:

Det er en kamp mellom organisasjonene og kommunen hvorvidt etter- og videreutdanning skal følges opp lønnsmessig. Det ble gitt et lønnstilskudd til hjelpepleiere og dem på vgs-nivå. Det var på 10 - 20 000. Sykepleiere får høyere lønn når de blir spesialsykepleiere (Intervju 1 27.01.11).

De som tar videreutdanning får også mer i lønn, sykepleiere blir spesialsykepleiere. Det hender at det er mulig å ta ut noe i lokale forhandlinger (Intervju 13.01.11).

Mange av dem som tok Demensomsorgens ABC har fått uttelling for det mhp lønn, men bare hjelpepleierne. (...) Fagforbundet er gode på forhandlingene. Men man forventer mer av sykepleierne. De får ofte utvidet sine arbeidsoppgaver uten at det synes igjen på lønn. (...) Det er en oppfatning at det er mye lettere for fagarbeidere og hjelpepleiere å få lønnsuttelling for kurs enn det er for sykepleiere (Intervju 18.01.11).

Alle med videreutdanning fikk uttelling i lokale forhandlinger i fjor. Sykepleiere som har videreutdanning blir ikke nødvendigvis spesialsykepleiere, det er bare dem vi har behov for som får det. Hjelpepleiere får også uttelling (Intervju 1 21.01.11).

Det er ikke nødvendigvis stor forskjell på sykepleier- og hjelpepleierlønn, men høyskoleutdannete som videreutdanner seg får som regel mer i lønn (Intervju 13.03.11).

Sentrale lønnsoppgjør gir ingen forskjell mellom kategoriene, det må vi gjøre selv i de lokale oppgjørene. Konkret er uttellingen at 60 studiepoeng gir 20 000 og 30 gir 10 000 (Intervju 1 06.01.11).

Det er variabelt om de som har tatt utdanning får nye arbeidsoppgaver og bedring i lønnsituasjonen. Lærere får kompetanse om de tar 30 studiepoeng, sykepleiere må ta 60 før de oppnår det samme. Da blir de spesialsykepleiere (Intervju 5 20.01.11).

Medarbeidere oppgir også at det varierer med hensyn på om utdanning og nye arbeidsoppgaver resulterer i høyere lønn.

Jeg ble spesialsykepleier og fikk lønn i forhold til det. Jeg tror også vi fikk i lokale forhandlinger (Intervju 2 27.01.11).

Jeg er spesialhjelpepleier og det blir litt mer i lønn (Intervju 4 27.01.11).

Jeg har også fått mer i lønn, jeg søkte i de lokale forhandlingene. Jeg er allerede spesialsykepleier (Intervju 4 20.01.11).

Jeg har fått høyere lønn, 10 000 i året foreløpig. Jeg skal legge inn krav også i de lokale forhandlingene. Jeg er blitt spesialsykepleier (Intervju 2 20.01.11).

Det er heller ingen automatikk i at det gis høyere lønn. Jeg må søke til de lokale forhandlingene til våren og da er det ikke sikkert det er meg de prioriterer (Intervju 3 20.01.11).

Det ser altså ikke ut til at kommunene tar i bruk lønn som et insitament for at medarbeidere skal ta utdanning. Bare et fåtall av medarbeidere og ledere kunne vise til at dette var bygget inn i kommunale arbeidsgiverstrategier som fastlegges på systemnivå.

Det ser heller ikke ut til at arbeidet som gjøres for å skape flere heltidsstillinger i kommunenes enheter for pleie og omsorg er inkludert i en slik strategi. Å skape heltidsstillinger framstår i vårt intervjumateriale som et gjennomgående problem:

Problemet er å rekruttere til deltidstillinger, dvs. stillinger som ikke er mer en 30 % faste. Det er ikke noe problem at folk får jobbe 100 %, men det er ikke det den faste stillingen lyder på. Det er tynt med faste hele stillinger. Vi har hatt et prosjekt på gang for å redusere uønsket deltid. Resultatet er positivt. Men det var en utfordring (Intervju 11.06.09).

Vi har et prosjekt for å unngå uønsket deltid. Vi får det jo ikke til 100 prosent, men vi jobber godt med det. Innenfor prosjektet er det fem stillinger vi har kalt rekrutteringsstillinger. De gir vi til folk som er under utdanning (Intervju 1 06.01.11).

Jeg mener at grunnbemanningen ikke er tilstrekkelig. Det er avhengig av økonomi og vi rammes av nedskjæringer. Det går ofte ut over hele stillinger. Vi hadde et prosjekt for å omgjøre deltidstillinger til hele

stillinger. To år etter var stillingene inndratt (Intervju 1 27.01.11).

Spørsmålet om 100 % stillinger er ikke presserende. Vår oppfatning er at mange ikke vil ha det. her ligger de fleste på 70 – 80 %. Vi gjør forsøk på å skreddersy stillingene (Intervju 1 08.12.09).

Internt i kommunen er det få som er interessert i 100 %. Når vi har spurt er det mange som vil arbeide mer, men ikke mer enn opp til 80 % (Intervju 14.12.09).

I denne kommunen peker en av medarbeiderne blant annet på at det er mange ekstravakter som skal tas, men at det likevel ikke er rom for å utvide stillingsbrøkene til allerede ansatte medarbeidere. Når medarbeidere ikke er i full stilling gir ekstravakter ikke uttelling med hensyn på overtidsbetaling (Intervju 2 08.12.09).

Blant ledelses- og arbeidsmiljøspørsmålene plasserer vi også medarbeidersamtalene. Alle kommunene i materialet bruker slike aktivt i sin arbeidsgiverstrategi, men påpeker at de ikke er gode redskaper for å motivere medarbeidere til å ta utdanning, samt etter- og videreutdanning. Grunnen til det er at samtalene og tidspunktene for å søke til utdanninger ikke samstemmer, og det går for lang tid, men også fordi samtalene skal ta opp generelle spørsmål om individuell utvikling. Utdanning kan vær en del av det, men konkretiseres trolig ikke i medarbeidersamtaler.

Ledere omtaler at de motiverer sine ansatte til å ta både utdanning, og etter- og videreutdanning. Vi så over at det foregikk hovedsakelig *ikke* ved å ta initiativer overfor enkeltmedarbeidere, men ved å ta opp utdanningsspørsmål i fora der det ble ansett som naturlig. Dette er for eksempel rapporter og organiserte møter for internundervisning.

Det er mye deltid i sektoren. I en kommune ble det for eksempel påpekt at: ”Av 110 hoder [ved sykehjemmet] er det kun 13 hele stillinger ” (Intervju 1 08.12.09). Deltid oppfattes som vanskelig å håndtere med hensyn på å gi informasjon. Det dreier seg om informasjon knyttet til våre tema, men også generelt informasjon om brukere og pasienter. En kommune ga alle medarbeidere egne epost-adresser, blant annet for å kunne være mer effektiv angående utdanningsinformasjon, men opplevde at medarbeidere ikke tok

seg tid til hverken å åpne posten sin eller gå inn på datasystemet generelt. Dette gjaldt særlig for deltidsansatte (Intervju 18.01.11). De ”gamle” informasjonssystemene med oppslag på tavle og kurspermer som ligger fremme i fellesrom er derfor fortsatt vanlige.

Utdanning og kompetanseheving er også en forutsetning for å møte de utfordringene som ledere i kommunal pleie og omsorg opplever at vil komme med Samhandlingsreformen. Mange av respondentene i intervjuundersøkelsen knyttet også sine svar opp mot denne utfordringen. De kunne peke på at de i sine avdelinger eller i samarbeid med andre avdelinger og også kommuner var begynt å planlegge sine utdanningsbehov og organisering av arbeidet med hensyn på reformen, men at dette kunne være vanskelig fordi ledere over deres nivå, eller politikerne, ikke var interessert i å ta stilling til slike spørsmål og ville vente og se hva som konkret kom til å skje i kjølvannet av reformen. For eksempel med hensyn på regionale samarbeidsfora.

4.8 Oppsummering

Innenfor rammene av det myke styringsvirkemiddelet Kompetanseløftet 2015 har kommunene stort handlingsrom. De kan for det første unndra seg styring ved å la være å søke midler. Surveyen har hatt en svarprosent på 79 i 2008 og 75 i 2010. Datamaterialet har en liten overvekt av store kommuner (Stigen og Tjerbo 2011). Det kan dermed tenkes at det blant dem som ikke svarer er kommuner som ikke har vært en del av Kompetanseløftet.

Mekanismene som tas i bruk for å få kommunene til å sette i gang prosesser omkring sin personalpolitikk er å kreve en plan over kompetansebehov og et økonomisk tilskudd. Å lage planen er en forutsetning for at kommunene skal kunne få midler. Planen skal anspore kommunene til å handle strategisk overfor sitt behov for kompetanse, mens tilskuddet blant annet har som målsetting å få kommunene til å ansette flere med relevant utdanning på pleie- og omsorgsområdet, heve det formelle utdanningsnivået i de kommunale omsorgstjenestene, skape større faglig bredde og styrke veiledning, internopplæring og utdanning. Ved siden av at det å planlegge i seg selv er å forholde seg strategisk til et problem, kan disse målsetningene inngå i det vi kan kalle en strategi for rekruttering og kompetanseheving på kommunalt nivå.

Dette kapittelet har vist at det er store variasjoner i hvordan kommunene forholder seg til de strategiske elementene i Kompetanseløftet 2015. Både surveyresultatene og resultatene fra intervjuundersøkelsen viser stor variasjon mellom kommunene med hensyn på hvordan de forholder seg til kravet om planlegging og den forutgående kompetansekartleggingen, hvordan de arbeider med rekruttering og utdanning, samt etter- og videreutdanning, hvordan de samarbeider med utdanningsinstitusjoner og andre eksterne aktører, samt hvordan de utformer sin rolle som arbeidsgiver før, under og etter at utdanning, etter- og videreutdanning har funnet sted.

Kommunene oppgir i surveyen at de har en egen kompetanse- eller rekrutteringsplan, men det framkommer ikke av intervju-materialet at det arbeides systematisk med slike planer, heller ikke med kompetansekartleggingen som bør komme forut for selve planleggingen.

De fleste kommunene opplever problemer med å rekruttere personell med ønsket utdanning. Både den største kommunen, Oslo, og de små kommunene i intervju-materialet var klare på det. Unntaket her er middelsstore kommuner som har en utdanningsinstitusjon og/eller et sykehus lokalisert hos seg. De oppgir i intervjuene at de har få problemer med rekruttering. Kommunene arbeider videre mye med egenorganisert undervisning og gir sine medarbeidere oppdateringskurs, samt at de gjennomfører internopplæring. Det oppgis også at kommunene har læreplaner. Slike plasser får de imidlertid ikke fylt, og det er vanskeligere å fylle hjemmetjenestens plasser enn institusjonstjenestens. Kommunene bruker voksenopplæring som virkemiddel for å sikre seg relevant kompetanse.

Kommunene samarbeider med utdanningsinstitusjoner på ulike måter og det ser ut til at dette samarbeidet oppleves som positivt for begge parter. Kommunene ser ut til å innta en rolle som bestillere i forhold til grunnutdanninger både på videregående nivå og på høyskolenivå, men at det ser ut til å være vanskeligere for dem å opptre som bestillere når det gjelder etter- og videreutdanninger. Dette kan skyldes at etter- og videreutdanninger gjelder for færre personer enn grunnutdanninger.

Kommunene arbeider altså aktivt for å nå målsettingene som er skissert for Kompetanseløftet 2015, men trolig uten at det kan

kalles strategisk arbeid. Dette kommer fram først og fremst i forhold til det å motivere ansatte til faktisk å ta utdanning. Intervjumaterialet viser at initiativet til utdanning i hovedsak tas av de medarbeiderne som selv ønsker å ta en utdanning. Det er oppfatningen til både medarbeidere og ledere på arbeidsplassene som er med i undersøkelsen.

Dernest ser vi at det ikke arbeides strategisk på kommunalt nivå i forhold til hvordan midlene fra Kompetanseløftet 2015 benyttes og at dette kan varierer mellom arbeidsplasser i samme kommune. Det ser også i liten grad ut til at det arbeides strategisk i forhold til å benytte seg av den nye eller styrkede kompetansen medarbeidere tilegner seg ved etter- og videreutdanning. Medarbeidere som har tatt etter- og videreutdanning oppgir i stor grad at de selv må ta initiativet til at deres kompetanse skal brukes på nye måter. I de tilfellene der medarbeidere har tatt grunnutdanninger, for eksempel sykepleie, endres arbeidsoppgaver.

Kommunene tar heller ikke i bruk lønn som insitament for at medarbeidere skal ta utdanning og intervjuede kommunale medarbeidere oppgir at endringer i lønn overlates til lokale forhandlinger mellom arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgivere. Intervjuede sykepleiere uttrykker misnøye med at de har forhandlingsordninger som gjør at de kommer dårligere ut lønnsmessig etter endt etter- og videreutdanning enn andre yrkesgrupper med tilsvarende utdanning og hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere.

Arbeidstakere i kommunal pleie og omsorg legger ned mye egeninnsats for å gjennomføre både grunnutdanninger, samt etter- og videreutdanninger. Kommunene tar i bruk mekanismene Kompetanseløftet 2015 gir dem, og arbeidstakere får derfor noe økonomisk støtte, men det framstår likevel som tilfeldig og uten at det ligger en plan bak. Helt avslutningsvis i kapittelet kan derfor uttalelsen til en leder gjengitt i avsnitt 4.7.1 oppsummere:

Det er tilfeldig at jeg har hatt så mange som har ønsket å utdanne seg.

5 Bidrar tilskuddene til regional utjevning?

I statsbudsjettet for 2009 ble det satt av ca. 209 millioner til Kompetanseløftet 2015, av disse var 91 millioner kanalisert til fylkesmennene for videre fordeling. Vi har tidligere pekt på at dette ikke er spesielt mye penger sammenlignet med den totale størrelsen på pleie- og omsorgssektoren. De økonomiske ressursene som overføres kan imidlertid ha indirekte effekter som er viktige. Et viktig formål med tilskuddene må være å stimulere kommunene til egeninnsats og planlegging på dette området.

Utdelingen av tilskudd i Kompetanseløftet er hovedsakelig basert på den aktiviteten kommunene rapporterer inn til Fylkesmannen. Kriteriene for fordeling av tilskudd er aktivitetsbasert i den forstand at 40 prosent av midlene tildeles etter den planlagte og faktiske utdanningsaktiviteten i kommunene, mens 60 prosent av midlene tildeles etter totalt antall årsverk og antall ufaglærte årsverk. Kriteriene som benyttes for fordeling av midler er selvsagt viktige for måloppnåelsen i planene, og hvilke kriterier man baserer seg på i tildelingene vil delvis være et resultat av hvilke målsettinger man legger vekt på.

Hvordan midlene skal fordeles innenfor en satsing som Kompetanseløftet 2015 er selvsagt en viktig problemstilling. I Helsedirektoratet har dette vært diskutert og spesielt har man vært opptatt av balansen mellom å oppmuntre de mindre aktive kommunene eller å premiere de mest aktive kommunene. Andre problemstillinger som ble diskutert tidlig i prosessen er:

- Hvor detaljerte fordelingskriteriene skal være

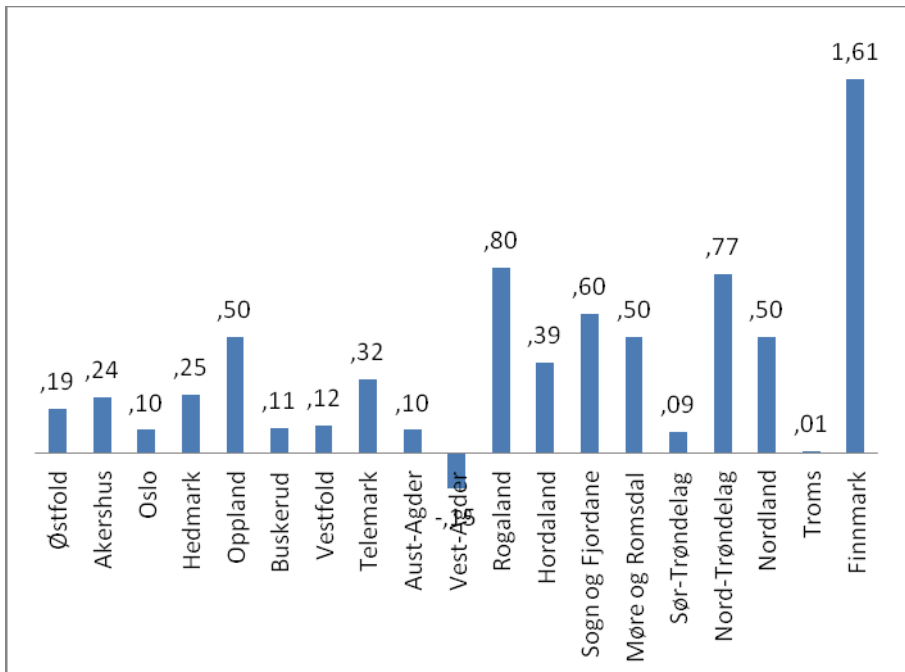
- Hvordan Fylkesmannen skal håndtere kommuner som ikke søker om midler, men som man mener har et behov for midler

Fylkesmannen er en svært sentral aktør i Kompetanseløftet. Det er gjennom Fylkesmannen midlene kanaliseres, og Fylkesmannen bidrar gjennom sitt arbeid til å tilrettelegge for den lokale og regionale utformingen av statlig politikk (Indset m. fl 2009). Et viktig poeng her er at man ikke kan eller bør forvente at alle fylkesmennene prioriterer likt eller legger de samme forutsetningene til grunn for forvaltningen av tilskuddene til kommunene. En viktig begrunnelse bak Fylkesmannens funksjon i statsapparatet er nettopp å bidra til regional og lokal tilpasning av den statlige politikken.

5.1 Regional variasjon

Det er derfor naturlig at det vil være variasjon mellom de forskjellige fylkene når det gjelder både resultat og aktivitet og hvordan midlene i planen allokteres. Dersom vi ser på den fylkesvise variasjonen i planlagt endring i årsverk fra 2010 (Figur 5.1), ser vi også at det er forholdsvis store forskjeller mellom fylkene. Det også er forholdsvis stor variasjon fylkene i mellom når det kommer til planlagt og realisert kompetanseheving (Tabell 5.1). I fylker som Sør-Trøndelag, Troms og Nordland har kommunene rapportert inn høy aktivitet innenfor kompetanseheving, mens kommunene i Østfold, Vestfold og i Akershus samlet sett har lavere aktivitet. Det samme gjelder Oslo. Noen eksakt forklaring på hva som ligger bak disse forskjellene er det vanskelig å gi, men det er nærliggende å tenke at det kan være en kombinasjon av flere faktorer. Behovet for kompetanseheving kan jevnt over være høyere blant kommunene i noen fylker, men andre faktorer spiller antagelig også inn.

Figur 5.1 Planlagt vekst i årsverk 2010, etter fylke. Gjennomsnitt.



Tabell 5.1 *Fylkesvis variasjon i planlagt og realisert kompetansebeving. Utført 2009 og under utdanning 2010¹⁰. Gjennomsnitt (N=397)*

	Aktivitet totalt (antall personer pr. 1000 innbyggere som har fullført utdanning eller er under utdanning)	Grunn- utdanning (antall personer pr. 1000 innbyggere som har fullført utdanning eller er under utdanning)	Videreutdanning i høyskole (antall personer pr. 1000 innbyggere som har fullført utdanning eller er under utdanning)
Sør-Trøndelag	6,4	1,2	1,3
Troms	6,2	1,7	3,0
Nordland	5,2	1,3	2,6
Nord-Trøndelag	4,9	1,7	2,6
Hordaland	4,8	1,3	2,4
Møre og Romsdal	4,7	2,0	1,6
Hedmark	4,3	1,9	1,4
Oppland	4,1	1,0	2,1
Sogn og Fjordane	3,9	1,5	2,0
Finmark	3,8	1,1	2,2
Telemark	3,6	0,8	2,1
Rogaland	3,6	0,6	1,6
Buskerud	3,3	1,1	1,0
Vest-Agder	2,9	0,5	1,7
Aust-Agder	2,8	1,1	1,3
Østfold	2,5	1,3	0,7
Vestfold	2,4	0,8	1,1
Akershus	1,8	0,5	0,8
Oslo	0,9	0,4	0,3
Totalt	4,2	1,2	1,9

Det er altså en forholdsvis klar fylkesvis variasjon i den rapporterte kompetansehevende aktiviteten og den planlagte veksten i årsverk fylkene i mellom. Her må det understrekes at vi ikke ser på aktiviteten i hele perioden, og at det selvsagt kan være slik at fylker som har lav aktivitet ett år kan ha høyere aktivitet neste år og omvendt. En viktig problemstilling er imidlertid om det er slik at

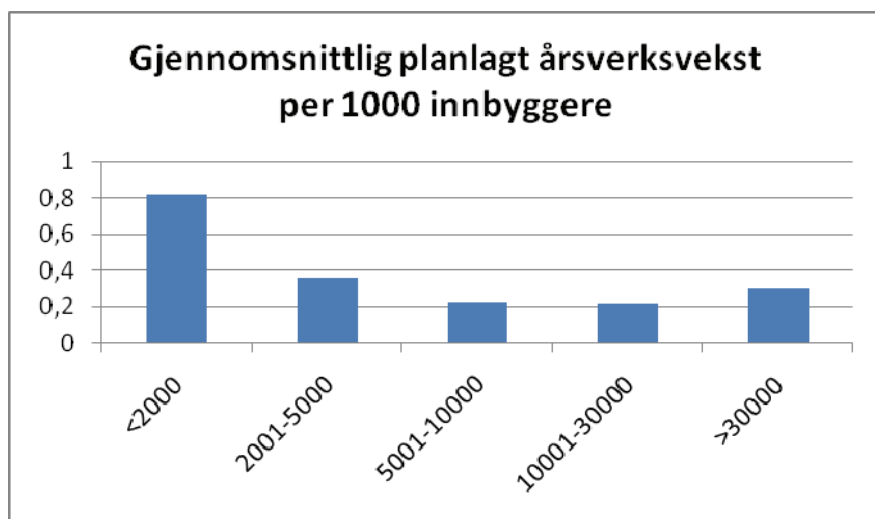
¹⁰ Tallene er punchet inn fra det som fylkesmennene har rapportert inn til Helsedirektoratet og deretter summert. Blanke felt ble erstattet med 0.

det er bestemte kommunetyper som i høyere grad har rapportert inn høy aktivitet. Er det for eksempel slik at det er de minst sentralt beliggende kommunene som er aktive innenfor kompetanseheving, eller er det ingen sammenheng mellom sentralitet og aktivitet? I neste avsnitt ser vi derfor nærmere på om det er bestemte trekk ved kommunene som kan bidra til å forklare variasjonen i aktivitet når det gjelder kompetanseheving og årsverk i pleie og omsorgssektoren.

5.2 Trekk ved kommunene og aktivitet i Kompetanseløftet 2015

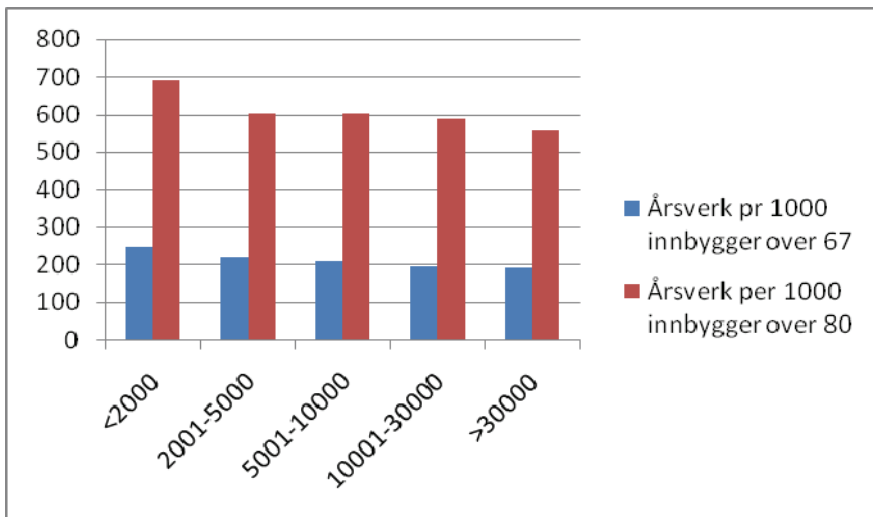
En viktig problemstilling forbundet med iverksettingen av en plan som Kompetanseløftet 2015 er hvorvidt det kan være ”skjevheter” i forhold til hvilke kommuner som er mest aktive i planen og/eller utnytter de mulighetene planen gir. Den store variasjonen i størrelse og sentralitet mellom norske kommuner gjør at det er spesielt disse variablene som relevante. Er det f. eks. slik at store og sentralt beliggende kommuner i større grad rapporterer inn høy aktivitet, eller er det mindre, avsidesliggende kommuner som er mest aktive?

Figur 5.2 *Gjennomsnittlig planlagt vekst i årsverk i pleie- og omsorgstjenestene etter kommunistørrelse. N=308*



Som vi ser av Figur 5.2 er det de små kommunene som har høyest gjennomsnittlig planlagt vekst i antall årsverk i pleie- og omsorgstjenestene pr 1000 innbygger. Som det fremkommer av Figur 5.3 har også de små kommunene noe høyere årsverk pr 1000 innbygger (67+ og 80+) enn større kommuner. Forskjellene er imidlertid ikke veldig store. Også når det gjelder årsverk per 1000 innbygger over 67 og over 80 år, ser vi at det er en svak tendens i retning av at de minste kommunene har noe flere årsverk enn de større kommunene. Det kan tenkes at denne forskjellen delvis skyldes strukturelle forhold som f. eks bosettingsmønster og at forskjellen derfor ikke nødvendigvis kan tolkes som en indikator for omfanget av tjenester og/eller som et resultat av bevisst prioritering. Ulike skalaulemper kan gjøre at små kommuner har flere årsverk per innbygger enn større kommuner.

Figur 5.3 *Årsverk per 1000 innbygger 67+ og 80+ etter kommunestørrelse.*



Så langt har vi bare sett på bivariate sammenhenger mellom årsverk og planlagt/ realisert kompetanseheving. Som allerede nevnt kan det være at f. eks sammenhengen mellom kommune-størrelse og disse variablene påvirkes av ulike skalaulemper som følger av å ha lite volum på tjenestene. For å se nærmere på betydningen ulike trekk ved kommunene har for antall årsverk per innbygger har vi gjennomført en multivariat analyse, der ulike

kjennetegn ved kommunene er inkludert som uavhengige variabler (Tabell 5.2). Her representerer effekten av en variabel effekten av denne etter at det er kontrollert for de øvrige variablene i modellen. Dette gir mer informasjon om sammenhengen mellom den enkelte variabelen og den avhengige etter at det er kontrollert for andre sammenhenger.

Variabelen som måler frie inntekter er hentet fra Kommune-
proposisjonen 2011 og viser frie inntekter korrigert for variasjoner i utgiftsbehov (2009-data). Inntekter fra eiendomsskatt er inkludert, og dataene er i prosent av landsgjennomsnittet. Andelen eldre er hentet fra "Indeks for pleie – og omsorgstjenesten 2007" som er tilgjengelig i NSD sin kommunedatabase. Variabelen er opprinnelig konstruert som en indeks der lav verdi innebærer at kommunen tilhører de med høyest verdi (høyt behov) på indeksen. I resultatene som gjengis her har vi skiftet fortegn. Sentralitetsindeksen har verdier fra 0 til tre, der de mest sentrale kommunene har verdien 3. I analysen benytter vi oss av dummy variabler med de mest sentralt beliggende kommunene som referansekategori. Data om årsverk er fra 2009, og er hentet fra statistikkbanken.no. Data om folketall er også hentet fra NSD sin kommunedatabase. I analysene benyttes det dummyer, der referanse kategorien er kommuner med over 10000 innbyggere. Effektene av dummyene tolkes i forhold til referanse kategorien.

Tabell 5.2 *Hva bestemmer antall årsverk i pleie og omsorg pr. innbygger? Semilogaritmisk modell¹. Avhengig variabel årsverk i pleie og omsorg pr innbygger (log).*

Andel 80+	0,04***
Sentralitet_dummy1	0,16***
Sentralitet_dummy2	0,13***
Sentralitet_dummy3	0,10***
Frie inntekter ¹²	0,03***
Folketall_dummy1	0,20***
Folketall_dummy2	0,09***
Folketall_dummy3	0,06**
F- statistikk	84,24***
R ²	0,62

*** signifikant på 0,01 nivået.

Resultatene av disse analysene indikerer at kommuner med høyt behov (andel eldre), lav sentralitet, god økonomi og lavt folketall har flere årsverk per innbygger. Effekten av andel eldre indikerer at høyere behov for helsetjenester resulterer i flere årsverk per innbygger. Vi ser også at sentralitet og folketall har selvstendige effekter etter kontrollen for frie inntekter og andel eldre. Denne effekten er ikke nødvendigvis et resultat av kommunal prioritering/satsing, kanskje handler dette om skalaulemper som gjør at små kommuner trenger flere årsverk per innbygger enn større kommuner. Noen entydig tolkning av denne effekten er det derfor vanskelig å gi. Samtidig ser vi at kommunenes økonomi også ser ut til å ha en effekt på årsverk i pleie og omsorgstjenestene. Her er det verdt å understreke at effekten av frie inntekter også er signifikant etter at det er kontrollert for folkemengde. Små kommuner har gjerne større andel frie

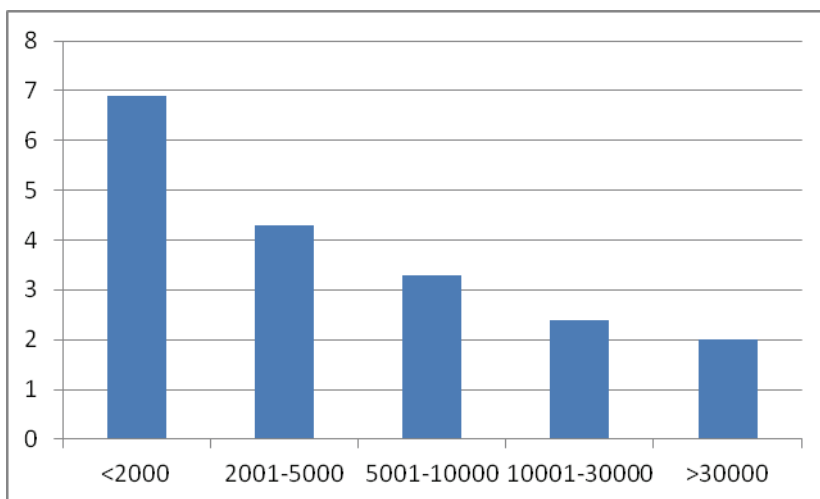
¹¹ En analyse av residualvariasjonen etter en ordinær OLS regresjon antydte at forutsetningene for å benytte vanlig regresjon ikke var tilstede. En logaritmisk omkodning av den avhengige variabelen ser ut til å løse dette problemet. Denne endringen gjør imidlertid at tolkningen av koeffisientene er mindre intuitiv enn i en vanlig regresjon. Som en tommelfingerregel kan man si at man for små koeffisienter kan tolke koeffisienten som prosentvis endring i den avhengige variabelen direkte (Eikemo og Clausen 2007). For større koeffisienter er dette mer problematisk. I vårt tilfelle er vi mest opptatt av om effektene er signifikante eller ikke, og dette kan tolkes på vanlig måte.

¹² Variabelen som benyttes her er den opprinnelige som er hentet fra kommuneproposisjonen/10.

inntekter. Her ser vi imidlertid at frie inntekter slår ut også etter at det er kontrollert for folkemengde.

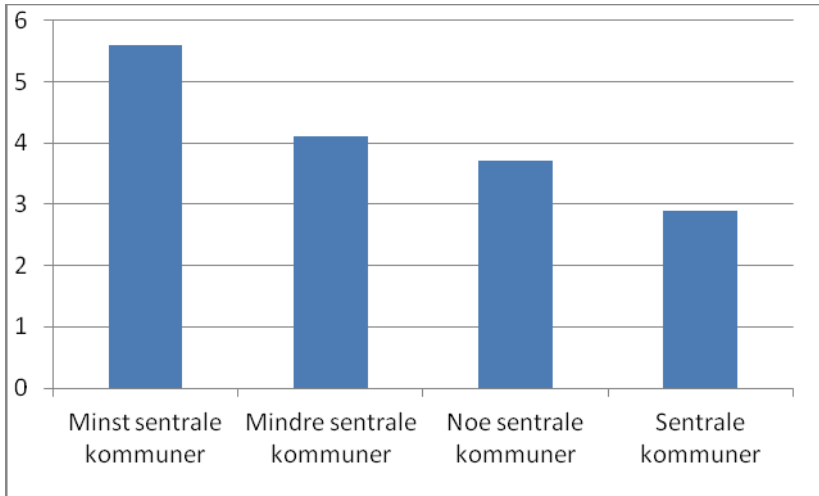
Planlagt vekst i årsverk er en del av rapporteringen som går via fylkesmennene til Helsedirektoratet, og som benyttes som fordelingsnøkkel når midler skal tildeles til fylkesmennene. Den andre delen er basert på kompetansehevende tiltak i kommunene. Altså antall personer som tar del i slike tiltak. Summen av personer som har fullført slike tiltak i 2009 eller er under utdanning i 2010 benyttes i Figur 5.4. Her ser vi den samme tendensen, de små kommunene har rapportert den høyeste aktiviteten.

Figur 5.4 *Personell som har fullført kompetansehevende tiltak i 2009 eller er under utdanning i 2010 per 1000 innbygger etter kommune-størrelse.*



Figur 5.5 viser sammenhengen mellom sentralitet og rapportert kompetansehevende aktivitet. Aktiviteten er jevnt fallende med økende sentralitet. Dette støtter inntrykket fra de øvrige figurene og antyder at det er mindre og lite sentrale kommuner som ser ut til å ha den høyeste rapporterte aktiviteten.

Figur 5.5 *Personell som har fullført kompetansehevende tiltak i 2009 eller er under utdanning i 2010 per 1000 innbygger etter sentralitet.*



Dette kan være et resultat av at mindre sentrale kommuner i større grad merker rekrutteringsutfordringer og derfor satser mer på kompetanseheving og/eller rekruttering. Dersom vi antar at tilgjengeligheten av kvalifisert personell er høyere i sentrale områder, vil det være rimelig å anta at mindre sentrale kommuner satser mer på kompetanseheving for å kompensere for rekrutteringsutfordringer. Samtidig er andelen ufaglærte etter sigende høy i Oslo og Bergen. Det er derfor ikke åpenbart at tilgangen på kvalifisert personell er høyere i sentrale strøk. En nærmere analyse av sammenhengen mellom trekk ved kommunene og omfanget av den rapporterte kompetansehevende aktiviteten viser imidlertid at disse sammenhengene i stor grad skyldes variasjon i behov (Tabell 5.3). Når vi kontrollerer for andelen av befolkningen som er over 80 og flere andre relevante variabler, svekkes sammenhengen mellom sentralitet, kommunestørrelse og aktivitet. Det er først og fremst de minste kommunene, og med minst sentral beliggenhet som skiller seg ut med høyere aktivitet.

Tabell 5.3 *Hva bestemmer omfanget av den kompetansehevende aktiviteten? Semi-logaritmisk modell. Avhengig variabel rapportert kompetansehevende aktivitet pr innbygger (log)*

Sentralitet_dummy1	0,14 **
Sentralitet_dummy2	0,04
Sentralitet_dummy3	0,06
Andel innbyggere 80+	0,05 ***
Årsverk i PLO per innbygger 80+	0,04 **
Andel av årsverk i PLO av personell med høyere utdanning	-0,90 **
Frie inntekter	0,00
Folketall_dummy1	0,32 ***
Folketall_dummy2	0,11
Folketall_dummy3	0,06
R ²	0,24
F- statistikk	12,19 ***

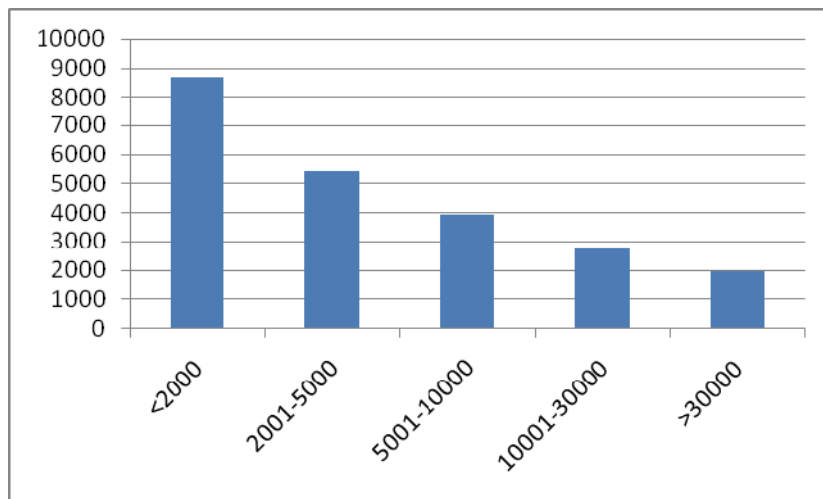
Andelen eldre i kommunen, antall årsverk per innbygger over 80, samt andelen årsverk utført av personell med høyere utdanning er imidlertid signifikante. Effekten av andelen eldre indikerer at høyere behov etter helsetjenester i kommunen også påvirker den kompetansehevende aktiviteten. Kommuner med høyere behov rapporterer mer kompetansehevende aktivitet blant sitt personell i pleie- og omsorg. Det viser seg også at dess flere årsverk per innbygger over 80 år kommunen har i pleie- og omsorg, dess høyere er aktiviteten. I tillegg er det også slik at dess høyere andel av årsverkene i pleie og omsorg som er utført av personell med høyere utdanning, dess mindre aktive er kommune. Det er altså kommuner som opplever høy etterspørsel etter helsetjenester, som har god kapasitet (målt som andel årsverk per innbygger over 80) som i høyest grad rapporterer om mange ansatte som er med i kompetansehevende tiltak. De kommunene som allerede har mange årsverk av personell med høy utdanning rapporterer om lavere aktivitet. Når det gjelder sentralitet viser resultatene at det først og fremst er de minst sentrale kommune (dummy1) som har signifikant høyere aktivitet enn de mest sentrale kommunene (referanse kategorien).

I underveisnotat nr. 2 fra NIBR (Stigen og Tjerbo 2011), diskuterte vi en mulig sammenheng mellom kommunenes økonomiske

situasjon og den rapporterte kompetansehevende aktiviteten i kommunene. Basert på de analysene som er gjennomført er denne effekten usikker. Vi kan altså ikke forkaste en hypotese om at det ikke er noen sammenheng mellom kommunenes økonomiske situasjon og den rapporterte aktiviteten.

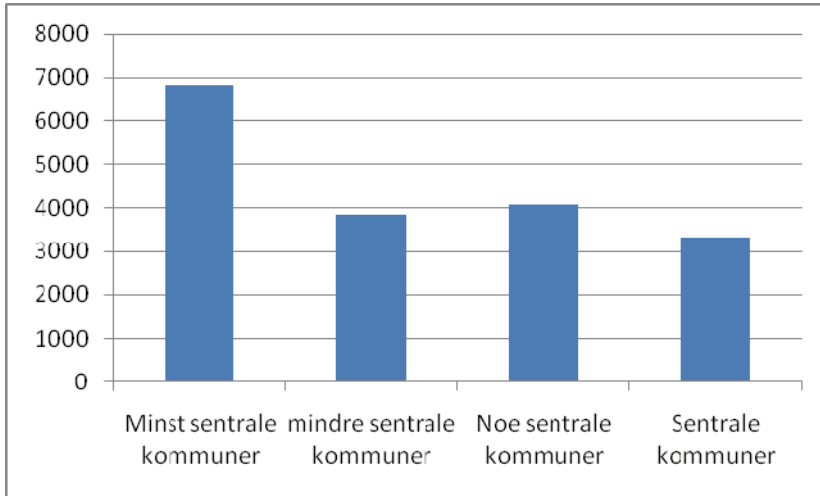
Figur 5.6 viser tildelte midler per innbygger og er basert på data som er innsamlet fra fylkesmannsembetene. Her ser vi tydelig at når summen av tildelte midler for 2009 og 2010 pr innbygger ordnes etter kommunistørrelse, er det de minste kommunene som har fått mest. En mulig tolkning av dette er at det er de minste kommunene som har størst behov for kompetanseheving og rekruttering, og at tildelingen matcher dette behovet. Vi har tidligere sett at det var en viss sammenheng mellom kommunistørrelse og behov for rekruttering og kompetanseheving. Vi finner en lignende sammenheng også mellom sentralitet og tildelte midler (Figur 5.7), her er det imidlertid først og fremst de minste kommunene som skiller seg ut. En mulig tolkning av dette er at mindre sentrale kommuner også har større utfordringer knyttet til rekruttering av personell med ønsket kompetanse. Dette mønsteret passer godt overens med det vi så fra surveydataene. Små kommuner og mindre sentrale kommuner rapporterer større utfordringer knyttet til rekruttering, og det er derfor ikke overraskende dersom både aktiviteten og tildelte midler i Kompetanseløftet gjenspeiler dette.

Figur 5.6 *Tildelte midler per capita etter kommunistørrelse. Gjennomsnitt. N=252*



Figur 5.7 viser sammenhengen mellom sentralitet og tildelte midler per innbygger. Her ser vi en tendens til at de minst sentrale kommunene har et høyere gjennomsnitt enn de øvrige kommunene. En mulig svakhet med tildelingsdataene som blir benyttet her er at det ikke i alle tilfeller var mulig for fylkesmannsembetene å bryte tildelingene ned til kommunenivået. En del midler går ikke direkte til kommunene, men via andre samarbeidskonstellasjoner med mer. Dette kan ha en innvirkning på resultatene. Det kan f. eks. tenkes at mindre kommuner i større grad enn større kommuner har kommet til midler indirekte, dvs. at de ikke står oppført som søkere selv, men likevel har nyttiggjort seg av midler indirekte. Det er altså mulig at det er systematiske skjevheter i datamaterialet som kan påvirke resultatene når disse dataene benyttes. Dersom hypotesen om at det først og fremst er de små kommunene som vil være underrepresentert i tildelingsdataene er korrekt, vil imidlertid dette gjøre at f. eks det mønsteret som beskrives i Figur 5.6 er enda mer markant enn hva figuren viser. I tillegg kan det at vi deler på antall på innbyggere kanskje også gi et noe kunstig bilde for de minste kommunene. Større kommuner vil antagelig ha færre ansatte per innbygger uten at dette nødvendigvis gjenspeiler lavere kapasitet i sektoren, omvendt vil små kommuner ha flere ansatte per innbygger. Dermed vil det være flere ansatte per innbygger i de små kommunene, og antall ansatte/årsverk har betydning for tildeling av midler.

Figur 5.7 Sentralitet og tildeling per 1000 innbygger. Gjennomsnitt.
N=252



Samlet sett gir disse analysene inntrykk av at aktiviteten har vært størst i kommuner med størst behov for helsetjenester og for personell med høyere utdanning. I tillegg ser det ut til at de minste kommunene og de minst sentralt beliggende kommunene har vært mest aktive. Hvilke konklusjoner man kan trekke basert på disse analysene hva angår Kompetanseløftet 2015 og treffsikkerhet er imidlertid ikke åpenbart. For det første har vi ikke sett på utviklingen over flere år, dette vil kunne gi et mer nyansert bilde. I tillegg er det verdt å understreke at rapporterte plantall fra kommunene ikke alltid behøver å gi et korrekt bilde. Planlagte endringer kan bli utsatt eller stoppet, og det faktiske bildet behøver ikke alltid å stemme overens med det planlagte. I tillegg er det verdt å understreke at de kommunene som rapporterer om høy aktivitet innenfor de områdene som er en del av rapporteringen via fylkesmannen til sentrale myndigheter, ikke behøver å ha gjort dette *på grunn av* Kompetanseløftet. Lokale prioriteringer og målsettinger kan ha medvirket til dette forut for, og uavhengig av, denne planen. Som tidligere nevnt er det heller ikke mulig å si noe entydig om hvordan mønsteret ville sett ut uten Kompetanseløftet.

Samtidig er det utvilsomt viktig at disse kommunene har muligheten til å få støtte fra sentrale myndigheter til å dekke deler av denne kostnaden. De midlene som er tilgjengelige gjennom Kompetanseløftet vil imidlertid bare unntaksvise kunne dekke mer

enn en liten del av de kostnadene som er forbundet med kompetansehevende aktivitet. For å få et bedre inntrykk av hvilken effekt støtte gjennom Kompetanseløftet har hatt må vi se nærmere på hvordan dette er opplevd av aktørene selv.

5.3 Kort om aktørenes opplevelse av tilskuddene og tilskuddsordningen

I 2009 sendte NIBR en forespørsel til samtlige av landets fylkesmannsembeter der vi ba de svare på ulike spørsmål om Kompetanseløftet 2015. Her spurte vi også om prosessen rundt tildeling av midler og hvilke kriterier som ble lagt til grunn. En klar majoritet av respondentene fra fylkesmannsembetene ga uttrykk for at de midlene som ble overført til kommunene ikke var i nærheten av å matche det behovet som faktisk var tilstede i kommunene.

Kommunene mener vårt tilskudd er en dråpe i havet som i all hovedsak bidrar til at den ansatte får dekket sine utgifter til studieavgift og bøker. Reisekostnader og vikarutgifter faller på kommunens eget budsjett.

Et interessant poeng som ble tatt opp av en ansatt fra et fylke med store reiseavstander var at elever og kommuner i disse fylkene fikk vesentlig høyere kostnader knyttet til reiser i forbindelse med utdanning. Som svar på spørsmålet om kommunene fikk tildelt nok ressurser i forbindelse med Kompetanseløftet 2015 svarte denne respondenten:

Svaret er nei. Det fremgår av alle våre rapporter til Helsedirektoratet. Deler av de midler FM har til rådighet går også med til å finansiere utdanningstilbud, så som desentraliserte høyskoletilbud, fagskoletilbud ved våre Opuser ved videregående skoler og utdanningstilbud til instruktører i helsefag. Studentene, og elevene har store utgifter til reise og opphold som det ikke tas hensyn til ved fordelingen mellom fylkene.

Det største problemet for kommunene er dekning av vikarutgifter når ansatte skal gjennomføre kompetansehevende kurs og/eller

utdanning. Dette blir fremhevet både fra kommunene og fra fylkesmannsembetene. En representant fra FM sa at:

...De største utgiftene kommunene har er vikarutgifter og når denne utgiften ikke kan dekkes, resulterer det i at kommunene ikke får dekket sitt behov for kompetanseheving i en tid med stram kommuneøkonomi. Kommunene har også ulike regler mht. permisjon m/u lønn og hvor mye av utgifter som dekkes. Ordningen som er iverksatt for tverrfaglig videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid, er en helt annen og gunstigere finansieringsordning.

Tverrfaglig videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid ga i 2007 kommunene (Helsedirektoratet 2007) muligheten til å få dekket 75 pst av utgiftene til lønn, og arbeidsgiveravgift med mer fra staten. Denne ordningen la/legger derfor betydelig mindre kostnader på kommunene ved kompetanseheving. Dette medfører naturlig nok høyere kostnader for staten, men samtidig oppmuntrer den i stor grad til en satsing på videreutdanningen. Midlene som kan tildeles gjennom Kompetanseløftet 2015 bidrar til sammenligning bare til å dekke små deler av de kostnadene som er forbundet med kompetanseheving. Kompetanseløftet 2015 er derfor en plan som i høy grad forutsetter et velfungerende samspill mellom kommunene og staten.

5.4 Oppsummerende om aktiviteten i kommunene

Sett i forhold til størrelsen på sektoren og den antatte økningen i behovet både når det gjelder kompetanse og personell, er det lite midler i Kompetanseløftet 2015. Midlene som er tilgjengelige gjennom planen er i de fleste tilfeller ikke alene av en slik størrelse at de dekker kostnadene f. eks ved etter og/eller videreutdanning av personell på kommunalt nivå. Måloppnåelse i denne forbindelse forutsetter derfor at kommunene også bidrar finansielt, hvilket igjen selvsagt forutsetter at kommunene ser nytten av dette og har anledning til å støtte medarbeidere aktivt. Spesielt viktig er i denne forbindelse dekning av vikarutgifter.

I denne sammenheng er det imidlertid også verdt å understreke at økt bruk av kompetanse- og/eller rekrutteringsplaner på kommunalt nivå, er en viktig målsetting i seg selv. Dersom Kompetanseløftet 2015 har bidratt til at flere kommuner har laget planer, og benytter seg av disse i den interne styringen og prioriteringen, har man oppnådd en lokal forankring av en problemstilling av nasjonal art. Dette er viktig, også tatt i betraktning at nasjonale problemstillinger av denne karakter delvis *må* løses lokalt. En forankring i planer gjør dermed at man oppnår en lokal tilpasning av løsninger og målsettinger knyttet til denne problemstillingen.

Forutsetningen om kommunal medvirkning gjør at det er naturlig å stille spørsmål om det er slik at de kommunene som er mest aktive og som får mest midler, også er de kommunene som selv har de beste forutsetningene for å satse på f. eks kompetanseheving. Er det de rike kommunene som nyttiggjør seg best av Kompetanseløftet? Våre analyser gir ingen klare indikasjoner på at det er tilfellet. Det kan derimot se ut som at mindre kommuner og mindre sentrale kommuner har vært mer aktive. Variablene som måler behovet for helsetjenester (andel eldre) er også klart signifikante. Dette indikerer at en viktig forklaringsfaktor for kommunenes aktivitet i planen er hvilket behov de har. Både behov for helsetjenester og behov for personell med høy kompetanse.

6 Antall sysselsatte og årsverk

6.1 Hovedtrekk

Gjennom tre underveisrapporter fra NIFU i evalueringsprosjektet (Høst m.fl. 2009 og 2010, Aamodt m.fl. 2011) ble det påpekt at det har skjedd en betydelig vekst i antall sysselsatte og årsverk innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Data for alle sysselsatte og antall årsverk viste en jevn stigning fra 2005 til 2008, men med en viss utflating fra 2009.

Tabell 6.1 *Sysselsatte og antalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorgstjeneste 4. kvartal 2005 til 2009*

	Antall sysselsatte	Antall årsverk	Årsverk med fagutdanning
2005	150 153	102 190	68 624
2006	154 184	107 880	74 531
2007	159 539	112 420	77 876
2008	162 105	115 549	80 693
2009	163 880	117 689	82 520
2010	167 404	120 433	84 844

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 6.1 viser at i perioden 2005-2010 har antall sysselsatte økt fra 150 150 til 167 400, og antall årsverk fra vel 102 200 til 120 400. I forhold til veksten fra 2005 til 2008 ser vi at veksten i de to siste årene er betydelig lavere. Antall årsverk økte med 5,6 prosent fra 2005 til 2006, 4,2 prosent fra 2006 til 2007, 2,8 prosent fra 2007 til 2008, 1,9 prosent fra 2008 til 2009 og 2,3 prosent fra 2009 til

2010. Ser vi hele perioden fra 2005 under ett, er det en viss tendens til utflating, selv om veksten økte litt igjen det siste året.

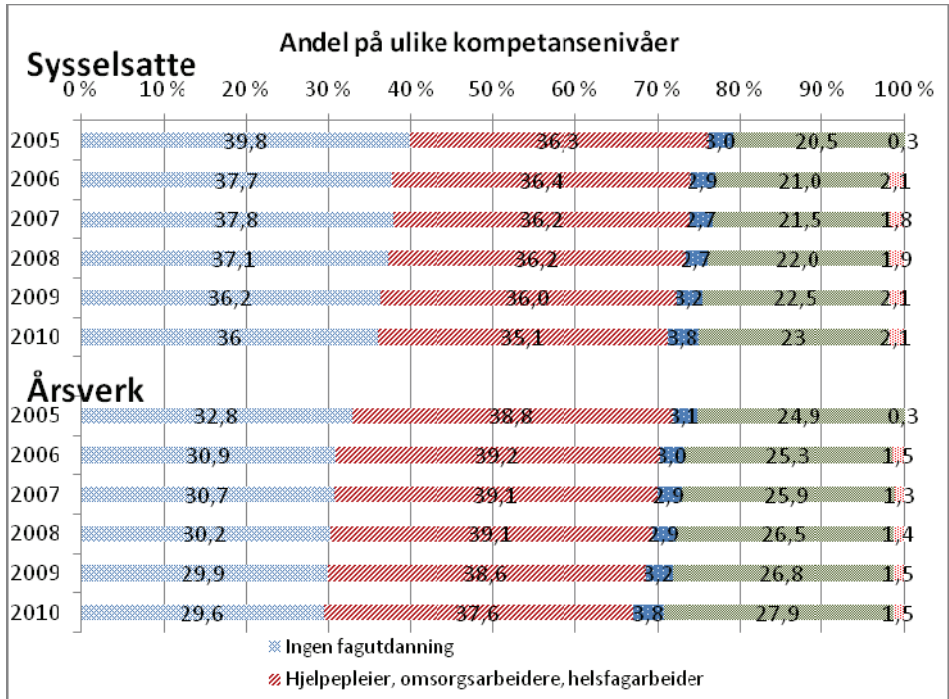
I hele perioden 2005 til 2010 har veksten i avtalte årsverk vært sterkere enn veksten i sysselsettingen. Mens sysselsettingen økte med 17 251 personer eller 11,5 prosent, økte tallet på avtalte årsverk med 18 243 eller 17,9 prosent. Den sterkere veksten i avtalte årsverk har sammenheng med at den gjennomsnittlige stillingsprosenten har økt i perioden fra 68,1 i 2005 til 71,9 prosent i 2010. Dette er en positiv utvikling sett i forhold til målsettingen om å redusere omfanget av deltidsarbeid. Det er her grunn til å understreke at det her dreier seg om avtalte årsverk, vi vet ikke om de avtalte årsverkene gjenspeiler en tilsvarende utvikling i faktisk utførte årsverk. Dersom utviklingen i avtalte årsverk kun innebærer en formalisering av årsverk som likevel ville blitt utført, betyr det at utviklingen i avtalte årsverk overvurderer utviklingen i faktisk utførte årsverk.

En viktig målsetting i St.meld. 25 (2005 – 2006) var at man i løpet av perioden 2005 til 2009 skulle rekruttere 10 000 flere årsverk i forhold til nivået i 2004. Formuleringene i Stortingsmeldingen er litt ulike, på side 71 står det 10 000 i hovedsak med fagutdannet personell, mens det på side står 10 000 med relevant fagutdanning.

I evalueringsprosjektet har vi lagt til grunn data for perioden 2005 til 2010. Det er noe vanskelig å finne de helt sammenliknbare tallene for 2004, men fra 2005 til 2010 ser vi at av de totalt 18 243 årsverkene, er det 16 220 som har fagutdanning. Veksten fra 2004 til 2009 er neppe så langt unna dette nivået. Uansett målformulering i Stortingsmeldingen, er målet om vekst i antall årsverk oppnådd med svært god margin.

Figur 6.1 viser hvordan utviklingen fra 2005 til 2010 i sysselsetting og årsverk varierer med kompetansenivå.

Figur 6.1 *Sysselsatte og utførte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå. 2005-2010*



I perioden fra 2005 til 2010 har det skjedd en relativt betydelig endring i kompetanseprofilen i retning av høyere kompetanse, og det er spesielt andelen med høyere utdanning som har økt.

Den svakeste utviklingen i sysselsetting og avtalte årsverk i perioden 2005-2010 finner vi blant dem uten fagutdanning. Antall sysselsatte ble redusert med 0,6 prosent fra 2005 til 2009, men økte noe igjen i 2010, slik at antallet sysselsatte totalt økte med 0,9 prosent i hele perioden. Antall avtalte årsverk økte med 6,0 prosent, men de ufaglærtes andel av alle årsverkene ble redusert fra 32,8 prosent i 2005 til 29,6 prosent i 2010. Denne utviklingen er i tråd med ønskene om et sterkere innslag av fagutdannet personale.

Den sterkeste veksten i perioden 2005-2010 finner vi blant høyere utdannede innenfor helse- og sosialfag som hadde en økning i sysselsettingen på 24,9 prosent og en økning i avtalte årsverk på 30,3 prosent. Etter en relativt svak vekst fra 2008 til 2009, økte

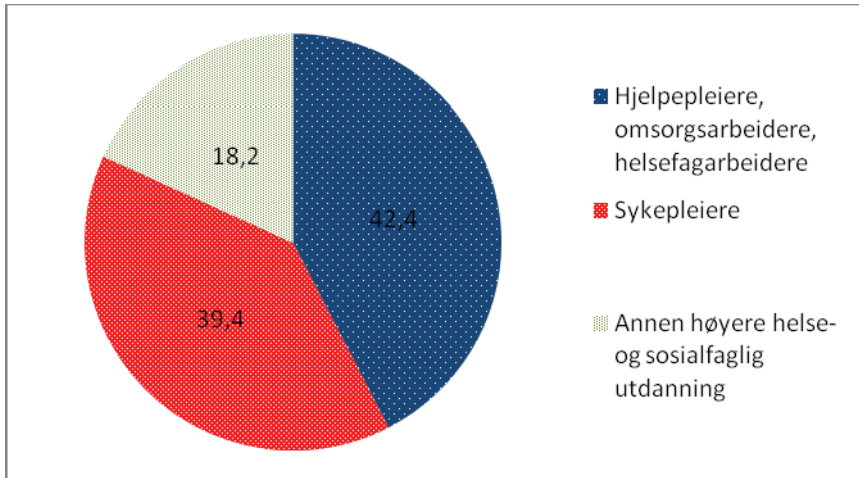
antallet sysselsatte og årsverk med høyere helse- og sosialfaglig utdanning relativt mye igjen fra 2009 til 2010.

Hjelpepleierne/omsorgsarbeidere og fra 2009 helsefagarbeiderne, som utgjør den tallmessig største fagutdannede gruppen i sektoren, hadde i perioden 2005-2010 en økning i sysselsettingen på 7,7 prosent og i avtalte årsverk på 14,3 prosent. Dette er en noe svakere vekst enn når vi ser alle sysselsatte og antall årsverk under ett. Det var en jevn vekst fra 2005 til 2009, men i 2010 var det liten nedgang både i antall sysselsatte og i antall årsverk.

Totalt sett for hele perioden 2005 til 2009 øker antall årsverk med fagutdanning i helse- og sosialfag med i alt 11 692 årsverk. Dersom økningen i avtalte årsverk gjenspeiler en økning i faktisk utførte årsverk og ikke bare er en formalisering av årsverk som likevel ville blitt utført, er målsettingen om å øke antall årsverk for fagutdannet personell med 10 000 i perioden 2005 til 2009 oppfylt. Økningen fortsatte også i 2010, slik at det samlede antall årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning økte med 13 357 årsverk fra 2005 til 2010.

I Stortingsmelding nr. 25 2005 – 2006 antydes det at det er ønskelig at veksten på 10 000 fagårsverk fordeler seg med ca. 1/3 av veksten på hver av gruppene hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, sykepleiere og annet høyere utdannet arbeidskraft. Figur 2.2 viser hvordan årsverksveksten blant fagutdannet helse- og sosialpersonell på 13 357 i perioden 2005 til 2010 fordeler seg på ulike utdanningsgrupper.

Figur 6.2 *Årsverksvekst blant fagutdannet helse- og sosialpersonell i perioden 2005-2010 etter utdanningsbakgrunn*



Fra 2005 til 2009 var fordelingen av veksten nokså langt fra målet om en tredels økning i hver kategori. Da økte antallet hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere med 47,5 prosent, antall sykepleiere med 36,2 prosent, og andre med høyere helse- og sosialfaglig utdanning med 16,2 prosent.

Figur 6.2 viser at endringene i kompetanseprofil fra 2009 til 2010 bidro til at man kom litt nærmere målsetting om at veksten fordelte seg med ca. en tredel på hver av gruppene, men fortsatt er ganske langt fra dette målet. I hele perioden fra 2005 til 2010 står hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere for den største delen av veksten med 42,4 prosent. Sykepleierne sto nå for 39,4 prosent av veksten. Men fortsatt står «annen høyere helse- og sosialutdannet personell» for en mindre del enn ønsket, selv om denne andelen økte noe.

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

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

Det er også verdt å merke seg at veksten i antall med helse- og sosialfaglig utdanning på videregående nivå ser ut til å flate ut, faktisk er det en liten nedgang fra 2009 til 2010. Dette kan være en effekt av at hjelpepleierutdanningen er lagt ned, og at tilgangen på helsefagarbeidere er lav, dels pga. at faget er så vidt nytt at få har tatt fagbrev, og dels pga. av svak rekruttering (se kapittel 7).

6.2 Utvikling etter type virksomhet og sektor

Det er også mulig å belyse utviklingen i antall sysselsatte og årsverk etter type virksomhet innenfor brukerrettet pleie og omsorg. Datasettet gir oss muligheter for å dele inne etter funksjonsområde slik dette er definert i KOSTRA, og etter privat eller offentlig sektor.

Tabell 6.2 *Sysselsatte og avtalte årsverk 2007 til 2009, etter kostra-funksjon.*

	Aktivitetssentra		Institusjon		Hjemmetjeneste	
	Antall sysselsatte	Antall årsverk	Antall sysselsatte	Antall årsverk	Antall sysselsatte	Antall årsverk
2007	4 625	3 625	78 683	53 980	76 231	54 815
2008	4 743	3 745	80 436	55 808	76 926	55 996
2009	4 726	3 749	79 131	55 515	80 023	58 426
2010	4 975	4 005	79 607	55 823	82 822	60 605

Tabell 6.2 viser at det totale antall ansatte fordeler seg omtrent likt på institusjon og hjemmetjeneste, og med under 5 000 ansatte i

aktivitetssentra. Ved institusjonene har antall årsverk vært helt stabilt etter en viss økning fra 2007 til 2008, mens det har vært en jevn vekst i hjemmetjenestene. Antall årsverk i aktivitetssentra har holdt seg relativt stabilt på mellom 3 500 og 4 000, men med en viss økning i 2010.

Tabell 6.3 *Sysselsatte og avtalte årsverk 2007 til 2009, etter sektor.*

	Offentlig		Privat	
	Antall sysselsatte	Antall årsverk	Antall sysselsatte	Antall årsverk
2007	150 723	106 474	8 816	5 946
2008	153 045	109 402	9 060	6 148
2009	152 765	110 366	11 115	7 323
2010	156 198	112 721	11 206	7 712

Det store flertallet av de sysselsatte er ansatt i offentlig virksomhet, men veksten er klart sterkest i privat sektor (Tabell 6.3). Mens antall sysselsatte og antall årsverk i offentlig sektor øker med henholdsvis 3,6 og 5,9 prosent fra 2007 til 2010, er den tilsvarende veksten i privat virksomhet henholdsvis hele 27,1 og 29,7 prosent. Fra 2009 til 2010 var veksten i privat sektor imidlertid svak. Stillingsprosenten høyere i offentlig enn i privat sektor, 72 mot 68 prosent i 2009.

6.3 De fleste nytilsatte er ufaglærte

Som “nyansatt” i dette materialet har vi definert sysselsatte som var registrert i 2010 men ikke i 2009. Det ble i 2010 ansatt nesten 22 000 uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning hovedstilling i pleie- og omsorgssektoren (tabell 7.9). To av tre nyansatte i hovedstilling i sektoren var dermed ufaglærte. Til sammen er det ansatt rundt 60 000 ufaglærte, eller uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning. Av disse var over en tredjedel nyansatte.

Tabell 6.4 *Flyt mellom utdanningsgrupper for sysselsatte i hovedstilling i 2010. Antall.*

	Ingen fag- utdanning	Videre- gående utdanning	Høyskole- utdanning	Universi- tets- utdanning	Totalt
Ingen fagutdanning	38 451	1 942	1 128	59	41 580
Videregående utdanning	26	57 668	293	2	57 989
Høyskoleutdanning	37	38	33 797	5	33 877
Universitetsutdanning	3	4	4	253	264
Ikke hovedstilling i 2009	21 786	5 398	6 287	223	33 694
Totalt	60 303	65 050	41 509	542	167 404

De ufaglærte er en sammensatt gruppe. En betydelig andel er studenter som jobber ved siden av. Samtidig rekrutteres de fleste faglærte, dvs. hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere, blant de som starter i en ufaglært stilling. Av de som i 2010 ble registrert som nye med videregående helse- og sosialutdanning i sektoren var 2 000 ansatt som ufaglærte året før (Tabell 6.4). De fleste av disse vil være voksne, men tallet inkluderer også ungdom som året før var i læretid i omsorgsfaget eller kombinerte skoleutdanning i hjelpepleierfaget med deltidsarbeid i sektoren. Av de 65 000 med helse- og sosialutdanning på videregående nivå var 5 400 ny i sektoren. Få av disse vil være nyutdannet. I hovedsak omfatter dette hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som kommer fra andre deler av helse- og sosialsektoren, fra andre sektorer eller yrkesinaktivitet. Tilsvarende var 6 300 av de 41 500 med høyere utdanning nye i sektoren i 2010. Det betyr at det er gruppen av faglærte, dvs. hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/ helsefagarbeidere, som er den mest stabile i pleie- og omsorgssektoren.

Ser vi på ansatte i sektoren som fikk sitt utdanningsnivå endret fra 2009 til 2010 (Tabell 6.4), var den største gruppen, 1942, de ufaglærte som har blitt. Den nest største gruppen er ufaglærte som har blitt høyskoleutdannede, 1 128. I denne gruppen finner vi trolig mange som var studenter med deltidsjobb i 2009, og som er ferdigutdannet og har startet i jobb i 2010. En ikke uviktig gruppe er de 293 som var hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere i 2009 og som har blitt høyskoleutdannet til 2010.

Totalt var det 3 541 som fikk sitt utdanningsnivå endret fra 2009 til 2010. Aldersfordelingen i denne gruppen viser et interessant mønster (Tabell 6.5). Det er ikke bare blant de yngste ansatte at det skjer en betydelig oppgradering av utdanningsnivået.

Tabell 6.5 *Sysselsatte i hovedstilling i 2010 som også var i hovedstilling i 2009, som fikk endret utdanningsnivå, etter aldersgruppe og nytt utdanningsnivå. Antall.*

	Ingen fag- utdanning	Videre- gående utdanning	Høyskole- utdanning	Universitets- utdanning	Totalt
10 – 19	0	329	0	0	329
20 – 29	40	483	1 010	56	1 589
30 – 39	16	380	253	6	655
40 – 49	6	487	123	2	618
50 – 59	2	274	37	2	315
60 – 69	0	31	2	0	33
70 – 79	2	0	0	0	2
Totalt	66	1 984	1 425	66	3 541

Den klart største gruppen som har fått en høyere utdanning i perioden er i alderen 20 – 29 år, mens de som har blitt faglærte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere spres seg over flere aldersgrupper. Gruppene 20 – 29 og 40 – 49 år er like store, og også gruppen som er 50 år og eldre er ikke ubetydelig og utgjør 15 prosent.

Aldergruppen 20 -29 år utgjør vel en av tre av de nyrekrutterte, men det er nesten like mange i alderen 30 – 49 år. Nesten en av fem nyrekrutterte er 50 år eller eldre.

Tabell 6.6 *Sysselsatte i hovedstilling i 2010 som ikke var i hovedstilling i 2009, etter utdanningsnivå og etter aldersgruppe. Antall.*

	Ingen fag- utdanning	Videre- gående utdanning	Høyskole- utdanning	Universitets- utdanning	Totalt
10 – 19	3 686	170	0	0	3 856
20 – 29	8 467	1 561	2 237	124	12 389
30 – 39	3 016	1 139	1 770	51	5 976
40 – 49	2 723	1 093	1 257	18	5 091
50 – 59	1 960	933	722	15	3 630
60 – 69	1 455	402	245	10	2 112
70 – 79	473	100	56	5	634
80 – 89	6	0	0	0	6
Totalt	21 786	5 398	6 287	223	33 694

Slik vi har definert nyrekrutterte her, kommer disse fra andre sektorer, direkte fra utdanning eller de har vært utenfor arbeidslivet i kortere eller lengre tid. Antallet som har forlatt sektoren er bare litt lavere enn antall nyrekrutterte. Det er dermed en betydelig mobilitet in og ut av yrkene i pleie- og omsorgssektoren.

Mønsteret blant de nyrekrutterte i 2010 er temmelig likt det vi fant for 2009 (Aamodt m.fl. 2011)

6.4 Oppsummering

Fra 2005 til 2010 økte antall årsverk i brukerrettet pleie og omsorg med over 18 000. Både et økt antall sysselsatte og økt gjennomsnittlig stillingsprosent har bidratt til denne veksten. Veksten har i hovedsak kommet innenfor hjemmebaserte tjenester, mens det har vært moderat vekst ved institusjonene. De aller fleste er sysselsatt i offentlig virksomhet, men veksten har vært relativt sterkere i privat virksomhet i perioden.

Kompetansen blant de sysselsatte har økt, og spesielt har andelen med høyere utdanning økt. Målsettingen om 10 000 flere årsverk med fagutdanning fra 2005 til 2009 i forhold til nivået i 2004 ble oppfylt med god margin. I hele den observerte perioden fra 2005 til 2010 økte antall fagutdannede årsverk med over 16 000. Men målet om at veksten i de fagutdannede årsverkene skulle fordele

seg likt med en tredel hver på sykepleiere, andre med høyere utdanning og utdanning på videregående nivå, ble ikke nådd, spesielt fordi gruppen med annen høyere helsefaglig utdanning økte mindre enn forutsatt.

Det var et mål i Kompetanseløftet 2015 at andelen årsverk med høyere utdanning skulle øke fra 24,0 prosent til 34,0 prosent fra 2004 til 2015. Andelen hadde økt til 29,4 prosent i 2010, og utviklingen peker i retning av at dette målet er innen rekkevidde.

Det er en betydelig mobilitet i sektoren, og hver femte av de ansatte i 2010 var ikke i hovedstilling året før. I tillegg til nyansatte med fagutdanning, er det en betydelig andel som får et økt utdanningsnivå fra 2009 til 2010, og disse befinner seg i et bredt alderssegment. Også de nyrekrutterte er spredt over mange aldersgrupper.

7 Fagskoler, desentraliserte høgskolestudier og videreutdanning

7.1 Fagskoleutdanning

Utdanning gjennom den nye fagskoleordningen anses som viktig for å redusere avgangen sektoren og for å bidra til økt rekruttering til helse- og sosialfag i videregående utdanning. Det tas til orde for at man prioriterer å etablere et tilbud innenfor eldreomsorg og psykisk helse, der behovet er aller størst (St. meld. nr. 25, 2005–2006). I perioden 2007–2010 tas det sikte på å gi fagskoleutdanning til 6000 personer. Det er bevilget egne midler til kompetansegivende tiltak. Tabell 7.1 Tabell 6.1 viser omfanget av fagskoleutdanning som det er/blir gitt tilskudd til gjennom kompetanseløftet. Utdanningen må tilsvare minst et halvt års studietid på fulltid.

Tabell 7.1 *Fullført og planlagt fagskoleutdanning*

	Fullført			Under utdanning			Planlagt fullført		
	2007	2008	2010	2011	2013	2014	2011	2013	2014
Psykisk helsearbeid	190	146	218	335	98	64	191	100	77
Eldreomsorg	107	246	126	303	146	106	138	123	114
Miljøarbeid	12	26	33	85	58	41	44	64	62
Rehabilitering	20	41	22	121	102	80	53	77	64
Kreftomsorg og lindrende pleie	138	104	94	146	68	70	75	75	65
Veiledning			49	39	26	23	27	33	33
Annen fagskoleutdanning	108	145	132	187	85	73	88	79	52
Sum deltakere fagskoleutdanning	575	708	674	1217	583	457	616	551	467

Kilde: Helsedirektoratet

Tabellen viser at i perioden 2007 til 2010 gjennomførte i alt 2865 personer fagskoleutdanning med støtte fra Kompetanseløftet (data for 2009 er utelatt fra tabellen). Dette er omtrent halvparten av målsettingen for perioden og gjelder fagskoleutdanning generelt. Ser vi på eldreomsorg og psykisk helse som spesielt trekkes fram i St.meld. nr. 25, så omfatter det drøyt halvparten av de fagskoleutdannede. For perioden 2011 til 2014 er det planlagt at rundt 2300 personer vil fullføre fagskoleutdanning med støtte fra Kompetanseløftet. I overkant av 5000 vil da ha avsluttet en fagskoleutdanning med støtte fra Kompetanseløftet, og noe under halvparten innenfor eldreomsorg og psykisk helse. Både antall under utdanning og forventet fullførte går nedover. Det må bemerkes at de innrapporterte tallene fra kommunene er forbundet med usikkerhet. I 2009 ble støtten til fagskoleutdanningen økt, noe som kan bidra til en bedre utvikling enn det kommunene har forutsatt.

7.2 Desentraliserte høgskelestudier

I følge St. meld. nr. 5 2005–2006 (s.75) er det en målsetting for perioden 2007–2010 å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte høgskelestudier. Denne målsettingen begrunnes ut fra en del kommuners positive erfaringer med å tilrettelegge for at erfarne

hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kan ta en desentralisert høgskoleutdanning. Tilbudet skal bidra til en mer stabil sykepleierdekning i kommunehelsetjenesten. Det er bevilget egne midler til kompetansegivende tiltak, og desentralisert høgskoleutdanning er et av de aktuelle tiltak det kan søkes om bistand til. Tiltaksmidlene forvaltes av Fylkesmennene som fordeler midler etter søkning fra kommunene.

Desentralisert høgskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag har vært et etablert utdanningstilbud i flere år. NSDs Database for høyere utdanning (DBH) gir enkelte statistiske opplysning om det desentraliserte utdanningstilbudet.¹³ Tabell 3.6 viser opptaket til slike studier i perioden 2008 – 2010 som er den perioden vi har sammenlignbare data for.

Tabell 7.2 *Opptak til studier og opptak til desentralisert utdanning, 2008–2010*

	2008		2009		2010	
	Totalt	Desentralisert	Totalt	Desentralisert	Totalt	Desentralisert
Barnevernspedagoger	743	40	856	94	813	33
Ergoterapeuter	259	-	286	-	288	-
Fysioterapeuter	374	-	368	-	380	-
Sosionomer	915	37	982	51	1008	51
Sykepleiere ¹	4 333	200	4 800	352	4885	170
Vernepleiere	894	115	986	213	1016	149
I alt	7 518	392	8 278	710	8390	403

Kilde: NSD, DBH

¹ I tillegg kommer 51, 24 og 34 sykepleiere som ble tatt opp til fjernundervisning i henholdsvis 2008, 2009 og 2010

Tabell 7.2 viser at veksten i opptaket til desentraliserte studier fra 2008 til 2009, blir kompensert med en tilsvarende nedgang i

¹³ NSD opererer med følgende definisjon av desentralisert utdanning:

*Studieprogrammer der undervisningen er lokalisert til **andre steder** enn institusjonens/avdelingens ordinære undervisningslokaliteter. Det er vanlig klasseromsundervisning med lærer/ student, gjerne gitt i bolker, som ukesamlinger, helgesamlinger etc. Tekniske hjelpemidler blir i liten grad benyttet til formidling av lærestoff. Omfatter ikke programmer som representerer samarbeidsavtaler mellom andre universiteter eller høyskoler.*

andelen fra 2009 til 2010. Det er imidlertid viktig å være klar over at desentraliserte studietilbud ikke tilbys like regulært som vanlige heltidsutdanninger ved institusjonene og at det normalt vil være en del svingninger i opptakstallene. Svingende opptakstall vil også gjenspeiles i studenttallene ved studiene. Tabell 7.3 ser på antall registrerte studenter i desentralisert utdanning i perioden 2007–2010.

Tabell 7.3 *Registrerte studenter i desentralisert utdanning, 2007–2010*

	2007		2008		2009		2010	
	Vår	Høst	Vår	Høst	Vår	Høst	Vår	Høst
Barnevernspedagoger	109	141	135	139	131	183	175	192
Ergoterapeuter	-	-	-	-	-	-	-	-
Fysioterapeuter	-	-	-	-	15	13	14	13
Sosionomer	189	147	142	144	143	155	144	154
Sykepleiere	456	389	625	629	643	657	759	690
Vernepleiere	423	448	421	404	454	473	456	450
I alt	1180	1125	1323	1316	1386	1481	1548	1499

Kilde: NSD, DBH

Vi ser av Tabell 7.3 at tallene varierer fra 1125 registrerte studenter høsten 2007 til 1548 våren 2010. Sett under ett har det i perioden 2007 – 2010 vært en utvikling i retning av flere studenter i desentralisert utdanning. Om noe av denne økningen har sammenheng med målsettingene i Kompetanseløftet 2015 om å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte studier i perioden 2007 – 2010, vites ikke, men det kan være nærliggende å anta at vi her ser en viss effekt.

DBH gir ikke direkte oversikt over mange av de som fullførte en høyskoleutdanning som hadde fulgt et desentralisert studium, men de kan plukkes ut manuelt ved å kombinere opplysninger fra flere steder. En rask gjennomgang av foreliggende data tyder på en årlig kandidatproduksjon fra desentralisert utdanning i perioden 2007–10 på mellom 300–450 personer.

Tabell 7.4 viser hvor mange som har tatt eller holder på med en desentralisert høyskoleutdanning med midler fra Kompetanseløftet 2015. Tallene bygger på kommunenes rapporteringer om bruk og planer om bruk av kompetansemidler til Fylkesmennene.

Tabell 7.4 *Fullført og planlagt deltakelse i desentralisert høgskoleutdanning*

	Fullført				Under utdanning			Planlagt fullført		
	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014	2011	2013	2014
Østfold	3	3	5	11	60	41	23	4	24	18
Akershus	35	30	30	40	138	99	82	43	48	35
Oslo	3	20	3	5	14	3	1	7	3	1
Hedmark	7	2	17	8	29	15	4	4	4	7
Oppland	8	14	8	14	87	35	6	21	38	9
Buskerud	7	16	15	14	51	32	29	19	38	28
Vestfold	8	2	9	8	42	26	15	16	7	10
Telemark	5	6	11	14	87	35	6	21	38	9
Aust-Agder	1	0	2	0	11	2	2	3	0	2
Vest-Agder	14	0	3	2	14	6	6	1	5	1
Rogaland	19	11	9	0	0	0	0	0	0	0
Hordaland	20	7	113	6	196	135	63	69	79	5
Sogn og Fjordane	1	2	15	13	36	16	1	4	15	3
Møre og Romsdal	18	8	9	3	33	1	1	7	3	2
Sør-Trøndelag	4	2	3	1	12	2	2	0	2	2
Nord-Trøndelag	0	1	4	1	15	7	3	2	6	3
Nordland	24	35	39	17	101	56	24	21	43	22
Troms	9	7	22	21	76	32	26	25	21	30
Finnmark	0	0	0	2	79	12	10	18	21	11
Samlet landet	186	166	317	180	1081	555	304	285	395	198

Kilde: Helsedirektoratet

Legges kommunenes rapportering til Fylkesmannen til grunn, ble det i løpet av perioden 2007–2010 utdannet i alt 849 personer med en desentralisert høgskoleutdanning i helse- og sosialfag (fullført 2007 – 2010). Dette er litt over målsetting for perioden 2007–2010 på 800. Dersom vi sammenlikner studenttallene og opptaket til desentraliserte høgskolestudier i tabell 7.2 og 7.3 med rapportene fra kommunene i tabell 7.3, ser det ut til at Kompetanseløft-kandidatene vil utgjøre mellom halvparten og to tredeler av samtlige kandidater fra desentralisert utdanning. Vi må være forsiktige med å tolke dette som at midler fra Kompetanseløftet finansierer mellom halvparten og to tredeler av kandidater fra

desentralisert utdanning, det ble også gitt tilskudd til slik utdanning i handlingsplanen som var forløperen til Kompetanseløftet. De som f.eks. fullførte en desentralisert høskoleutdanning med midler fra Kompetanseløftet i 2007, påbegynte studiet flere år tidligere, lenge før tiltaket ble opprettet, og bidrar således liten grad til å øke tilgangen på desentralt høskoleutdannede. Vi ser imidlertid at tallet på studenter i desentralisert utdanning har økt noe i perioden 2007–2010 noe som vil gi seg utslag i høyere kandidattall i årene som kommer. Det er rimelig å anta at deler av denne økningen vil være et resultat av Kompetanseløftet.

Det varierer betydelig mellom de ulike fylkene i hvor mange som får støtte til en desentralisert høskoleutdanning. Akershus og Hordaland har gitt støtte til klart flere personer enn de andre fylkene. Om dette skyldes at pengene i disse to fylkene bare fordeles tynnere på flere personer eller om det er reelle forskjeller i satsingen på tiltaket, vites ikke.

7.3 Videre- og etterutdanning for høskoleutdannet personell

I følge St. meld. nr. 25 (2005–2006) s. 76 tas det sikte på å gi videreutdanning til 3000 personer i perioden 2007–2010. Her nevnes særlig aldring og geriatri, demenslidelser, veiledning og rehabilitering. Det er, som tidligere nevnt, bevilget egne midler til kompetansegivende tiltak hvorav videreutdanning er et av de aktuelle tiltak det kan søkes om bistand til. Tiltaksmidlene forvaltes av Fylkesmennene som fordeler midler etter søkning fra kommunene. Hittil har vært stilt krav om at videreutdanningen skal være kompetansegivende og tilsvare minst et halvt års studium på full tid.

DBH gir en del informasjon om videreutdanning.¹⁴ I følge NSD vil det være omtrentlige anslag ettersom praksis for å kategorisere videreutdanningsprogrammer har variert over tid. Vi ser på en relativ kort periode slik at det er rimelig å anta at tallene er

¹⁴ Videreutdanning er programmer som gir formell kompetanse på universitets- og høskolenivå. Dette er spesielt tilrettelagte videreutdanningsprogram som er underlagt eksamens- og vurderingsordninger og gir uttelling i form av studiepoeng.

noenlunde sammenlignbare. Tabell 7.5 viser opptak til aktuelle videreutdanninger. I tillegg til de videreutdanningene som er nevnt i St. meld. nr. 25 (2005–2006), har vi også tatt med videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid og rusomsorg siden det er gitt Kompetanseløftmidler til gjennomføring av disse samt noen andre ikke- spesifiserte videreutdanninger.

Tabell 7.5 *Opptak til aktuelle videreutdanninger i perioden 2007–2010*

	2007	2008	2009	2010
Eldreomsorg og aldersdemens ¹	452	424	328	266
Rehabilitering ²	234	293	272	293
Psykisk helsearbeid	844	608	607	605
Rusomsorg	308	335	293	553
Veiledning ³	555	661	513	642
I alt	2393	2321	2013	2359

Kilde: NSD, DBH

¹Omfatter videreutdanning i sykepleie, eldreomsorg, videreutdanning for helse- og sosialsektoren i henholdsvis eldreomsorg og aldersdemens

²Omfatter videreutdanning i sykepleie, langtidssykepleie med vekt på rehabilitering og videreutdanning for helse- og sosialsektoren habilitering og rehabilitering

³Omfatter videreutdanning for helse- og sosialsektoren i henholdsvis veiledning og undervisning, veiledning og konsultasjon og veiledning

Vi ser at opptaket til de aktuelle videreutdanningene var stabilt fra 2007 til 2008 mens det var en nedgang fra 2008 til 2009. Nedgangen fra 2008 til 2009 ble kompensert med en tilsvarende økning fra 2009 til 2010. Tabellen viser at utviklingen i opptakstallene er forskjellige for de ulike utdanningstilbud. Det synes å være en nedgang i opptaket til videreutdanning i eldreomsorg og aldersdemens. Dersom dette ikke bare er en tilfeldig nedgang i tallene, er det bekymringsfullt med tanke på den kommende eldrebølgen. Nedgang i opptak til studier i psykisk helsearbeid etter 2007, må ses i sammenheng med Opptrappingsplanen for psykisk helsevern som ble avsluttet i 2008. Opptaket til videreutdanninger innenfor rusomsorg holdt seg stabilt på rundt 300 i perioden 2007–2009, men ble nesten fordoblet fra 2009 til 2010.

Tabell 7.6 viser antall studenter registrert i videreutdanning i høstsemesteret i perioden 2007–2010.

Tabell 7.6 *Registrerte studenter i aktuelle videreutdanninger i høstsemesteret 2007–2010*

	2007	2008	2009	2010
Eldreomsorg og aldersdemens ¹	544	544	477	394
Rehabilitering ²	294	338	257	237
Psykisk helsearbeid	1251	1103	1039	978
Rusomsorg	356	416	397	446
Veiledning ³	454	511	432	548
I alt	2899	2912	2602	2603

Kilde: NSD, DBH

¹Omfatter videreutdanning i sykepleie, eldreomsorg, videreutdanning for helse- og sosialsektoren i henholdsvis eldreomsorg og aldersdemens

²Omfatter videreutdanning i sykepleie, langtidssykepleie med vekt på rehabilitering og videreutdanning for helse- og sosialsektoren habilitering og rehabilitering

³Omfatter videreutdanning for helse- og sosialsektoren i henholdsvis veiledning og undervisning, veiledning og konsultasjon og veiledning

Tabell 7.6 viser at tallet på registrerte studenter i de spesifiserte videreutdanningene, har gått noe ned i perioden 2007–2010. Antall studenter i de aktuelle videreutdanningene var noenlunde konstant fra 2007 til 2008, mens tallet var redusert med om lag 400 eller nesten 15 prosent i 2009 og 2010. Nedgangen i studenttallet har sammenheng med færre studenter innenfor eldreomsorg og aldersdemens og psykisk helsearbeid.

I Tabell 7.7 ser vi nærmere på antallet som avsluttet en aktuell videreutdanning i løpet av perioden 2007–2010.

Tabell 7.7 *Kandidater som fullførte videreutdanning i løpet av perioden 2007–2010*

	2007	2008	2009	2010
Eldreomsorg og aldersdemens ¹	259	293	303	263
Rehabilitering ²	487	412	230	291
Psykisk helsearbeid	669	697	584	663
Rusomsorg	386	319	370	520
Veiledning ³	766	762	785	587
I alt	2567	2483	2272	2324

Kilde: NSD, DBH

¹Omfatter videreutdanning i sykepleie, eldreomsorg, videreutdanning for helse- og sosialsektoren i henholdsvis eldreomsorg og aldersdemens

²Omfatter videreutdanning i sykepleie, langtidssykepleie med vekt på rehabilitering og videreutdanning for helse- og sosialsektoren habilitering og rehabilitering

³Omfatter videreutdanning for helse- og sosialsektoren i henholdsvis veiledning og undervisning, veiledning og konsultasjon og veiledning

Tabell 7.7 viser at antall kandidater som avsluttet en videreutdanning innenfor de aktuelle områdene gikk ned fra 2007 – 2010. Denne nedgangen var størst innenfor rehabilitering og veiledning. Opptakstallene og studenttallene bærer ikke bud om at tilgangen på personer med videreutdanning i rehabilitering vil ta seg opp i nærmeste framtid. Når det gjelder veiledning, er situasjonen lysere da det i 2010 en klar økning i opptakstallene og studenttallet var på nivå med tidligere år. Antallet personer som avsluttet en videreutdanning innenfor aldring og aldersdemens var stabilt i perioden, men både opptakstall og studenttall tyder på at antallet personer som fullfører sen slik utdanning vil gå ned i nærmeste framtid. Dette betyr at de videreutdanningene som er særlig viktige for å kunne realisere Kompetanseløftets målsettinger (aldring og geriatri, demenslidelser, veiledning og rehabilitering), med unntak av veiledning, i stor grad er utdanninger som er i stagnasjon. Den store vinneren synes å være rusomsorg hvor antallet som fullførte en slik utdanning i 2010 økte kraftig i forhold til tidligere år. I tillegg var opptakstallene for 2010 betydelig høyere enn for foregående år.

Tabell 7.8 viser kommunenes rapportering til Fylkesmennene av bruk og planer om bruk av kompetansemidler til videreutdanning for høyskoleutdannede. Det er et krav at videreutdanningen skal

være kompetansegivende og tilsvare minst et halvt års studium på full tid.

Tabell 7.8 *Antall personer med en helse og sosialfaglig høyskoleutdanning som har fullført, deltar eller har planlagt videreutdanning med midler fra Kompetanseløftet 2015*

	Fullført			Under utdanning			Planlagt fullført		
	2007	2008	2010	2011	2013	2014	2011	2013	2014
Psykisk helsearbeid	183	178	273	328	80	53	130	99	78
Geriatrici/eldreomsorg	174	181	211	328	118	91	141	109	90
Miljøarbeid rettet mot menn med funksjons-nedsettelse			9	39	18	15	21	17	19
Miljøarbeid innen rusfeltet	66	52	37	89	45	34	34	44	39
Rehabilitering	25	61	26	90	39	28	43	37	32
Kreftomsorg og lindrende pleie			139	249	58	43	113	80	52
Veiledning	130	126	113	192	35	23	119	75	90
Ledelse			229	504	112	74	328	121	95
Annen videreutdanning ¹	343	351	402	594	110	54	322	129	130
Sum deltakere videreutdanning	921	949	1439	2413	615	415	1251	711	625

Kilde: Helsedirektoratet

¹ Videreutdanningen må minst tilsvare et halvt års studietid på fulltid

Tabell 7.8 viser at 4 558 personer hadde i perioden 2007–2010 fullført en videreutdanning med støtte fra Kompetanseløftet. Dette er ca. 1500 flere enn det som var måltallet for perioden. Som for desentralisert høyskoleutdanning, er det imidlertid grunn til å anta at en betydelig del av denne videreutdanningen dreier seg om delfinansiering av utdanningen for personer som allerede hadde påbegynt eller planlagt å ta en videreutdanning uavhengig av Kompetanseløftet. Vi må derfor være forsiktige med å tolke tallene som et resultat av Kompetanseløftet alene. For perioden 2011–2014 er det anslått at ytterligere 3 700 personer vil ha avsluttet en videreutdanning med støtte av Kompetanseløftet, men vi ser også at tallene viser en nedadgående tendens.

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) er det tre temaer som trekkes fram som spesielt viktige når det gjelder videreutdanning for høyskole-

utdannede. Det er aldring og demens, veiledning og rehabilitering. Tallene i tabell 3.12 tyder på at personer med disse utdanningene utgjør ca. 30 prosent av de personene som har tatt eller vil ta videreutdanning med støtte fra Kompetanseløftet i løpet av perioden 2007–2014. Vi har da forutsatt at samme person ikke kan få støtte mer enn en gang.

7.4 Oppsummering

I perioden har det pågått en omfattende kompetanseheving gjennom videreutdanning for personell på ulike nivåer. I Kompetanseløftet 2015 ble det formulert en del helt spesifikke mål for virksomheten. En del av disse målene er nådd, til dels overoppfylt, mens andre mål ikke er nådd.

Videreutdanning gjennom den nye fagskoleutdanningen skal være et viktig bidrag til kvalifikasjonsheving, øke rekrutteringen og hindre avgang av personell ved å gi bedre karrieremuligheter. Noe i underkant av 3000 fullførte en fagskoleutdanning med støtte fra Kompetanseløftet fra 2007 til 2010, dette er omtrent halvparten av målsettingen. I perioden fra 2011 til 2014 er det planlagt at ytterligere 2 300 vil fullføre. De prioriterte områdene eldreomsorg og psykisk helse utgjør omlag halvparten av de fagskoleutdannede som enten har fullført eller som forventes å fullføre. Økte midler til fagskolene fra 2009 kan bidra til at antall studenter øker mer enn det tallene kan tyde på.

Desentralisert høgskoleutdanning er tilbud til erfarne hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. Med midler fra Kompetanseløftet har vi beregnet at i alt 850 fullførte desentraliserte høgskoleutdanninger fra 2007 til 2010, dette ligger noe over målsettingen.

Norske universiteter og høyskoler tilbyr omfattende videreutdanning rettet inn mot pleie- og omsorgssektoren for personer med høyere utdanning. Antall som har fullført en videreutdanning med støtte fra Kompetanseløftet i perioden 2007 – 2010 lå om lag 50 prosent over måltallet på 3 000, og det er grunn til å anta at ytterligere 3 700 vil fullføre fram til 2014. Mange av disse har trolig en delfinansiering fra Kompetanseløftet. Det er her også grunn til å peke på at høyskolene har utviklet et nært samarbeid med kommunene. Samtidig begrenses høyskolenes satsning i noen grad

av at videreutdanningstilbud er krevende, og at det ikke er sterke økonomiske insentiver for en slik satsning. Med den faktiske og forventede økningen i antall sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren med høyere utdanning vil også behovet for videreutdanning øke.

Tallene viser ellers at både for fagskoleutdanningen og videreutdanningen for høyskoleutdannede forventes å bli en nedgang i de nærmeste årene. Dette gjelder de forventede tallene for utdanning finansiert over Kompetanseløftet 2015, og kan henge sammen med at det regnes med en viss nedtrapping fram mot avslutningen av Kompetanseløftet. Hvorvidt dette blir erstattet av tiltak med annen finansiering, er et åpent spørsmål.

8 Rekruttering og kvalifisering til helsearbeiderfaget

Gjennom Reform 94 ble både den tradisjonelle hjelpepleierutdanningen og det nyetablerte lærefag som omsorgsarbeider lagt under videregående opplæring som rene ungdomsutdanninger. Både rekrutteringsproblemer blant ungdom og det at utdanningene var svært like førte til at man gjennom Kunnskapsløftet introduserte helsearbeiderfaget som en erstatning for både hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderfaget. Den nye utdanningen ble lagt under fagopplæringen, selv om skoleutdanningen i hjelpepleie hadde hatt bedre søkning enn lærlingutdanningen som omsorgsarbeider. Sammenslåingen bidro til at antall elever i Vg2 helsefagarbeider ble større enn for de to gamle utdanningene til sammen. I overgangen til lære det tredje året, viser det seg imidlertid at de fleste velger å bytte over til påbygning til generell studiekompetanse framfor å bli lærlinger.

I dette kapitlet vil vi først se på rekrutteringen av ungdom som kommer direkte fra ungdomsskolen. Deretter vil vi ta for oss den samlede rekrutteringen og kvalifiseringen, inklusive de voksne.

8.1 Rekruttering av ungdom

8.1.1 Søkningen til Vg1

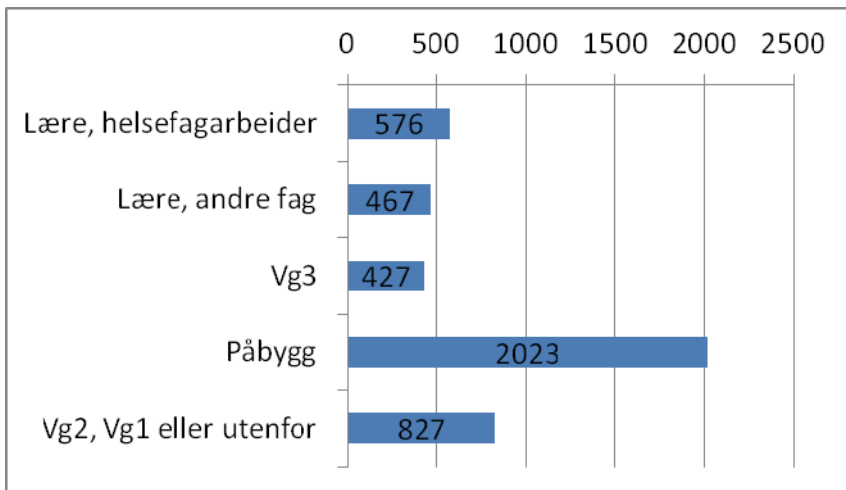
Helse- og sosialfag er det klart største av alle de yrkesfaglige utdanningsprogrammene i videregående opplæring. Antall søkere som kom fra de respektive grunnskolekullene økte fra noe i underkant av 5000 i perioden 2006 til 2008 til nesten 6000 i 2010. I samme periode økte også antall søkere til studieforbereidende

tilbud. Helse- og sosialfag er klart jentedominert, av alle søkerne til Vg1 som kom direkte fra grunnskolen i 2010 var bare 10 prosent gutter. Dette er en del av et bredere bilde av svært kjønnsdelte preferanser innenfor norsk videregående opplæring (Vibe, Brandt & Hovdhaugen 2011). Ellers er søkemønsteret i videregående opplæring preget av betydelig stabilitet over tid (Frøseth m.fl. 2010).

8.1.2 Overgangen til lære

Gjennom opplæringsløpet skjer det en stor lekkasje fra Helse- og sosialfag i videregående, både i form av frafall, omvalg og overgang. Det største frafallet skjer mellom det andre og det tredje året der elevene i yrkesfag normalt skal over i lære. Vi skal nærmere på akkurat den overgangen.

Figur 8.1 *Hvor går Helse og sosialelevne etter andre år i videregående? Tallene gjelder de som kom fra grunnskolekullet 2008.*



Totalt var det vel 4300 som fullførte grunnskolen i 2008 og som befant seg i andre skoleår (Vg2) våren 2010. Disse hadde da fulgt normert progresjon så langt. I tillegg til disse var det noen elever fra det samme grunnskolekullet som hadde falt fra etter første år (ca. 10 prosent), og noen var blitt forsinket. Men det er i overgangen fra det andre skoleåret til det tredje, der yrkesfagelevne

normalt går inn i lære, der det skjer størst endringer i utdanningsløpet.

Ved starten av det tredje året var det 576 av dem som startet opp i lære i helsearbeiderfaget, eller 13,4 prosent av dem som kom fra Vg2. I tillegg var det drøyt 400 på Vg3 i de skolebasert linjene, vesentlig hudpleie og helseservice, og litt flere i andre lærefag. Den dominerende gruppen, over 2000, hadde valgt påbygging til generell studiekompetanse.

Det mest bemerkelsesverdige ved disse tallene, er den store overgangen til påbygg til generell studiekompetanse, og denne andelen har økt etter innføringen av Kunnskapsløftet (Vibe m.fl. 2011). Vi vet foreløpig lite om årsakene til dette mønsteret, og om elevene som går til påbygg hadde dette som sin opprinnelige plan, eller om de har endret mål underveis.

Hittil har vi begrenset oss til å se på antall lærlinger i helsearbeiderfaget som har gått strake veien etter at de forlot grunnskolen. Disse utgjør omtrent halvparten av dem som kommer i lære. Vi har allerede pekt på at en betydelig andel er forsinket, og at det dermed kan det komme inn noe flere fra det aktuelle kullet i lære senere. I tillegg kommer det inn en del voksne lærlinger. En oversikt for skoleåret 2008-2009 viser at av totalt 1122 lærlinger i helsearbeiderfaget var det 51 prosent som kom fra det yngste kullet (det tilsvarer med andre ord den gruppen vi har sett på, og som har gått den direkte veien). Ytterligere 15 prosent kom fra kullet før, mens resten kom fra tidligere kull. Nesten 14 prosent kom fra tidligere grunnskolekull enn 1998. Dette illustrerer at det skjer et ikke ubetydelig tilsig av lærlinger som er betydelig eldre enn dem som har gått den direkte veien.

8.2 Fagprøver helsefagarbeiderlærlinger

Hvis vi ser på hvor mange som kommer ut med fagprøve to er etter at første kullet startet i lære, er antallet krympet enda litt. Fra grunnskolekullet er det 454 som har avlagt fagprøve som omsorgsarbeidere. Tar man med de litt eldre som har tatt læretid, øker tallet til 706. Alders- og kjønnsfordelt ser det slik ut.

Tabell 8.1 *Avlagte fagprøver av lærlinger i helsearbeiderfaget etter alder og kjønn 2010*

	Menn	Kvinner
15 - 20	23	431
21 - 24	4	104
25 - 29	3	41
30 +	9	91
	39	667

Kilde: SSB

76 avla i tillegg fagprøve som elever i skole. Dette er elever som av en eller annen grunn ikke har fått læreplass. Hvis en ser framover, er det grunn til å tro at tallet vil stige noe. En del lærlinger vil nok være noe forsinket, men totalt er det ikke grunn til å regne med at antall som blir helsefagarbeidere gjennom lærlingordningen vil overstige 1000 med dagens utdanningstakt, og dette tallet inkluderer både ungdom og voksne.

8.3 Antall utdannede i 2010 vil neppe dekke tilgangsbehovet

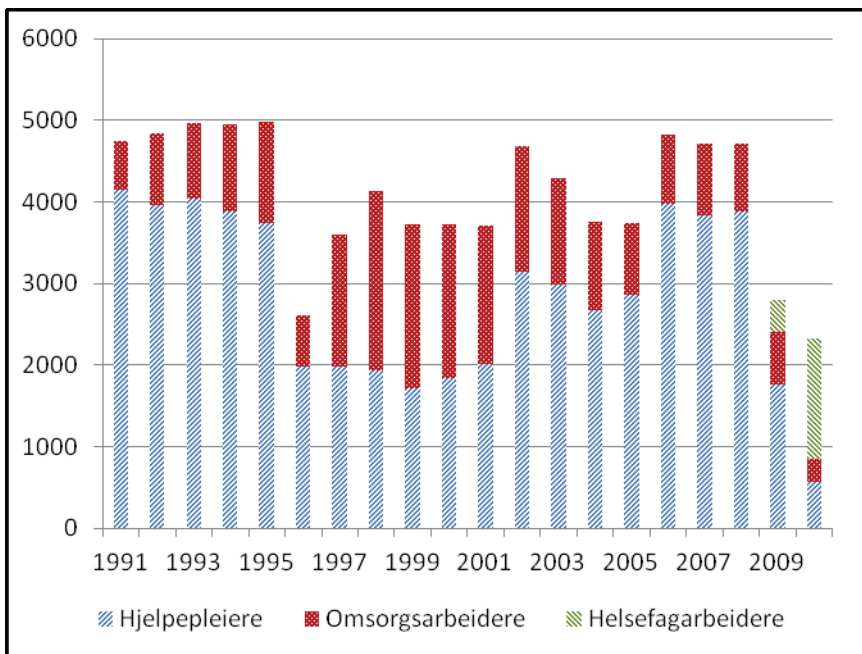
For voksne er det mulig å ta fagbrev som helsefagarbeider gjennom den såkalte praksiskandidatordningen. Totalt sett var det 702 stykker som gjorde dette i 2010. Dermed ender vi opp med 1484 avlagte fagprøver i det nye helsearbeiderfaget i det første året med ordinære utdanningskull. Dette utgjør ikke mer enn rundt en tredel av antatt rekrutteringsbehov, og ligger langt under det antall hjelpepleiere og senere også omsorgsarbeidere som ble utdannet årlig på 1990- og begynnelsen av 2000-tallet.

For 2010 kommer i tillegg noen etternølere i det nå avsluttede omsorgsfaget, og voksne i den nå avviklede hjelpepleierutdanningen. Antall som hadde avlagt fagprøve fra omsorgsarbeiderutdanningen utgjorde totalt 283, i all hovedsak voksne. SSB har registrert 564 voksne som tok hjelpepleiereksamen. Det betyr at totalt antall nyutdannede på helsefagarbeidernivået, inklusive de gamle utdanningene, ligger på 2330, som er det laveste antallet de siste 20 år (Figur 8.2). Selv i «mellomåret» 1996, da det ikke kom ut noe kull fra videregående som følge av at

utdanningene var forlenget gjennom Reform 94, ble det utdannet flere enn i 2010.

Hvis vi legger til grunn at de som er forsinket fra de tidligere utdanningene tilsvarer den økningen vi kan regne med i helsearbeiderfaget når den nye utdanningen er kommet i gjenge, får vi et nivå på bare drøyt 50 prosent av det anslåtte behovet for brutto-tilgangen i dag, nemlig 4500, som tilsvarer målet i kompetanseløftet 2015. Det at man i dag er såpass langt unna å nå planmålene for nyutdannede helsefagarbeidere gir all grunn til bekymring for den videre utviklingen.

Figur 8.2 *Antall utdannede hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere 1991-2010*

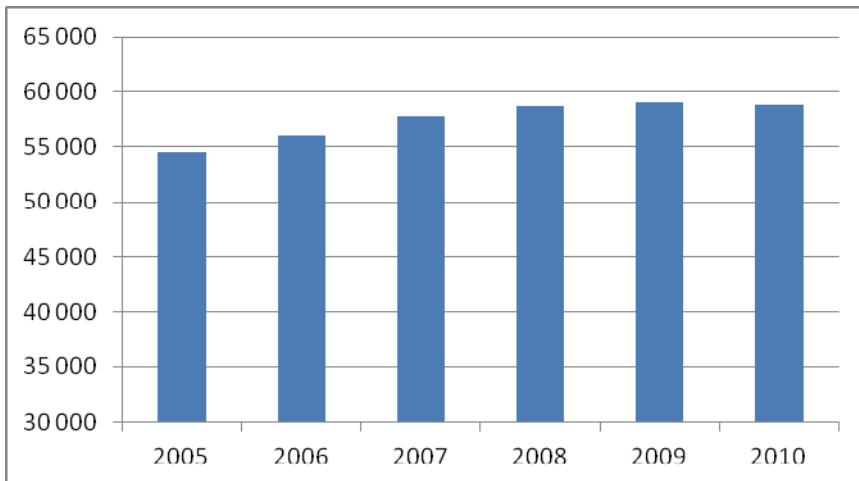


Kilder: SSB, Helsepersonellregisteret, Høst 2004

8.4 Svak utvikling varsler nedgang i antall helsefagarbeidere/hjelpepleiere?

Mens målet i Kompetanseløftet har vært at det skal utdannes rundt 4500 nye helsefagarbeider pr. år, ligger tallet på nye helsefagarbeidere (inklusive hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) for 2010 på bare 2400. Det er ikke overraskende at den svake tilgangen på nyutdannede ser ut til å gi seg utslag også på rekrutteringen til arbeidsfeltet. Fra 2009 til 2010 er det en netto nedgang på antall sysselsatte helsefagarbeidere (inklusive hjelpepleiere og omsorgsarbeidere). Selv om nedgangen ikke er på mer enn 250, er det første gangen siden Kompetanseløftet ble introdusert at tallene er negative. Nedgangen kommer etter noen år med utflating i veksten, så om en ser de siste tre årene under ett, er det ingen økning.

Figur 8.3 *Antall sysselsatte hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagsarbeidere i brukerrettet pleie- og omsorg 2005 – 2010*



Helsefagarbeiderne gjorde seg for første gang gjeldende i personellstatistikken i 2010. Rundt 1000 helsefagarbeidere var da registrert som sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren. Tallet må vokse atskillig om denne gruppen skal erstatte rekrutteringen av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

8.5 Utdanning av egne uten fagutdanning går ned

Selv om det utdannes færre ungdommer gjennom lærlingordningen i helsearbeiderfaget enn det som var tilfellet med hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen før Kunnskapsløftet, er det den interne kvalifiseringen gjennom utdanning av egne ansatte uten fagutdanning som alltid har vært viktigst i pleie- og omsorgssektoren. Det er særlig denne som nå kan se ut til å svikte. Mens det i 2010 ble registrert 1900 ansatte som kvalifiserte seg til fagutdanning på helsefagarbeidernivået, var nivået i 2009 på 2400¹⁵.

8.6 Innvandringens betydning sterkt økende

Et annet trekk ved rekrutteringen til dette feltet er den økte andelen av rekrutteringen som utgjøres av innvandrere. Innvandrere omfatter her personer som er født i utlandet av to utenlands fødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge, samt norskfødte med innvandrerforeldre. Totalt har antall ansatte i pleie- og omsorgssektoren med innvandrerbakgrunn økt med 8 300 i perioden 2005-2010. Det betyr at nesten halvparten av den totale sysselsettingsøkningen på 17 400 i perioden kan tilbakeføres til innvandring. De siste årene har innvandrere stått for det aller meste av veksten i sektoren.

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

Personer med innvandringsbakgrunn står for hele veksten i rekrutteringen til helsefagarbeidernivået de siste fire årene. Gruppen helsefagarbeidere/hjelpepleiere med innvandrerbakgrunn er sammensatt av personer med utdanning fra sitt eget land, og innvandrere som tar utdanning i Norge. Den førstnevnte gruppen er imidlertid i stort flertall. Over 80 prosent av de nye, autoriserte

¹⁵ Gjelder ansatte med helsefagarbeider- hjelpepleier- eller omsorgsarbeiderutdanning som året var ansatt, men da uten helsefaglig utdanning.

hjelpepleiere og helsefagarbeidere med annen nasjonsstatus enn norsk kommer fra enten Sverige eller Filippinene¹⁶. I underveisrapport nr. 2 (Høst, Arnesen, Næss, Aamodt 2010) viste vi at det også er disse nasjonene som dominerer blant de ansatte helsefagarbeidere/hjelpepleiere med innvandringsbakgrunn. Når utdanningsordningene i Norge sliter med å utdanne et tilstrekkelig antall helsefagarbeidere til å kompensere for avgang, er man dermed i ferd med å gjøre seg avhengig av arbeidskraftimport fra disse landene.

Tabell 8.2 *Antall sysselsatte hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagsarbeidere i brukerrettet pleie- og omsorg, etter innvandrersstatus. 2005 – 2010.*

	Ikke-innvandrere	Innvandrere	Totalt
2005			54 570
2006			56 070
2007	54 296	3 400	57 696
2008	54 508	4 163	58 671
2009	54 352	4 638	58 990
2010	53 807	4 938	58 745

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

Innvandring er avgjørende også for veksten i antall sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren. Av en årlig vekst på rundt 1000 sykepleiere de siste årene, står sykepleiere med innvandringsbakgrunn for om lag 40 prosent. Også her er Filippinene og Sverige de viktigste leverandørene. De fleste sykepleiere i pleie og omsorg med annen nasjonsbakgrunn er fra disse to landene. I

¹⁶ Kilde: Helsepersonellregisteret

statistikken over nye, autoriserte sykepleiere er svenskene den dominerende nasjonskategorien ved siden av de norske.

8.7 Oppsummering

Kapittel 6 viste at veksten i antall årsverk med fagutdanning på videregående nivå (hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider) har stanset opp etter 2008. Det er nærliggende å se dette i sammenheng med at utdanningen av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fases ut, og at dette ikke blir kompensert av at de første helsefagarbeiderne nå blir utdannet. Det totale antall utdannede på dette nivået var i 2010 under det halve av nivået fram til 2008.

Det mangler ikke søkere til studieretning for helse- og sosialfag, dette er etter hvert blitt det største av de yrkesfaglige programmene med nærmere 6 000 søkere. Men nesten halvparten av dem som er elever på Vg2 søker seg over til allmennfaglig påbygg, og under 600 begynte i lære i helsearbeiderfaget. For å rekruttere en lærling som helsefagarbeider trenger vi med andre ord nesten ti søkere til helse- og sosialfag.

En økende andel av de sysselsatte i pleie- og omsorgssektoren har innvandrerbakgrunn. Dette gjelder også for dem med kvalifikasjoner på videregående nivå. Innslaget av innvandrere bidrar til at antall sysselsatte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere øker med vel 2 000 fra 2007 til 2010, mens det hadde vært en svak nedgang uten innvandrernes bidrag.

9 Oppsummerende drøfting: Styring, dialog og «overrissing»

Evalueringen av Kompetanseløftet 2015 har både sett på grad av måloppnåelse i forhold til de formulerte måltallene for vekst i antall årsverk og kompetanseheving, samt på selve iverksettingen av tiltaket. I denne rapporten er det iverksettingen i kommunene som har vært hovedtema, men enkelte av tallene for måloppnåelse er også oppdatert.

Vår evaluering tyder på at iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 har foregått relativt problemfritt. Arbeidet med planen på sentralt nivå og koordineringen via fylkesmennene har fungert godt, skal vi tro våre informanter. Kompetanseløftet oppfattes også å være en satsing som er godt tilpasset kommunenes utfordringer. Samordningen i sentralforvaltningen virker å ha fungert tilfredsstillende, og i løpet av perioden har styringen av planen funnet en form som fungerer godt. Kompetanseløftet 2015 ser i liten grad ut til å ha medført konflikter mellom de involverte aktørene. Dette er i og for seg ikke overraskende, all den tid prioriteringen av kompetanseheving og rekruttering i liten grad innebærer omfordelingspolitikk (jfr, kapittel 2). Fraværet av konflikt kan dessuten være et resultat av god styring. Samtidig kan det lave konfliktnivået også ses som en viktig forklaringsfaktor. Satt på spissen kan vi si at fravær av konflikt således både kan være en *årsak* til at styringsdialogen er god, og et *resultat* av at styringsdialogen er god. Som vi pekte på i forbindelse med presentasjonen og drøftingen av iverksettingsmodellen i kapittel 2, vil dessuten sammenfall i målsettinger være en faktor som letter iverksetting. Samtidig vil god ledelse og styring være en faktor som kan bidra til

å skape sammenfallende målsettinger. Noen entydig avklaring av årsaksretningen er det således vanskelig å gi.

Å evaluere effekten av et tiltak innebærer at man må gjøre seg opp en mening om hvordan bildet ville sett ut dersom det aktuelle tiltaket ikke hadde vært gjennomført. Det er dette som ofte betegnes som kontrafaktisk analyse (Mohr 1995, Ramberg 2009). I denne rapporten har vi ikke gjort eksplisitte vurderinger av dette. Vi har med andre ord ikke hatt et design som gjør det mulig å sammenligne den faktiske utviklingen med en estimert utvikling uten den aktuelle intervensjonen (Kompetanseløftet 2015). Rent analytisk kan det likevel være fruktbart å ha denne tilnærmingen present i en videre diskusjon av Kompetanseløftet 2015.

I kapittel 2 gjorde vi rede for en analytisk iverksettingsmodell der blant annet klarhet i målsettinger og sammenfall i målsettinger mellom de involverte aktørene trekkes frem som viktige for å oppnå iverksettingssuksess. I forbindelse med Kompetanseløftet 2015 er dette sammenfallet i målsettinger mellom aktører på sentralt, regionalt og kommunalt nivå et viktig inntrykk vi sitter igjen med. Det er liten uenighet om at fokuset på kapasitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene er en viktig nasjonal målsetting nå og i tiden som kommer. Det at denne nasjonale målsettingen i stor grad også oppleves som relevante lokale målsettinger er antagelig viktig. Kommunene opplever at det er riktig og viktig å sette inn en innsats på dette området.

Viktigheten av å forberede oss på eldrebølgen og de endringer i etterspørselen etter tjenester som denne vil føre med seg er også mye vektlagt i nasjonale medier og debatter. Det er også bred politisk støtte bak målsettingen om å forberede oss på denne utviklingen. Samlet sett er likevel de totale midlene som har vært benyttet i Kompetanseløftet 2015 små. I forbindelse med kompetansehevende tiltak er det f. eks tre aktører som ”deler” kostnadene. Den enkelte arbeidstaker må selv sette inn ressurser i form av tid og/eller penger, kommunen må vurdere hvilke ressurser de kan sette inn, og staten gjennom Kompetanseløftet 2015 kan bidra med å dekke deler av regningen. Hoveddelen av kostnadene dekkes av den enkelte kommune og/eller arbeidstaker. De midlene som er tilgjengelige gjennom Kompetanseløftet dekker i de fleste tilfeller bare en brøkdel av de totale kostnadene forbundet med det aktuelle kompetansehevende tiltaket.

Hvordan skal vi så karakterisere statens innsats gitt denne situasjonen? I perioden har man nådd målsettingene om antallet nye årsverk, og i forhold til målsettingene fremstår Kompetanseløftet langt på vei som vellykket. Våre respondenter i kommunene er jevnt over fornøyde. Det er likevel vanskelig å se hva som skulle ha gitt grunnlag for noe annet. Kommunene mottar midler til formål de selv mener er viktige, og prioriteringen av kompetanseheving og rekruttering innebærer i liten grad omfordelingspolitikk. Vårt hovedinntrykk er at kommunene jevnt over er tilfredse, men at de gjerne skulle ha sett at det var mer ressurser satt av til formålet gjennom Kompetanseløftet. Gitt dette bildet er det ikke enkelt å meisle ut hva som er et resultat av vellykket styring og politikk, og hva som er et resultat av sammenfallende målsettinger og lite grunnlag for konflikt.

Virkemidlene i Kompetanseløftet er i stor grad knyttet til planlegging og informasjon. Koblingen mellom planlegging og tilskudd motiverer kommunene til å tenke langsiktig på eget personellbehov. En kommunal plan er et instrument for effektiv problemløsning for å oppnå en eller flere målsettinger (Kleven 2011). Informasjon om omfanget av det fremtidige personellbehovet innenfor pleie- og omsorg, bidrar til å gjøre rekruttering og kompetanseheving til en viktig målsetting. Koblingen av tilskudd til innrapporterte plantall bidrar dessuten til å sikre at kommunene gjør planmessige grep for å møte disse fremtidige utfordringene.

Denne indirekte påvirkningen av kommunale prioriteringer gjør også at man får utnyttet den muligheten kommunale beslutningstakere har til å tilpasse både målsettinger og virkemidler til lokale forhold. Noen kommuner vil av ulike grunner ha større utfordringer enn andre. Dette gjør at kommunenes prioritering av denne målsettingen vil variere. Koblingen av tildeling til planer på det kommunale nivået er viktig. Dersom Kompetanseløftet 2015 har bidratt til at flere kommuner har startet planlegging, og benytter seg av disse i den interne styringen og prioriteringen, har man oppnådd en lokal forankring av en problemstilling av nasjonal art. Dette er viktig, all den tid nasjonale problemstillinger av denne i hvert fall delvis må løses lokalt. En forankring i planer gjør dermed at man oppnår en lokal tilpasning av løsninger og målsettinger knyttet til denne problemstillingen.

Mye tyder likevel på at det er store variasjoner når det gjelder hvordan kommunene forholder seg til de strategiske elementene i Kompetanseløftet 2015. Kommunene arbeider aktivt for å nå målsettingene som er skissert i Kompetanseløftet, men uten at dette nødvendigvis kan beskrives som strategisk arbeid. Initiativ til utdanning tas hovedsakelig av de ansatte selv. Basert på case-intervjuene virker det som at kommunene tar i bruk de mulighetene Kompetanseløftet gir, men uten at det nødvendigvis gjøres planmessig. Over tid ser vi imidlertid en *utvikling* som er verdt å merke seg: Våre data indikerer at spørsmål knyttet til rekruttering og kompetanseheving er høyere politisk prioritert i flere kommuner over tid, det er blitt større bevissthet om behovet for planlegging, og det er blitt økt fokus på strategisk kompetansestyring for ledere i pleie og omsorgssektoren, ikke minst gjennom tiltaket Flink med folk i første rekke, som er et av tiltakene som inngår i handlingsplanen. Kort sagt: det er blitt tydeligere at rekruttering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren er et politisk/administrativt ledelsesansvar og at det krever målrettet satsning. Kompetanseløftet har medført et økt fokus på rekruttering og kompetanseheving. Nøyaktig hvor stor effekt Kompetanseløftet har hatt er vanskelig å si.

Hvilken konklusjon kan vi så trekke når det gjelder styringen av iverksettingen av Kompetanseløftet 2015? Hvilken merkelapp er mest passende: Styring eller styringsdialog? På departementsnivå har det i hele evalueringssperioden vært høy politisk/administrativ oppmerksomhet om utfordringene i pleie- og omsorgssektoren. Riktignok har den kommende Samhandlingsreformen nok påkalt mer oppmerksomhet enn Kompetanseløftet 2015 i siste del av evalueringssperioden. Verken i forholdet mellom departement og direktorat, mellom direktoratet og fylkesmennene, og langt mindre i forhold til kommunene ser vi imidlertid åpenbare kimer til konflikt og stram hierarkisk styring. Dialog er en mer nærliggende beskrivelse, selv om vi ikke finner mange nettverkslignende koblinger og møtepunkter, verken vertikalt eller horisontalt i iverksettingskjeden. De horisontale relasjonene framstår ikke særlig tydelig; men her kan det stilles spørsmål om hvor nødvendig de faktisk har vært for den samlede koordineringen og iverksettingen.

Verken stram hierarkisk styring eller nettverksstyring gir imidlertid, etter vår vurdering, et fullgodt bilde av iverksettingen av

satsningen. Snarere ser vi konturene av en statlig «overrisling» av tiltak og virkemidler, som, gjennom gjensidig aksept for målsettingene og lite konfliktpotensial, har beredt grunnen for økt oppmerksomhet om, og mer strategisk arbeid med rekruttering og kompetanseheving lokalt. Samtidig fremstår utdanningstilbyderne, universiteter og høyskoler, også som positive og interesserte deltaker i samhandling med kommunene i forbindelse med Kompetanseløftet 2015.

I kapittel 1 har vi beskrevet målstrukturen i Kompetanseløftet som kompleks, og med en blanding av delmål og virkemidler. Det er mer sannsynlig at denne kompleksiteten i mål har vært en fordel enn en ulempe, ikke minst med tanke på hvor avgjørende implementeringen på lokalt nivå er. Evalueringens hovedfokus har vært implementering og måloppnåelse, ikke selve målene. Vi vil likevel reise spørsmål om hvorfor Kompetanseløftet 2015 ikke inneholder eksplisitte målformuleringer i forhold til å dekke kommunenes behov innenfor planen.

I løpet av den perioden evalueringen har vart, er mange av måltallene nådd. Det har vært en betydelig vekst i antall årsverk, og spesielt av faglært personell. Her er målet om 10 000 nye fagutdannede årsverk i perioden overskredet med mer enn 50 prosent. Kanskje har dette målet vært for lite ambisiøst? Det er ikke urealistisk å nå målet om at 34 prosent av årsverkene skal ha høyere utdanning innen 2015. Et viktig bidrag til måloppnåelsen er at stillingsprosenten har økt blant de ansatte. Bemanningen i denne sektoren er blitt styrket, både med hensyn til volum og kompetanse. En viktig faktor i måloppnåelsen, er at antall ansatte med innvandrerbakgrunn har økt. Dette dreier seg både om sysselsetting av bosatte i Norge med innvandrerbakgrunn, og at utenlandsk arbeidskraft har kommet til Norge, både på individuell basis og organisert av bemanningsselskaper. Spesielt i de store byene har dette vært helt nødvendig for å øke bemanningen.

Utviklingen viser også en del mindre vellykkede sider. I den siste delen av perioden har utviklingen vært betydelig svakere enn i den første perioden, og det er tegn til stagnasjon. Dette kan bli en utfordring for det videre arbeidet for å styrke bemanningen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Det aller mest synlige problemet er imidlertid rekrutteringen av yngre kvalifisert personell gjennom videregående opplæring. Rekrutteringen til

helsearbeiderfaget er betydelig svakere enn forutsatt, vesentlig fordi nesten halvparten av elevene i studieretning for helse- og sosialfag søker seg til påbygning til studieforbereidende. Dette kompenseres i noen grad av at også en del eldre kvalifiserer seg, men i forhold til volumet på den tidligere hjelpepleierutdanningen, er tallene lave. Mange av dem som blir autorisert som fagarbeidere, er utenlandske.

Litteratur

- Agenda (2006): "Kompetanseutfordringer i norske kommuner. Strukturelle forskjeller og lokale opplevelser". *Rapport R5472 Agenda utredning og utvikling.*
- Bukve, O. (2009). "Styringsdialog – styring eller dialog? Om vilkåra for samhandling ved flernivåstyring". *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift* 1/09:59-71
- Christensen, T. og P. Læg Reid (2006): *Autonomy and Regulation.* Edward Elgar Publishing Limited
- Christensen, Tom, Per Læg Reid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik. 2009. *Organisasjonsteori for offentlig sektor.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Disch, P. G. og E. Vetvik (2009): "Framtidens omsorgsbilde - slik det ser ut på tegnebrettet". *Senter for omsorgsforskning Sør.* Universitetet i Agder, Høgskolen i Telemark.
- Econ (2008): "Rekruttering og arbeidskraft i kommunene – en kunnskapsstatus. *Econ rapport 2008-128*
- Egeberg, M. (1984): *Organisasjonsutforming I offentlig virksomhet.* Oslo. Tano
- Egeberg, M. (2003): "How Bueraucratic Structure Matters: An Organizational Perspective". I B. Guy Peters og Jon Pierre (red.): *Handbook of Public Administration.* London: Sage Publications.

- Eikemo, T. A. & T. Høyvarden Clausen (red) (2007). *Kvantitativ analyse med spss. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Trondheim. Tapir
- Elmore, R. (1980): "Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions". *Political Science Quarterly* 94(3):601-616
- Fevang, E., S. Strøm og E.M. Sæther (2008): "Er kommunesektoren og/eller staten lønnsledende? En sammenligning av lønnsnivå for arbeidstakere i kommunal, statlig og privat sektor". I samarbeid med Pricewaterhousecoopers. *Rapport 2008/1*. Frischsenteret.
- Fimreite, A.L. og P. Lægreid (red.) (2011) *Organisering, samfunnsikkerhet og krisehåndtering*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fimreite, A.L. og P. Lægreid (2009): "Samordning – flernivåstyrings store utfordring. I I. Helgøy og J. Aars (red): *Flernivåstyring og demokrati*. Bergen. Fagbokforlaget
- Fimreite, A.L., Y. Flo, P. Selle og T. Tranvik (2007): "Når sektorbandene slites. Utfordringer for den norske velferdsmodellen". I *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(2):165-196
- Finansdepartementet (2010). *Reglement for økonomistyring i staten. Bestemmelser for økonomistyring i staten*. Tilgjengelig på: http://www.regjeringen.no/Upload/FIN/Vedlegg/okstyring/Reglement_for_ekonomistyring_i_staten.pdf
- Frølich, N. (2011): "Nære relasjoner og store avstander: Lærestedenes samspill med kommunene i Kompetanseløftet 2015. NIFU 2011
- Frøseth, M.W., E. Hovdhaugen, H. Høst & N. Vibe (2010): *En, to...tre? Den vanskelige overgangen. Evaluering av Kunnskapsløftet. Fra andre til tredje år i videregående opplæring*. Oslo, NIFU STEP rapport 21/2010
- Gulick, L. (1937). "Notes on the Theory of Organizations. With Special Reference to Government". I L. Gullick og L. Urwin

(red): *Papers on the Science of Administration* New York: A.M Kelly

- Hansen, T., M. Indset, Sletnes I. & T. Tjerbo (2009): "Fylkesmannen mellom lokalt folkestyre og statlig styring". *NIBR rapport 2009:19*. Norsk institutt for by- og regionforskning
- Helgesen, M., M. Feiring, G.V. Hansen og H. Ramsdal (2005): "Kompetanseutvikling i kommunene. Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid." *NIBR-rapport 2005:10* Norsk institutt for by- og regionforskning
- Helgesen, M., I.M. Stigen & Tjerbo, T. (2009): "Kompetanseløftet 2015 – kommunenes deltakelse: Erfaringer høsten 2008." *NIBR-notat 2009:103* Norsk institutt for by- og regionforskning
- Helgesen, M. K. (2010): "Flink med folk i første rekke. Organisering og iverksetting. En underveisrapport". *NIBR-rapport 2010:7* Norsk institutt for by- og regionforskning
- Hovik og Stigen (2008): Kommunal organisasjon 2008: En redegjørelse for Kommunal- og Regionaldepartementets organisasjonsdatabase. *NIBR rapport 2008:20* Norsk institutt for by- og regionforskning
- Høst, H., C.Å. Arnesen, T. Næss & P.O. Aamodt (2010): *Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 2*. Oslo, NIFU STEP rapport 3/2010
- Høst, H., C.Å. Arnesen, T. Næss & P.O. Aamodt (2009): *Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 1*. Oslo, NIFU STEP rapport 12/2009
- Kjellberg og Reitan (1995): *Studiet av offentlig politikk – en innføring*. Oslo: Tano
- Kommunal- og regionaldepartementet (2007): www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/fakta-om-kommunene-og-fylkeskommunene lastet ned mars 2011

- KS (2007): *Stolt og unik. Arbeidsgiverstrategi mot 2020*. Kommuneforlaget, Oslo
- KS (2009): *Beholde og rekruttere! En strategi for arbeidskraft og rekruttering*. Kommuneforlaget, Oslo
- Kommunal- og Regionaldepartementet (2008). *Statlig styring av kommunesektoren – veileder for arbeidet med tiltak og reformer som berører kommuner og fylkeskommuner*. Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no/Upload/KRD/Vedlegg/KOMM/Veiledere/Veileder%20H-2186.pdf>
- Kleven, T. (2011). "Planlegging og politikk – teori og praksis". www.kommunetorget.no
- Kjellberg, F. (1974): "Politiske konsekvenser av standardiseringen av offentlige ytelser. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 15(2):138-153
- Kjellberg, F. (1977): "Do Policies (Really) Determine Politics?" *Policy Studies Journal* 5(3):554-549
- Lowi, T. (1964): "American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory". I *World Politics* 16(4):677-715
- Lowi, T. (1972): "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". *Public Administration Review*. 32(2):298-310
- Marks, G. og L. Hooghe (2004): "Contrasting Visions of Multi-Level Governance. I Bache og M. Flinders (red). *Multi-level Governance*. Oxford. Oxford University Press
- Mohr, L.B. (1995). *Impact analysis for program evaluation*. Andre utgave. Sage. Thousand Oaks, California
- Pressmann, J.L. & A. Wildavsky (1984): *Implementation*. Berkely. California University Press
- Ramberg, I. (2009) "Muligheter og utfordringer ved bruk av kontrafaktisk analyse i forskningsbaserte evalueringer". *NIFU rapport 44/2009*

- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2008): "Kommunalt selvstyre eller samstyring" i *Tidsskrift for samfunnsforskning*, nr. 3/08
- St. meld. Nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening, framtidens omsorgsmuligheter
- Stigen, I.M. & T. Tjerbo (2011): Evalueringen av Kompetanseløftet: Underveisnotat nr. 2. NIBR-notat 2011:108 Norsk institutt for by- og regionforskning
- Stigen, I.M., Helgesen, M. & T. Tjerbo (2011): Fylkesmennenes og kommunenes arbeid med Kompetanseløftet 2015: Om muligheter og begrensninger i et flernivåsystem. NIBR-notat 2011:107 Norsk institutt for by- og regionforskning
- Texmon, I. og N.M. Stølen (2009). "Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008". *SSB rapport 2009/9*
- Torsteinsen, H. (2006) *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon. Instrument, symbol eller maktmiddel?* Dr.avhandling. Universitetet i Tromsø.
- Van Meter, D.S. & C.E. Van Horn (1975): "The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework" I *Administration and Society* 6(4): 445-488
- Vibe, N., S.S. Brandt & E. Hovdhaugen (2011): *Underveis i videregående opplæring. Evaluering av Kunnskapsløftet. Underveisrapport fra prosjektet «Struktur, gjennomføring og kompetanseoppnåelse»*. Oslo, NIFU rapport 19/2011
- Wilson, J.Q. (1973): "Issue Areas and Foreign Policy Process". *American Political Science Review* 75(4):1204-1212
- Wilson, J. Q. (1980): *The Politics of Regulation*. New York. Basic Books.
- Aamodt, P.O., H. Høst, C.Å. Arnesen & T. Næss (2011): *Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 3*. Oslo, NIFU STEP, Rapport 1/2011