

Hege Hofstad
Marit K. Helgesen

Å iverksette en reform: «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015» som modeller for større kompetansehevende satsinger

NIBR

By- og regionforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Å iverksette en reform:
«Helse og omsorg i plan» og
«Kompetanseløftet 2015»
som modeller for større
kompetansehevende
satsinger**

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2016:9	Kulldriftens betydning for utviklingen i Longyearbyen
Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016	Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg. Sluttrapport fra evalueringen av kompetanseløftet
NIBR-rapport 2014:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS` etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 2.
NIBR-rapport 2013:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS` etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging.

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no

Hege Hofstad
Marit K. Helgesen

**Å iverksette en reform:
«Helse og omsorg i plan» og
«Kompetanseløftet 2015»
som modeller for større
kompetansehevende
satsinger**

NIBR-rapport 2016:16

Tittel: Å iverksette en reform: «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015» som modeller for større kompetansehevende satsinger

Forfatter: Hege Hofstad og Marit K. Helgesen

NIBR-rapport: 2016:16

ISSN: 978-82-8309-128-1 (trykt)
ISBN 978-82-8309-129-8 (elektronisk)

Prosjektnummer: 3529

Prosjektnavn: Komparativ analyse helse

Oppdragsgiver: KS

Prosjektleder: Hege Hofstad

Referat: Rapporten viser en komparasjon av to modeller for kompetansebygging som del av oppfølgingen av samhandlingsreformen – «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015». Komparasjonens mål er å undersøke om Helse og omsorg i plan er egnet som modell for kompetansehevende satsinger og hvordan modellen eventuelt kan videreutvikles.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Oktober 2016

Antall sider: 53

Pris: 250,-

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO
Telefon: (+47) 67 23 50 00
E-post: post@nibr.hioa.no

Vår hjemmeside: <http://www.hioa.no/nibr>

Trykk: X-idé
Org. nr. NO 997058925 MVA
© NIBR 2016

Forord

By- og regionforskningsinstituttet NIBR har gjennomført en fireårig følgeevaluering (2012-2015) av «Helse og Omsorg i Plan» (Helomplan), et etter- og videreutdanningsprogram på masternivå med mål om å øke kunnskapen om helse, folkehelse og planlegging i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn (se Hofstad og Bergsli 2016). Denne rapporten springer direkte ut av evalueringen av Helse og omsorg i Plan.

Helse og omsorg i plan sin styringsgruppe ønsket et tilleggsoppdrag som direkte følger opp Helse og omsorg i plan, men hvor en hever blikket og ser mer generelt på kompetanseheving knyttet til større reformer (i dette tilfellet Samhandlingsreformen), samt en vurdering av om Helse og omsorg i plan-modellens egnethet. Resultatene fra følgeevalueringen av Helomplan holdes opp mot resultatene fra evalueringen av kompetanseløftet 2015. Denne sammenlikningen gir så grunnlag for vurdering av Helomplanmodellens egnethet og muligheter for videreutvikling.

Forfatterne vil rette en stor takk til informantene som har svart på spørreundersøkelser og stilt opp i intervjuer som en del av evalueringene av Helse og omsorg i plan og Kompetanseløftet 2015. Stor takk også til KS ved John Jacobsen for meget godt samarbeid.

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	4
Sammenheng.....	5
Summary	9
1 Bakgrunn.....	13
1.1 Om de to modellene for kompetanseheving	13
1.1.1 Helse og omsorg i plan.....	13
1.1.2 Kompetanseløftet 2015.....	14
1.1.3 Om oppdraget	15
1.1.4 Data og metode.....	15
1.2 Hvordan måle modellenes egnethet?	16
1.3 Gangen i rapporten.....	19
2 Opplæringen: Hvilken kompetanse bygger de to modellene?	20
2.1 Helse og omsorg i plan.....	20
2.1.1 Bruk av statistikk	21
2.1.2 Plankompetanse	22
2.1.3 Tverrsektorielt arbeid	22
2.1.4 Samhandling kommuner - helseforetak	22
2.1.5 Når Helomplan tas med «hjem».....	23
2.2 Kompetanseløftet 2015.....	23
2.2.1 Oppbygging.....	25
2.2.2 Kurs etter ABC-metodikken	26
2.2.3 Aktiv omsorg	26
2.2.4 Ledelsesutdanning.....	27
2.3 Komparasjon: Opplæringsmodellen	28
3 Planleggingens rolle i undervisningsopplegget.....	30
3.1 Planlegging sin plass i Helomplan	30
3.2 Planlegging sin plass i K2015	33
3.3 Komparasjon: Planlegging i de to modellene	36

4	Modellenes egnethet som støtte for implementeringen av samhandlingsreformen.....	37
4.1	Effekter av K2015.....	37
4.1.1	Hvilke kommuner har utdannet personell som del av K2015?.....	38
4.2	Effekter av Helomplan.....	39
4.2.1	Sterkere kunnskapsbase og legitimitet	39
4.2.2	Gradvis økt tilgang til planleggingen.....	41
4.2.3	Samarbeid og koordinering på tvers fortsatt en utfordring	42
4.3	Komparasjon: Problemets karakter og typen implementeringsmodell.....	42
4.3.1	Komplekse og tamme problemer	42
4.3.2	Implementeringsmodellene	45
4.4	Behovet for samstyring og samarbeid.....	46
4.4.1	Helomplan og innovasjon.....	48
4.5	Konklusjon.....	49
	Litteratur	52

Tabelloversikt

Tabell 3.1: <i>Omtales folkehelse/ helse i følgende planer?</i> <i>(Mulig å sette flere kryss)</i>	31
Tabell 4.1: <i>Helomplan: Drivere og barrierer i strukturer og hos</i> <i>aktører</i>	47

Figuroversikt

Figur 3.1: <i>Forankring av kommunes kompetanse- og/ eller</i> <i>rekrutteringsplan i det kommunale planverket.</i> Prosent, N=299	33
--	----

Sammendrag

Hege Hofstad og Marit Helgesen

Å iverksette en reform: «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015» som modeller for større kompetansehevende satsinger

NIBR-Rapport 2016:16

Denne rapporten springer ut av et oppdrag for KS hvor målet er å se nærmere på kompetanseheving knyttet til større reformer (i dette tilfellet Samhandlingsreformen) samt en vurdering av Helse og omsorg i plan-modellens (Helomplan) egnethet. Mer spesifikt skulle følgende problemstilling belyses: *I hvilken grad er Helse og omsorg i plan egnet som modell for kompetansehevende satsinger og hvordan kan eventuelt modellen utvikles?* Problemstillingen belyses gjennom å sammenlikne Helomplan-modellen med en annen relevant modell, Kompetanseløftet (K2015). Begge modeller har nylig blitt evaluert (se Hofstad og Bergsli 2016 og Helgesen et al 2016), og det er disse evalueringene som danner grunnlag for sammenlikningen. Modellene er ulike, men er begge eksempler på kunnskapsmessig oppbygging som en del av iverksettingen av samhandlingsreformen. Hovedvekten i rapporten ligger på Helomplan, men gjennom å speile denne modellen i K2015 kommer Helomplan – modellens egnethet og utviklingspotensial tydeligere fram.

Om modellene

Helse og omsorg i plan (Helomplan), er et ettårig etter- og videreutdanningstilbud på masternivå for ansatte i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn som arbeider med helse, folkehelse, omsorg og planlegging. I tråd med samhandlingsreformen er målet med utdanningen å styrke kommunenes evne til å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer gjennom å styrke kompetansen innen analyse,

forvaltning og planlegging. Mer spesifikt skal utdanningen gi innsikt i planlegging etter plan- og bygningsloven og langsiktig, og systematisk strategiarbeid ut fra både et bredt folkehelseperspektiv og et helse- og omsorgstjenesteperspektiv. Helomplan skal således bidra til å styrke kapasiteten og kompetansen til å følge opp samhandlingsreformens mål om bedre koordinerte tjenester og vektleggingen av forebygging snarere enn reparasjon (St meld 47 2008-2009).

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanseheving av kommunale arbeidstakere på helse-/folkehelsefeltet etter en litt annen modell. Her kan kommunene søke Helsedirektoratet om stimuleringsmidler. Nærmere bestemt er kompetanseløftet en kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene og inngår i Omsorgsplan 2015. Planen omfatter tiltak for å sikre god rekruttering, høy kompetanse og stabil bemanning i pleie- og omsorgssektoren, og den inneholder strategier og tiltak som skal møte både kortsiktige og langsiktige utfordringer: Endrede rekrutteringsforhold, høy avgang fra sektoren, behov for styrking av ledelses- og veiledningskompetansen, behov for større faglig bredde, stort omfang av deltidsstillinger og at det er få menn i omsorgssektoren. Kompetanseløftet er også ett av regjeringens virkemidler for å realisere regjeringens målsetting om 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten.

Sentrale funn

Gjennom en sammenlikning av K2015 og Helomplan har denne rapporten hatt som mål å belyse i hvilken grad Helomplan er egnet som modell for kompetansehevende satsinger og hvordan modellen eventuelt kan utvikles. Sammenlikningen bidrar til å tydeliggjøre Helomplans særtrekk. De to modellene er ulike. Helomplan handler om å bidra til bredt utviklingsarbeid lokalt, mens K2015 har som mål å skape dypere kunnskap i hele helse- og omsorgssektoren. K2015 har derfor ikke direkte overføringsverdi for Helomplan, men komparasjonen bidrar til å sette Helomplan i relieff. Komparasjonen kaster nytt lys på modellen og er nyttig i forståelsen og vurderingen av Helomplan.

Evalueringen av Helomplan viser at etter- og videreutdanningen har lyktes godt med å gi kompetanse som oppleves som relevant og nyttig av studentene (Hofstad og Helgesen 2013, Hofstad og

Helgesen 2014, Hofstad og Bergsli 2016). Videre har komparasjonen av K2015 og Helomplan tydeliggjort at Helomplan er kjennetegnet ved å ha et bredt mandat som handler om å skape ringvirkninger fra deltakerens kunnskap om folkehelse, helse, samhandling og planlegging, samt de virkemidlene som kan brukes i dette arbeidet (statistikk og tverrsektorielt arbeid).

Imidlertid er modellen, om den skal lykkes, avhengig av at kunnskapen ikke forblir kun i den enkeltes hode, men bidrar til kunnskapsdeling og læring i organisasjonen. For å få dette til, er man avhengig av å prioritere følgende. *Organisasjonsmessig prioritet*, gjennom å gi Helomplan-deltakeren tilgang til organisasjonen og til relevante organisasjonsprosesser. Ikke minst gjelder dette planprosesser i kommunen. *Kapasitetsmessig prioritet*, gjennom å gi Helomplan-deltakeren mulighet til å bruke tid på å videreutvikle og ta i bruk kunnskapen han/hun har tilegnet seg på Helomplan. Videre har det en positiv effekt dersom to eller flere fra samme organisasjon deltar på Helomplan. Da kan de fungere som et team i etterkant og stå sterkere i å skape endringer lokalt. Med andre ord er den lokale konteksten en nøkkel til Helomplans suksess.

Anbefalinger

Til tross for at Helomplan-modellen er vellykket, er likevel spørsmålet om en i større grad bør se utdanningen i sin lokale kontekst, å bygge opp tilleggsmoduler eller tilleggskrav som skjerper fokus på kontekstuelle faktorer sin betydning for om modellen får de ønskede virkningene i organisasjonene som sender deltakere på Helomplan. Vi foreslår følgende tiltak for å øke den lokale støtten og oppfølgingen av Helomplan etter endt utdanning:

- Stille tydeligere krav til ledelsen i den gjeldende organisasjonen om at man har en klar strategi som den eller de ansattes deltakelse er en del av.
- Oppfordre, evt kreve, at organisasjoner som vurderer å sende en av sine ansatte på Helomplan sender mer enn en ansatt da dette ser ut til å ha en positiv effekt på evnen til å skape ringvirkninger.
- Gi kunnskap om hvordan ideene og teoriene som undervises i på Helomplan kan omsettes til handling.

Helomplan skal være en møteplass for aktører fra ulike organisasjoner og med ulik fagbakgrunn. Et spørsmål er imidlertid om det brede perspektivet med sterkt innslag av helse og omsorg har gjort det vanskeligere å selge inn etter- og videreutdanningen til aktører med en annen bakgrunn. Særlig regional- og kommuneplanleggere savnes på Helomplan. Samtidig er det nettopp utdanningens planleggingsfokus som motiverer studentene til å ta Helomplan. Spørsmålet er om planlegging i et folkehelseperspektiv bør heves enda mer fram, og om helse- og omsorgsfokuset bør dempes noe ned. En slik utvikling ville spille på lag med Helomplans brede mandat hvor målet er å styrke betingelsene for å anvende samfunnsplanlegging og strategisk planlegging som verktøy for helse-/folkehelsearbeid.

En større vektlegging av planlegging og folkehelse og et sterkere fokus på en mer praktisk tilnærming vil kreve at noe tas ut eller dempes. Samhandlingsproblematikken skiller seg tematisk fra de andre områdene, samtidig som det er dette området som er vanskeligst å koble til planlegging. I tillegg er dette et område hvor to veldig ulike praksiser og kompetanser møtes. For å yte dette temaet ordentlig rettferdighet kreves det sannsynligvis mer tid og at studentene har direkte erfaring med samhandling. Dersom man går for en vridning av Helomplan i tråd med våre anbefalinger, er derfor en mulighet at samhandlingsdelen av undervisningen tas ut av Helomplan.

Konklusjon

Deltakerne, deres ledere og planleggere er gjennomgående fornøyde og vurderer kompetansen de har fått som nyttig både for dem selv og den organisasjonen de er en del av. Vi mener det er grunn til å konkludere med at Helomplan og de ressursene som er lagt inn i utviklingen og driften av etter- og videreutdanningsprogrammet er vel anvendte penger og at tilbudet bør fortsette.

Summary

Hege Hofstad og Marit Helgesen

To implement a reform: «Helse og omsorg i plan» and «Kompetanseløftet 2015» as models for larger, competence enhancing efforts

NIBR Report 2016:16

This report is a result of a KS-financed research project. The project's aim was to study competence building tied to larger reforms (in this case the Norwegian coordination reform[samhandlingsreformen]) and judge the suitability of the "Helse og omsorg i plan" (Helomplan) model. More specifically, the research question was; *to what extent is Helomplan suitable as a model for competence-enhancing efforts and how may the model be further developed?* This is illuminated through a comparison of Helomplan and another, topical model, Kompetanseløftet (K2015). Although these models diverge, they share a common aim of competence building to support the implementation of the coordination reform (this became an aim for K2015 along the way). In the comparison, most attention is given to the Helomplan-model – but by mirroring this model in K2015, the suitability and developmental potential becomes clearer.

On the models

Helomplan is a one-year program for further education at the master level. The program is offered to people working in local or regional government, public hospital owners and the county governor involved in health issues in general, population health, care and planning.

In line with the coordination reform, the goal of the program is to strengthen local government's ability to meet the coming health and care challenges by strengthening their competence regarding

analysis, management and planning. More specifically, the education will give insight on planning according to the Norwegian Planning and Building Act, as well as long-term, systematic strategic work in a population health and a health and care perspective. Hence, Helomplan shall contribute to strengthen the capacity and competence to implement the coordination reform's goal of better coordination of services and precaution rather than repair (St meld 47 2008-2009).

Kompetanseløftet 2015 is the government's competence building for municipal health/population health workers. In this model, local governments may apply for financial support to further education of their employees from the Health directorate. K2015 is more specifically a competence and recruitment plan for the municipal care services as part of the Care plan 2015. The plan includes measures to secure good recruitment, high competence and stable employment in the care sector. Furthermore, it includes strategies and measures meeting short-term and long-term challenges: changing recruitment matters, high departure from the sector, need for strengthening the competence on management and guidance, need for professional breadth, huge share of part-time positions, and few male workers. Additionally, K2015 is one of the government's measures to realize their goal on having 10 000 new person-hours in the municipal care service.

Results

The comparison between Helomplan and K2015 contributes to clarify Helomplan's core characteristics. The two models, however, diverge. Helomplan's goal is to contribute to local development on a broad scale, while K2015 has a narrower focus – the aim is to create deeper and qualitatively higher knowledge in the health and care sector. Furthermore, Helomplan has a clearer developmental ambition. The aim is to stimulate broad local change that will create a shift from policies and action mainly focused on immediate needs – i.e. tackling pressing health challenges (repair). To prevention and health promotion before there is severe problems to cure. By building knowledge on population health, health, coordination, management and planning, as well as core supporting measures (statistics, cross-sector work) the aim is that this knowledge will spread from the participant(s) throughout the organization in question. A corresponding developmental focus do

not exist in K2015, where the aim is to heighten the professional quality of the health and care sector. As such, experiences from K2015 does not have direct applicability to Helomplan.

Nevertheless, the comparison puts Helomplan in relief by putting new light on Helomplan that are useful for the understanding and further development of Helomplan.

The evaluation of Helomplan shows that the students find the educational program relevant and useful (Hofstad and Helgesen 2013, Hofstad and Helgesen 2014, Hofstad and Bergsli 2016). However, the model's success depend on the organization's ability to make use of the new ideas and knowledge by stimulating to knowledge transfer and learning. Two forms of priority is crucial. *Organizational priority* by giving the participant(s) access to the organization and to relevant organizational processes, not least planning processes. *Prioritizing capacity* by giving the participant(s) at Helomplan ability to spend time to further develop and use the newly acquired competence. Furthermore, organizations that send more than one participant experience greater effects of Helomplan than the ones with only one participant. Hence, the local context is key to Helomplan's success.

Recommendations

The Helomplan-model is in itself successful. The students find the educational program relevant, meaningful and interesting.

However, its ultimate success is dependent on the ability to make use of the competence "at home". The question is if one should build additional models and requirements that contribute to a sharpened focus on contextual factors. We propose the following:

- Require a clear strategy for how the competence will be used in the organization after Helomplan
- Encourage, or require, participation of more than one person from each organization as the evaluation shows that creating change is easier when one is part of a team.
- Put stronger focus on how ideas and theories thought on Helomplan can be translated into action.

Conclusion

The participants on Helomplan, their leaders and planners in their organization are content with the education with the education given and judge the competence acquired as relevant for the student and the organization he/she represents. Our conclusion is that the resources spent on development and management of Helomplan is a good investment and should continue.

1 Bakgrunn

Denne rapporten springer ut av et ønske om å se nærmere på kompetanseheving knyttet til større reformer (i dette tilfellet Samhandlingsreformen) samt en vurdering av Helse og omsorg i plan-modellens (Helomplan) egnethet. Komparasjon er en egnet metode når en ønsker å få fram styrkene, svakhetene og egenarten til et fenomen. I kontrasten til noe annet, sammenlignbart, kommer det unike tydeligere fram.

I denne rapporten sees nevnte Helomplan i lys av Kompetanseløftet (K2015). K2015 bygger på en annen modell, men er som Helomplan relevant som oppfølging av samhandlingsreformen. Vekten vil imidlertid primært legges på Helomplan. Begge modellene er nylig blitt evaluert, og det er disse evalueringene som danner utgangspunkt for komparasjonen. På denne måten vil Helomplan – modellens egnethet og utviklingspotensial bli klarere.

1.1 Om de to modellene for kompetanseheving

1.1.1 Helse og omsorg i plan

Helse og omsorg i plan (Helomplan), er et ettårig etter- og videreutdanningstilbud på masternivå for ansatte i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn som arbeider med helse, folkehelse, omsorg og planlegging. I tråd med samhandlingsreformen er målet med utdanningen å styrke kommunenes evne til å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer gjennom å styrke kompetansen innen analyse, forvaltning og planlegging. Mer spesifikt skal utdanningen gi

innsikt i planlegging etter plan- og bygningsloven og langsiktig, og systematisk strategiarbeid ut fra både et bredt folkehelseperspektiv og et helse- og omsorgstjenesteperspektiv. Helomplan skal således bidra til å styrke kapasiteten og kompetansen til å følge opp samhandlingsreformens mål om bedre koordinerte tjenester og vektleggingen av forebygging snarere enn reparasjon (St meld 47 2008-2009).

Helomplan er initiert av Helse- og omsorgsdepartementet, mens Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging (SEVS) ved KS er prosjektleder og driver av undervisningstilbudet. Studiet startet opp høsten 2012 og skulle opprinnelig gå til 2015. Imidlertid ble perioden forlenget i statsbudsjettet for 2015/2016.

Helomplan er et ettårig deltidsstudium (30 studiepoeng) som består av fire samlinger, en eksamen og en prosjektoppgave. Studiet subsidieres av helsemyndighetene og er derfor gratis for deltakerne. Undervisning tilbys av Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Volda, Universitetet i Tromsø, Universitetet i Agder og Høgskolen i Vestfold og Buskerud (til og med våren 2016). Hvert av disse utdanningsstedene har 40 studieplasser tilgjengelig for dette studiet og studenttallet har variert mellom om lag 130-160 studenter per semester.

1.1.2 Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanseheving av kommunale arbeidstakere på helse-/folkehelsefeltet etter en litt annen modell. Her kan kommunene søke Helsedirektoratet om stimuleringsmidler. Nærmere bestemt er kompetanseløftet en kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene og inngår i Omsorgsplan 2015. Planen omfatter tiltak for å sikre god rekruttering, høy kompetanse og stabil bemanning i pleie- og omsorgssektoren, og den inneholder strategier og tiltak som skal møte både kortsiktige og langsiktige utfordringer: Endrede rekrutteringsforhold, høy avgang fra sektoren, behov for styrking av ledelses- og veiledningskompetansen, behov for større faglig bredde, stort omfang av deltidsstillinger og at det er få menn i omsorgssektoren. Kompetanseløftet er også ett av regjeringens virkemidler for å realisere regjeringens målsetting om 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten.

1.1.3 Om oppdraget

Helomplan og K2015 er, henholdsvis direkte og indirekte, knyttet til oppfølging av samhandlingsreformen – å gjøre kommunene bedre rustet til iverksetting av reformen. Resultatene fra evalueringen av Helomplan vil holdes opp mot resultatene fra evalueringen av K2015. Komparasjonen består av en sammenligning av modellene og resultatene de har skapt, samt aktuell forskningslitteratur. Denne sammenlikningen vil gi grunnlag for vurdering av Helomplanmodellens egnethet og mulig videreutvikling av tilbudet. Følgende problemstilling vil besvares i rapporten:

I hvilken grad er Helse og omsorg i plan egnet som modell for kompetansehevende satsinger og hvordan kan eventuelt modellen utvikles?

1.1.4 Data og metode

Det empiriske grunnlaget er først og fremst sluttevalueringene av Helomplan og K2015. Disse evalueringene bygger på følgende datagrunnlag.

Helomplan (Hofstad og Bergsli 2016):

Statusundersøkelse – en spørreskjemaundersøkelse til alle studenter som deltok på det første og andre kurset høsten 2012/våren 2013 og høsten 2013/våren 2014. Skjemaet ble sendt ut ved utdanningens begynnelse, det vil si høsten 2012 og høsten 2013. Denne undersøkelsen ble gjentatt til de samme respondentene desember 2015.

Intervjudata – intervjuer med deltakere, deres overordnede og planlegger i seks kommuner og to fylkeskommuner.

Undervisningsundersøkelse – Spørreskjemaundersøkelse til det første og andre kullet etter undervisningsårets slutt i 2013 og 2014.

K2015 (Helgesen mfl 2016):

Registerdata – En rekke kjøring på registerdata fra Statistisk sentralbyrå.

Surveydata - til sammen fire spørreskjemaundersøkelser til kontaktpersonene for Kompetanseløftet i kommunene.

Intervjudata - Det er gjennomført to runder med intervjuer i kommuner i løpet av evalueringen. Informantene er kontaktpersoner for K2015 og relevante ledere for omsorgstjenester på overordnet nivå samt førstelinjeledere og medarbeidere som har tatt utdanning. Det er foretatt til sammen 20 intervjuer i fem kommuner knyttet til første runde og i seks kommuner i andre runde.

Regionale intervjudata - Data fra fylkesmennene om deltakelse i K2015

KS – spesialkjøringer gjennomført på KS-data

I utgangspunktet ønsket vi også å nyttiggjøre oss resultater fra evalueringer av sammenlignbare modeller i de andre skandinaviske landene og fra evalueringer av tiltak knyttet til relevante reformer. Imidlertid fant vi ikke relevante evalueringer i verken Danmark eller Sverige. Vi har også gått igjennom de mange rapportene fra evalueringen av NAV-reformen og av samhandlingsreformen og vi fant heller ikke der sammenlignbare tiltak som kunne bidratt til analysen.

Imidlertid har vi nyttiggjort oss mer generell forskningslitteratur i analysen av de to modellene. Både implementeringslitteratur, litteratur om komplekse eller gjenstridige problemer samt offentlig samarbeidsdrevet innovasjon ble funnet svært nyttig for å sette de to modellene i perspektiv og heve blikket opp fra detaljene i modellene.

1.2 Hvordan måle modellenes egnethet?

Årsaken til at det er interessant å sammenlikne Helomplan med K2015 er at de begge har relevans for samhandlingsreformen og bidrar til å støtte opp om implementeringen av denne reformen. Når vi måler de to modellenes egnethet, vil vi derfor ta utgangspunkt i deres tilknytning til samhandlingsreformen.

Av de to modellene vi undersøker her, er det K2015 som har fungert lengst. Allerede fra midten av 1990-tallet ble tiltak utviklet for å øke kapasiteten og kvaliteten i det kommunale tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorg. Siden har flere tiltak blitt utviklet, med K2015 som det største og mest omfattende

tiltaket (Helgesen mfl 2016). Til grunn for disse satsingene ligger de demografiske utfordringene knyttet til at det blir flere eldre med behov for pleie og omsorg, den såkalte «eldrebølgen». K2015 og de tidligere satsingene er en måte å møte denne kapasitetsutfordringen på, gjennom å utdanne flere til pleie- og omsorgssektoren og å øke kompetansen til de som allerede arbeider i denne sektoren.

Eldrebølgen ligger også til grunn for utviklingen av samhandlingsreformen. I stortingsmeldingen hvor reformen lanseres heter det at (St meld 47 2008-2009, s. 13):

«Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i likhet med andre Vest- europeiske land, i stor endring. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander».

En sykere og eldre befolkning utgjør en av tre utfordringer som samhandlingsreformen er et svar på. K2015 og samhandlingsreformen har dermed samme utgangspunkt; et ønske om å dempe konsekvensene en eldre og sykere befolkning gir.

K2015 er altså satt i verk uavhengig av Samhandlingsreformen. I ettertid sees imidlertid denne modellen i sammenheng med den kompetanse-oppbyggingen kommunal helse og omsorg vil ha behov for å gjennomføre knyttet til at de får overført oppgaver fra sykehus, samt etablering av legevakt og intermediære sengeposter som del av samhandlingsreformen.

Samtidig er det slik at Kompetanseløftet og samhandlingsreformen gjensidig påvirker hverandre. Samhandlingsreformen medfører at kommunene skal ta hånd om flere oppgaver og pasientene de mottar fra sykehusene er sykere enn tidligere (Helgesen mfl 2016:140). I evalueringen av Kompetanseløftet kommer det fram at kommunene opplever at behovet deres for kompetanse endret seg etter at Samhandlingsreformen ble iverksatt og at de tenker annerledes om hvilken type personell de ønsker å rekruttere (Helgesen mfl 2016:120). Om lag 45 prosent av kommunene sier at formålet med å søke midler fra Kompetanseløftet 2015 er å tilpasse seg Samhandlingsreformens målsetting om forebygging, rehabilitering og aktiv omsorg. K2015 utvikles dermed for å møte de økte kravene til kompetanse etter at reformen ble iverksatt.

Helomplan har en tydeligere og mer direkte kobling til samhandlingsreformen enn K2015. Etter- og videreutdanningen som Helomplan tilbyr er et ledd i implementeringen av samhandlingsreformen gjennom å styrke kommunenes planleggingskompetanse. Samhandlingsreformen legger til grunn at kommuner og fylkeskommuner styrker arbeidet med samfunnsplanlegging som et verktøy for å skape gode samfunnsmessige forutsetninger for å ivareta befolkningens helse og fordelingen av helse i befolkningen (Prop 90 L 2010-2011). Samtidig understrekes betydningen av at kommuner og helseforetak skal utvikle felles langsiktig planverk som del av sitt samarbeid om utvikling av helsetjenesten, ikke minst gjennom avtalene om samhandling (Prop 91 L 2010-2011). Videre er man innenfor helse og omsorg opptatt av betydningen av langsiktig planlegging med vekt på forebyggende oppgaver og gradvis utbygging av kapasiteten (St. mld 25 2005-2006). Betydningen av å koble denne planleggingen til det helhetlige kommuneplanarbeidet understrekes. Helomplan knytter dermed plankompetansen til både samfunnsplanlegging etter plan- og bygningsloven og langsiktig planlegging innenfor helsetjenesten og hvordan denne kan knyttes opp mot samfunnsplanleggingen.

Planlegging er med andre ord helt i kjernen av kompetanseoppbyggingen som Helomplan skal bidra til. Hvordan ser det ut i K2015? Hvilken posisjon har planlegging der? Et av styringsvirkemidlene i K2015 er at kommunene som søker om kompetansetilskudd fra Fylkesmennene, må utarbeide en egen kompetanse- og rekrutteringsplan for å kunne få støtte. Planlegging er med andre ord en integrert del av modellen, men er ikke på samme måte som i Helomplan en del av selve kompetanseoppbyggingen. Kompetansehevingen i K2015 er bygd opp rundt allerede eksisterende utdanninger innenfor helsefagene, det er ikke som i Helomplan hvor et helt nytt utdanningstilbud er bygget opp. Imidlertid vil kompetanseplanene som lages i kjølvannet av K2015 falle inn under langsiktig planlegging innenfor helsetjenesten som også får implikasjoner for den bredere samfunnsplanleggingen – og da ikke minst økonomiplanleggingen. Komparasjonen av Helomplan og K2015 vil derfor hovedsakelig konsentrere seg om hvordan de to modellene bidrar til å utvikle langsiktig samfunns – og helseplanlegging.

1.3 Gangen i rapporten

Rapporten består av tre kapitler i tillegg til dette innlednings-/bakgrunnskapittelet. I det neste og andre kapitlet presenteres og sammenliknes opplæringen som gis i Helomplan og K2015. I kapittel tre ser vi nærmere på planleggingens plass i undervisningen. I det fjerde og siste kapitlet diskuteres de to modellenes egnethet som støtte for implementeringen av samhandlingsreformen.

2 Opplæringen: Hvilken kompetanse bygger de to modellene?

Kapitlet bidrar med en gjennomgang av innholdet i de to modellene og hvilken type kompetanse de bidrar til å bygge. Det avslutter med en kort sammenlikning av de to modellene.

2.1 Helse og omsorg i plan

Formålet med Helomplan er å styrke kommunenes strategi- og planleggingskompetanse knyttet til implementering av samhandlingsreformen. Dette er spesifisert på følgende måte (Helse- og omsorgsdepartementet 2011):

- Bidra til god implementering av samhandlingsreformen. Herunder ny folkehelselov og ny helse- og omsorgstjenestelov.
- Styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse på helhetlig planlegging og få integrert samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i planarbeidet.
- Sikre tverrfaglig og tverrsektoriell planlegging for at kommunene og fylkeskommunene kan drive god samfunnsplanlegging og for at spesialisthelsetjenesten kan møte lokale og regionale behov.
- Gi kompetanse som bidrar til innovasjons- og utviklingsarbeid på tvers av sektorgrensene og

forvaltningsnivå, bl.a. gjennom å ta opp i seg erfaringene fra Helse i plan-prosjektet 2006-2010 og Omsorg i plan.

- Utvikle og ta i bruk verktøy og arbeidsformer som støtter det lokale og regionale planarbeidet.
- Tydeliggjøre sammenhengen mellom ulike faktorer som påvirker helsetilstanden i befolkningen og den sosiale fordelingen av disse faktorene. Dette innebærer bl.a. å tydeliggjøre andre sektors ansvar i folkehelsearbeidet.

Hva sitter så deltakerne på Helomplan igjen med etter å ha gått studiet? La oss se på resultatene fra følge- og sluttevalueringen av Helomplan for bruk av statistikk, plankompetanse, tverrsektorielt arbeid og samhandling helseforetak-kommuner (Hofstad og Helgesen 2013, Hofstad og Helgesen 2014, Hofstad og Bergsli 2016).

2.1.1 Bruk av statistikk

Statistiske analyser ligger til grunn for flere av målene for Helomplan vist i punktene over. Ikke minst legger statistikk grunnlag for utvikling av strategier og planer – for formulering av mål og prioriteringer. Bruken av generell statistikk og informasjon er tilnærmet uforandret blant deltakerne på Helomplan i løpet av evalueringsperioden. Intervjuene viser at det er stor variasjon mellom deltakerne i hvor kjent de er med relevante statistiske kilder fra før, og deres kjennskap til statistisk analyse. Noen har vært mye i befatning med det tidlige, mens for andre er dette helt nytt. Dermed spriker også vurderingene av opplæringen i bruk av statistikk, trolig varierer også denne noe mellom undervisningsinstitusjonene.

Kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer er et viktig element i Folkehelseloven og et kjernepunkt i undervisningen. De siste par årene har oversiktsarbeidet skutt fart og dette har resultert i mindre behov for kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer blant deltakerne på Helomplan i løpet av de årene etter- og videreutdanningen har pågått. Dette skyldes ikke undervisningen, men det generelle fokuset på oversiktsarbeidet fra statens og fylkeskommunenes side (Hofstad og Bergsli 2016).

2.1.2 Plankompetanse

Å tilegne seg plankompetanse er den fremste motivasjonsfaktoren for deltakerne på Helomplan. De erfarer at de har fått en større bevissthet og et vokabular som følge av utdanningen og dette gjør at de i større grad har evne til å komme i inngrep med planleggingen. Det utvidede vokabularet handler ikke bare om å tilegne seg et planspråk, men også i større grad være tydelig på egen sektor sine utfordringer, prioriteringer og behov. Deltakerne omtaler dette som å ha en «gnagsår»- eller «minne-på funksjon» som handler både om å ta en planrolle og vise planengasjement i egen etat/ sektor, men også i større grad å melde seg på i generelle planprosesser.

2.1.3 Tverrsektorielt arbeid

Å samarbeide på tvers av sektorer ligger som en forventning både innenfor helse- og omsorgspolitikken og folkehelsepolitikken. Planlegging, som handler om å komme fram til mål og prioriteringer, innebærer også å få ulike sektorer til å dra i samme retning – yte sin del for at de valgte målene og prioriteringene nås. Kunnskap om tverrsektorielt arbeid ligger dermed også i kjernen av Helomplan.

Evalueringen av Helomplan viser at om lag 80 prosent av deltakerne på Helomplan mente de fikk gode eller passe gode ferdigheter i tverrsektorielt samarbeid i kommunen (Hofstad og Helgesen 2013) I 2014 ble det innlemmet et spørsmål som nyanserte dette noe. Her kom det fram at deltakerne opplevde at tverrsektorielt arbeid med eksterne aktører og med andre avdelinger ble vektlagt mest i undervisningen. Mens ferdigheter i tverrsektorielt arbeid i min avdeling på min arbeidsplass var mindre fokusert. Det er dermed det generelle tverrsektorielle samarbeidet som blir sterkest vektlagt, mens det spesielle, mer sektorspesifikke ikke i like stor grad vektlegges (Hofstad og Helgesen 2014).

2.1.4 Samhandling kommuner - helseforetak

Helomplan har først og fremst vektlagt å gi innsikt i de formelle forventningene som ligger i lov- og regelverk knyttet til

samhandling. Undervisningen har i mindre grad vektlagt temaer knyttet til den faktiske samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Imidlertid opplever studentene at studiet gjorde dem i stand til å se løsninger på de utfordringene samhandlingsreformen gir kommunene med hensyn på helse og folkehelse. Bildet var mer sammensatt når det gjelder undervisningens bidrag til å bruke planlegging som et verktøy i samhandlingen, samt det å planlegge tjenester og rekruttere kompetanse kommunen vil ha behov for å kunne yte gode tjenester (Hofstad og Helgesen 2013).

2.1.5 Når Helomplan tas med «hjem»

Når Helomplan-deltakerne så tar med seg denne kunnskapen hjem, opplever de i liten grad uvilje mot de tankene og ideene de har med seg fra videreutdanningen. Problemet er imidlertid å gå fra aksept til konkret handling. De ulike sektorenes mottakelighet for å ta til seg helse/folkehelsehensyn øker imidlertid når det er flere som har tatt helse og omsorg i plan. Da sitter flere med den samme kunnskapen og deltakerne får hverandre å spille på når kunnskapen skal settes ut i praksis. For at kunnskap og erfaring fra Helomplan skal spre seg i organisasjonen er det altså viktig at deltakeren har en eller flere «medsammensvorne».

Videre er deltakerne opptatt av at forankring i ledelsen er en viktig forutsetning. Aller best er det om lederen selv har vært student på Helomplan. Uavhengig av om de har medsammensvorne eller ikke opplever imidlertid deltakerne at Helomplan har gitt dem en kunnskapsbasis som gjør at de kan tre inn på nye arenaer og ta del i diskusjoner med større selvtillit enn de kunne før de hadde tatt Helomplan.

2.2 Kompetanseløftet 2015

K2015 er altså regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for kommunal helse og omsorg. K2015 startet opp i 2007 og bygget den gang på tidligere handlingsplaner for å heve kompetansen i helse og omsorg. Begrunnelsen for å iverksette K2015 finnes i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Der argumenteres det for

at de viktigste utfordringene for kommunal helse og omsorg var å sikre tilgang på tilstrekkelig helse- og sosialpersonell, og at det først og fremst burde gjennomføres som utdannings- og rekrutteringstiltak. Meldingen pekte videre på at faglig kompetanse burde styrkes. Målene for K2015 første periode til ca. 2010 var:

- Øke bemanningen i omsorgssektoren med 10 000 årsverk med relevant fagutdanning fra nivået i 2004 innen utgangen av 2009.
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, gjennom blant annet å legge til rette for at andelen personell med høyskoleutdanning 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 (St. meld. nr. 25, 2005-2006:74).

For perioden 2011 til 2015 ble målene presisert som følger:

- 12 000 nye årsverk med fagutdanning i perioden 2011-2015
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene
- Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år
- Skape større faglig bredde
- Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet St.prp. nr. 1, 2010–2011).

Med disse målene legger K2015 opp til en kraftig styrking av pleie- og omsorgssektoren. Styrkingen skal skje gjennom et bredt sett av virkemidler.

2.2.1 Oppbygging

K2015 rommer ulike typer tiltak. Det mest sentrale er en tilskuddsordning som kommunene kan søke Helsedirektoratet om midler fra. Forvaltningen av tilskuddsordningen er delegert til fylkesmennene som støtter kommunene i deres arbeid med å søke midler, koordinerer søkeprosessen, mottar rapporter og fordeler midler etter skjønn. I søknaden må kommuner vise til at de har utarbeidet planer for utdanning og rekruttering av personell. Kommunene benytter de økonomiske midlene til å støtte medarbeidere som tar relevant grunnutdanning på videregående- eller høyskolenivå, som tar relevant etter- og videreutdanning, for eksempel i klinisk sykepleie, palliativ pleie og kreftomsorg, geriatri eller demensomsorg samt ledelse, fagskoleutdanning og ulike former for kurs. Kommunene kan også selv arrangere internundervisning. Dette kan være i form av kurs som er basert i ABC-metodikken, egne innleide foredragsholdere, nettverk og samlinger i regi av Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, og andre former for interne opplegg. Det er også utarbeidet et utdanningsløp kalt «Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev» for medarbeidere uten fagutdanning. Kommuner kan videre gi støtte til at medarbeidere kan hospitere ved sykehus, ta fagskoleutdanning og de kan gi støtte til språkopplæring. I registerdata om utdanning som evalueringen bygger på, er det utdanning samt videre- og etterutdanning som gjennomføres i utdanningsinstitusjoner og deltakelse i ABC-kurs som registreres. Ved utgangen av 2014 var det til sammen ca. 9000 personer som hadde tatt en utdanning som ble registrert hos fylkesmennene. Det er store forskjeller mellom fylker (Helgesen mfl. 2016:135; Kvinge, 2015:23).

Ut over denne tilskuddsordningen som kommuner kan søke midler fra, har Helsedirektoratet brukt midler innenfor K2015 til kjøp av utdanningsopplegg. Fagmiljøer har utviklet og etablert utdanningsopplegg innenfor eldre- og demensomsorg, aktiv omsorg og ledelse. Disse utdanningsoppleggene kan kommunene så kjøpe og tilby sine medarbeidere.

2.2.2 Kurs etter ABC-metodikken

De to viktigste kursene som er etablert etter ABC-metodikken er eldreomsorgens- og demensomsorgens ABC. De er utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hver kurs består av møter eller samlinger og fagseminarer, fortrinnsvis lokalt i kommunen, og selve metodikken er å koble teori, praksis og faglig refleksjon. Stoffet som leses i tilknytning til kursene er samlet i permer og det brukes ett semester på gjennomgang av hver perm. Fram til 2014 var det 4500 medarbeidere i kommunal helse og omsorg som hadde tatt et slikt kurs enten i eldreomsorg eller demensomsorg.

Fra 2010 utarbeidet denne aktøren en utdanning for medarbeidere uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse: «Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev». Dette er en individuell utdanning som er basert i ABC-metodikken og dermed også på at det gjennomføres samlinger. Samtidig baserer den seg på at kommuner må stille veiledere til rådighet lokalt (Helgesen mfl. 2016:106-7).

2.2.3 Aktiv omsorg

Aktiv omsorg er et etterutdanningskurs som ble utviklet og tilbudt av Høgskolen i Telemark, nå høgskolen i Sørøst-Norge. Det er et tilbud på bachelornivå som består av fire samlinger, utgjør 15 studiepoeng og gir mulighet for å ta eksamen. I tillegg til dem som går på bachelorstudiet, kan andre også ta kurset. Det er ikke nødvendig å ta eksamen. Studenter og kursdeltakere rekrutteres gjennom kommunene og medarbeideres organisasjoner. Målgruppen er bred og vi har fått opplyst at alle som ønsket det kan få realkompetansevurdering.

Utdanningen legger vekt på å bruke lokale eksempler i undervisning «de som er på kursene skal kunne relatere seg til sine omgivelser og sine realiteter». Metodikken er basert i det som kalles aksjonslæring og studentene får et arbeidsprosjekt fra første dag.

Vi har spurt kommuner hvor vidt de mener at de har behov for å styrke sin kompetanse på en del fagområder, deriblant aktiv omsorg. 30 prosent av kommunen mener de har behov for å

videre- og etterutdanne sitt personell med høgskoleutdanning i aktiv omsorg, mens 57 prosent mener de har behov for å etterutdanne personell med videregående skole i aktiv omsorg. Det er altså mange som mener de har behov for denne typen kompetanse. På spørsmålet om hvordan tilskuddsordningen er brukt er det om lag 8 prosent som svarer at de har latt medarbeidere delta på opplæringsprogrammet om aktiv omsorg.

Høgskolen har gitt denne utdanning til omlag 500 personer, av dem har 240 tatt eksamen. Det er om lag 8 prosent av kommunene som svarte på vår survey som har benyttet tilskuddet de har mottatt gjennom K2015 til å tilby denne utdanningen til sine medarbeidere.

2.2.4 Ledelsesutdanning

Høgskolen i Hedmark i samarbeid med Fagakademiet og RO-senteret vant et oppdrag som Helsedirektoratet lyste ut i 2011 om en praktisk ledelsesutdanning rettet mot personell i kommunal helse og omsorg. Høsten 2011 begynte arbeidet med å utarbeide en modulbasert utdanning som er:

- Ledelse av myndiggjorte medarbeidere
- Strategisk kompetanseplanlegging
- Økonomistyring og kvalitetsutvikling
- Samhandling, kommunikasjon og forhandlingskompetanse

Utdanningen er en praktisk lederutdanning på bachelornivå. Nå består hele utdanningen av 7 moduler. Hver modul utgjør 7,5 studiepoeng. Utdanningen er samlingsbasert og modulene består av to samlinger á to dager og arbeid mellom samlingene. Samlingene foregår i de kommunene som bestiller moduler, dvs. lærere drar til kommunene for å holde kurs. Kommunene holder lokaler og samler studenter. Utdanningen tilpasses altså den enkelte kommune. Kommunene betaler en viss kostnad per student og klasser er på minimum 15 og maksimum 40 deltakere per modul. Gjennomsnitt ser ut til å være 25 deltakere. Nå utvides utdanningen og det er mulig for enkeltstudenter å søke opptak.

Til nå er det gjennomført 145 klasser eller moduler i 140 kommuner. 1261 studenter har avlagt 3000 eksamener. Utdanningen omtales i positive vendinger og det er 21 prosent av kommunene som svarer på surveyen som oppgir at de har benyttet midler fra K2015 til å støtte at medarbeidere tar ledelsesutdanningen ved Høgskolen i Hedmark (Helgesen mfl. 2016:133). Det er også etablert en helselederutdanning ved BI i Oslo ved bruk av midler fra K2015. Denne er imidlertid så ny at den ikke omfattes av våre undersøkelser. I tillegg oppgir 45 prosent av kommunene som i 2015 svarer på vår survey at de som del av K2015 har støttet at medarbeidere har tatt annen type lederutdanning.

2.3 Komparasjon: Opplæringsmodellen

Opplæringen som gis i Helomplan og K2015 skiller seg fra hverandre på en viktig måte. Mens målet med K2015 er å forsterke og øke kompetansen *innenfor* helsesektoren, handler Helomplan om å sette deltakerne i stand til å eksportere folkehelse-/helsekunnskapen *på tvers* av sektorene. Helomplan handler således om å skape betingelser som bidrar til bredde i folkehelse-/helsearbeidet. Folkehelse/helse skal generaliseres, gjøres relevant på tvers av sektorer. Studentene gis verktøy i form av statistikk og annen informasjon, planlegging etter plan- og bygningsloven og strategisk og langsiktig planlegging mer generelt, kunnskap om betydningen av tverrsektorielt arbeid og i noe varierende grad kunnskap om samhandling mellom kommuner og helseforetak.

K2015 dreier seg på den andre siden om at enkeltmedarbeidere og grupper av medarbeidere i kommunal helse og omsorg hever sin kompetanse på relevante fagområder. Kompetansehevingen foregår i stor grad ved at medarbeidere tar grunnutdanninger eller videre- og etterutdanninger i etablerte fag ved utdanningsinstitusjoner. Det er også etablert noen utdanningsforløp som antas å være målrettet mot de behovene kommunene har innenfor etterutdanning knyttet til eldre- og demensomsorg, aktiv omsorg og ledelse. Både grunnutdanningene, videre- og etterutdanningene, samt kurs og internopplæringene har bidratt til at kommunene har opplevd kompetanseheving i sine brukerrettede helse- og omsorgstjenester.

Den økte kompetansen som følge av K2015 bidrar til å forsterke og skape *dybde* innenfor helsesektoren, mens Helomplans mål er å generalisere folkehelse-/helsemål på tvers av sektorene. Spissformulert kan en si at K2015 bidrar til helsearbeidets dybde, mens Helomplan bidrar til helse-/folkehelsearbeidets bredde.

3 Planleggingens rolle i undervisningsopplegget

I dette kapitlet vil vi presentere hvilken plass planlegging har i de to modellene, i og med at planlegging er helt i kjernen av Helomplan-modellen.

3.1 Planlegging sin plass i Helomplan

Å tilegne seg planleggingskompetanse er hovedmotivasjonsfaktoren til de som tar Helomplan. Resultatene fra evalueringen viser at undervisningen har gitt dem økt faglig trygghet og legitimitet til å ta del i planleggingen. Samtidig er det slik at de fleste kommuner som sendte deltakere til Helomplan i 2012 og 2013 omtaler folkehelse/helsehensyn i sine planstrategier, i samfunnsdelen av kommuneplanen og i virksomhetsplaner slik tabell 3.1 viser.

Tabell 3.1: *Omtales folkehelse/ helse i følgende planer?*
(Mulig å sette flere kryss)

	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
KP samfunnsdel	79 %	83 %	4
Planstrategi	76 %	80 %	4
Virksomhetsplaner	70 %	77 %	7
Kompetanseplaner	53 %	38 %	-15
Økonomiplan/ handlingsdel	56 %	56 %	0
KP arealdel	34 %	36 %	2
Omtales ikke	7 %	6 %	1
Totalt	N=172	N=112	

Tabellen viser også at oppmerksomheten om folkehelse/helse i planleggingen var tilstede i kommunene før de sendte en eller flere av sine ansatte på etter- og videreutdanningen. Trolig var det nettopp denne interessen for folkehelse/helse og plan som la grunnlaget for at kommunen så seg tjent med å støtte en slik deltakelse. Når de samme kommunene blir spurt om de omtaler folkehelse/helse i sine planer i 2015, ser vi at de på tvers av de ulike plantypene stort sett ligger på samme nivå eller høyere¹. Resultatet er naturlig all den tid planlegging etter plan- og bygningsloven, som regulerer planstrategi, samt kommuneplanens samfunnsdel og arealdel, og i noen tilfeller også økonomiplanen (dersom denne er koblet til kommuneplanen som en handlingsdel), følger valgperioden. Med unntak av økonomiplanen, som rulleres årlig, rulleres de andre tre planene en gang hver valgperiode. I og med at det var lokalvalg i 2011 og 2015 vil det i de fleste kommuner være samme plan de sikter til i begge de viste

¹ Med unntak av kompetanseplaner. For diskusjon av årsaken til dette, se Hofstad og Bergsli 2016:x)

undersøkelsene. Imidlertid er noen kommuner i utakt med denne logikken, og slik kan endringene mellom de to målepunktene forklares.

Å omtale folkehelse/helse i planer er imidlertid ikke det samme som at folkehelse/helse får *innflytelse* når mål og prioriteringer settes ut i livet. I et åpent spørsmål i surveyen fra 2015 ble deltakerne spurt om på hvilken måte det er utfordrende å få til en tettere integrering mellom helse-/folkehelsearbeidet og kommuneplanleggingen. Fire utfordringer går igjen i materialet.

For det første, og dette er den utfordringen som nevnes hyppigst, er deltakerne opptatt av at *organisatoriske barrierer* mellom de ulike sektorene i kommunen gjør integrering mellom folkehelse/helse og planlegging vanskelig. For det andre løfter deltakerne fram betydningen av *lederskap* når de blir spurt om utfordringer med å integrere folkehelse/helse og planlegging. Respondentene løfter fram kortsiktighet og personavhengighet som viktige elementer når de skal forklare hva manglende lederskap handler om. Begge oppleves som uttrykk for en mangel på langsiktig lederskap hvor strukturer for implementering og tverrsektoriell innsats sikres. For det tredje er deltakerne opptatt av at det ikke settes av tilstrekkelige *ressurser* til å sikre integrering mellom folkehelse/helse og planlegging. Når ressursene er knappe, er det lett å ha fokus på de oppgavene som brenner her og nå, mens langsiktige utviklingsoppgaver må vente. Den fjerde og siste utfordringen som løftes fram, er *folkehelsebegrepets bredde*. Påvirkningsfaktorene for helse finnes i de fleste sektorer og på alle politiske nivåer – fra den økonomiske politikken til lokal luftforurensning. Dermed er folkehelsebegrepet svært komplekst å forholde seg til. Samtidig er det vanskelig å identifisere klare årsakssammenhenger, nettopp på grunn av dette mangfoldet av påvirkningsfaktorer kombinert med at effekter av påvirkningene vises over lengre tid. Dermed er man henvist til å prøve og feile, og å bygge på erfaringsbasert kunnskap. For de involverte oppleves dette utfordrende og vanskelig.

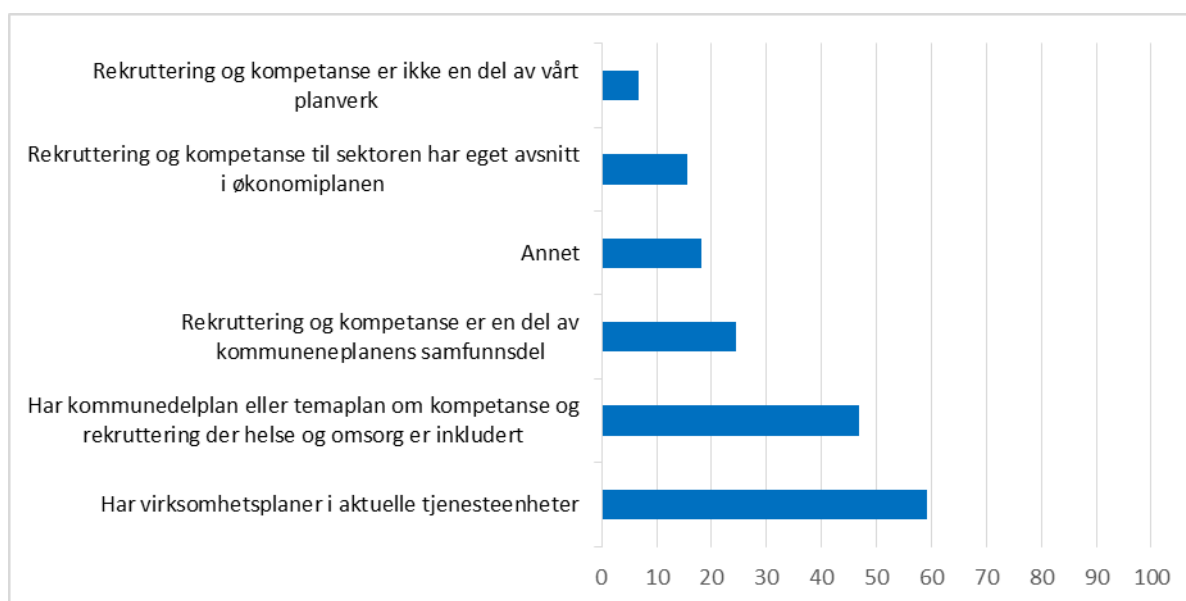
Informantene i evalueringen trekker imidlertid fram at Helomplan har gitt dem et språk og et kunnskapsgrunnlag som gir sterkere legitimitet til å involvere seg i planleggingen. I tillegg trekkes det fram at å komme i inngrep med planleggingen tar tid, det krever langvarig innsats. At man er et «gnagsår» eller inntar en «minne-på»- funksjon om folkehelse/helse sin relevans i planleggingen og

planleggingens viktighet for å fremme folkehelse/helse (Hofstad og Bergsli 2016). Over tid erfarer informantene at dette bærer frukter, de innlemmes i planprosesser i større grad.

3.2 Planlegging sin plass i K2015

Som en del av søkeprosedyrene ble kommunene bedt om å redegjøre for hvordan de planla for rekruttering og kompetanseheving. I rapporteringsrutiner ble de bedt om å kommentere bruk av midler knyttet til planene de la fram. Når vi har spurt kommunene om de har slike planer svarer over 80 prosent bekreftende på det. I 2013 hadde 43 prosent behandlet planen politisk. I 2015 spurte vi om rekruttering og kompetanseheving var en del av plansystemet og vi spesifiserte en del planer som vi mener slike arbeidsoppgaver kunne være en del av. Resultatet presenteres i figur 3.1.

Figur 3.1: *Forankring av kommunes kompetanse- og/ eller rekrutteringsplan i det kommunale planverket.*
Prosent, N=299



Kilde: Helgesen mfl. 2016:212

Som vi ser av figuren har flest kommuner forankret sin rekrutterings- og kompetansehevingsplan i en virksomhetsplan for de aktuelle enhetene (59 prosent), mens nesten halvparten har en kommunedelplan eller temaplan om kompetanse og rekruttering der helse og omsorg er inkludert. Vel 24 prosent har inkludert rekruttering og kompetanse i kommuneplanens samfunnsdel, mens vel 16 prosent har gitt temaet et eget avsnitt i økonomiplanen. Det er mer enn 70 kommuner som har utdypet sine svar angående planlegging og de fleste påpeker at slike planer er godt innarbeidet i deres plansystem, at det er aktive planer og at de er strategiske (Helgesen mfl. 2016:212-214).

På hvilket nivå planene er forankret sier noe om hvor forpliktende de er. Virksomhetsplaner er de minst forpliktende fordi de omhandler kun en virksomhet og dermed også ofte en leder. Det kan dermed også tenkes at slike planer ikke er koordinerte med andre enheter og fagområder. Tema- eller delplaner kan omfatte en sektor eller all politikk for å rekruttere og videreutvikle kompetanse hos medarbeidere i kommunen. Disse vil ha større potensial til å sikre tverrfaglighet fordi de er opptatt av en helhet i helse og omsorg. De vil også ha et større potensial for å koordinere og integrere ulike fagområders planer og skape en overordnet kompetanse- og rekrutteringspolitikk i kommunen. Det er på disse to nivåene at planer kan være mest detaljerte, og at mange kommuner har slike planer tyder på at de er arbeidsredskaper for enheter og virksomheter. Planer som er forankret i kommuneplanenes samfunnsdel eller økonomiplanen, er godt forankret i plansystemet og det tyder på at kommuner der dette er tilfellet i større grad enn andre har en helhetlig politikk for kompetanseutvikling og rekruttering. På den andre siden kan dette gi for «tynne» beskrivelser av utfordringer med kompetanse og rekruttering fordi disse omtalene nok ikke er særlig detaljerte.

Kommunene selv mener altså i stor grad at de har planer for rekruttering og kompetanseheving. Samtidig er det 18 prosent som svarer annet og det er mange kommuner som ikke har svart på surveyen. Det kan være dette som reflekteres i svarene vi får i intervjuer med rådgivere hos fylkesmenn der det påpekes at kvaliteten på de kommunale kompetanseplanene er varierende. Mange av de planene de får inn som del av søknader ikke er egnet som arbeidsredskaper. Ifølge fylkesmennene henger dette sammen med manglende kompetanse på slik planlegging. For rådgiverne

synes dette å variere med kommunestørrelse – større kommuner har mer kompetanse.

Kravet om å ha en plan for å få økonomisk støtte fra K2015 synes dermed ikke å ha vært det viktigste hensynet som er tatt i beslutningene om kommunene skal få økonomiske midler til utdanning og videreutdanning av medarbeidere. Begrunnelsen for å gi tilskudd er basert på skjønn, og dermed vil rådgivernes kjennskap til kommunenes situasjon antakelig være utslagsgivende.

Forankringen av planarbeidet kan også framkomme ved å se på hvem som er involvert i slik planlegging. Nesten åtte av ti kommuner svarer i 2015 at enhetsleder deltar i beslutningene om kompetanse- og rekrutteringsplaner. I om lag sju av ti kommuner deltar leder for helse- og omsorgsektoren, i halvparten av kommunene kommunalsjef/ kommunaldirektør og i 45 prosent av kommunene administrasjonssjefen/ rådmannens stab. Under «Annet» opplyser flere at planen blir behandlet politisk, for eksempel godkjennes den noen steder i kommunestyret. Noen sier at representanter fra arbeidstakersiden (tillitsvalgte, verneombud) også er med på beslutningene. Mer enn ni av ti kommuner svarer bekræftende på spørsmålet om kompetanse- og/ eller rekrutteringsplanen rulleres. Vi vil tro at desto høyere opp i det kommunale hierarkiet planene behandles jo bedre forankret er de, og jo bedre redskaper vil de være for å sikre tverrfaglighet og helhet.

Dette tyder uansett på at det er oppmerksomhet mot planlegging av rekruttering og kompetanseheving som prosess i kommunene. Det er ikke en målsetting i K2015 at kommunale ledere og andre skal øke sin kompetanse om slik planlegging, men trolig skjer det likevel fordi det ses som viktig og nødvendig. For eksempel er det 37 prosent av kommunene som svarer på surveyen i 2015 som sier at de har hatt deltakere på Helse og Omsorg i Plan. Det er også 30 prosent som svarer at de har hatt deltakere på KS-nettverket Flink med Folk i Første Rekke, der det var oppmerksomhet mot strategisk kompetanseplanlegging.

3.3 Komparasjon: Planlegging i de to modellene

Planlegging er ikke i kjernen av K2015, mens i Helomplan er det både viktigste motivasjonsfaktor for studentene og en viktig del av undervisningen. I K2015 kommer planlegging inn som en sikring og et ønske fra fylkesmannen om forankring og langsiktighet i kompetansearbeidet. Man velger dermed en tradisjonell modell hvor planlegging er et middel for å oppnå det egentlige målet; i dette tilfellet støtte til kompetanseheving og kompetanseøkning i helse- og omsorgssektoren. I motsetning er planlegging ikke et middel i Helomplan, plankompetanse og det å delta i planleggingen etter endt utdanning er et mål i seg selv.

Informantene i Helomplan-evalueringen formidler at utdanningen har gjort «planspråket» til deres eget, noe som gjør at de kan involvere seg i planleggingen på en annen måte. Deltakerne kommer hjem som kunnskapsrike ildsjeler som brenner for tettere integrering av folkehelse/helse i planleggingen. Hvorvidt organisasjonen de er en del av bidrar til at engasjementet og kunnskapen får mulighet til å slå rot, varierer. Viktige betingelser for å få det til er ifølge informantene bevisst organisering med vekt på tverrsektoriell integrering, langsiktig lederskap, kanalisering av ressurser til folkehelse og helse, samt oversettelse av folkehelse-/helseutfordringene til håndterbare, lokalt tilpassede størrelser.

4 Modellenes egnethet som støtte for implementeringen av samhandlingsreformen

I dette kapitlet vil effektene av Helomplan og K2015 presenteres kort. For mer utførlig presentasjon, henvises det til sluttrapportene fra de to evalueringene (Hofstad og Bergsli 2016, Helgesen mfl 2016). Presentasjonen av effektene vil danne grunnlag for en videre komparasjon av de to modellene med utgangspunkt i litteraturen om implementering, komplekse problemer og innovasjon.

Vi vil se nærmere på det problemet eller utfordringen de to modellene er ment å løse for ytterligere å informere om de to modellene og hva de innebærer. Og vi vil se på målet med implementeringen av hver av de to modellene, noe som ytterligere bidrar til å karakterisere dem. I og med at Helomplan fordrer kontekstuelle endringer i form av aktivisering på tvers av kommunen for å oppnå effekt, vil vi ha fokus på samarbeid og innovasjonsvirkninger av de to modellene.

4.1 Effekter av K2015

Kommunene har gjennom hele virkeperioden til K2015 hatt et nokså stabilt mønster i sitt opplevde behov for fagpersonell. Det er størst etterspørsel etter de pleiefaglige utdanningene sykepleie og helsefagarbeidere, dernest er det etterspørsel etter vernepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og til sist er det aktivitører som etterspørres. Oppgitt behov varierer noe mellom år, men behovet oppleves som høyest i 2008 og synker gjennom perioden til 2015, da vi spurte siste gangen. I 2015 inkluderte vi

miljøarbeidere i skjemaet og kommunene uttrykte at det var behov også for denne fagkompetansen.

For å sikre nok utdannet personell som kommunene kunne rekruttere, ble kapasiteten i utdanningsinstitusjonene gradvis bygget ut. Både søkingen til, opptaket og antallet uteksaminerte kandidater økte i relevante utdanninger som sykepleie, vernepleie, fysio- og ergoterapi, samt sosionomutdanning. Helsefagarbeidere er en ny utdanning på videregående skolenivå, og fra 2009 har antallet uteksaminerte økt. Det tilsvarer likevel ikke reduksjonen i antallet utdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som er yrkeskategorier som fases ut (Helgesen mfl. 2014:35, 29).

Kapasiteten har også økt i kommunal helse og omsorg, og det er etablert flere stillinger og flere arbeidere i større stillingsbrøker enn tidligere. Dette har medført at det første målet om 12 000 nye årsverk med fagutdanning er nådd, det er også målet om å heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene. Målsettingen om å sikre bruttoutilgang på 4500 helsefagarbeidere er trolig ikke nådd (Helgesen mfl. 2016:142-148).

4.1.1 Hvilke kommuner har utdannet personell som del av K2015?

Kommuner som hadde behov for mer kompetent personell i 2007 er de som også har utdannet flest som del av K2015 når vi måler dette med data fra 2014. Behovet kommunene opplever at de har i 2007 henger sammen med kommunenes lokalisering i tilknytning til bo- og arbeidsmarkedsregion. Desto mer perifert lokalisert kommune er, desto høyere andel av befolkningen var mottakere av helse- og omsorgstjenester. Slike kommuner hadde også en høyere andel av sin arbeidsstyrke som var 55 år eller mer både i 2007 og i 2014. Dette peker også mot at de har behov for å heve kompetansen til medarbeidere. Perifert lokaliserte kommuner er også ofte små og arbeidsmarkedene har ikke nødvendigvis et tilstrekkelig utbud av kompetent arbeidskraft, dvs. det er ikke noen å rekruttere. Det er disse kommunene, og bygdesentre og småbyer, som har utdannet relativt flest som del av K2015. Mellomstore og store byer har utdannet færrest. De har også mindre behov i form av å ha færre mottakere, relativt til folkemengden, enn de perifere kommunene.

Mellomstore og store byer er lokalisert i arbeidsmarkeder der det er tilgang på kompetent arbeidskraft, samt at det er grunner til å tro at det her vil være lekkasjer av utdannet personell fra kommunal helse og omsorg til andre næringer. Å utdanne personell i slike kommuner vil derfor ikke ha tilleggsverdi for kommunal helse og omsorg på samme måte som det vil ha i de andre typene kommuner.

Karakteren av arbeidsmarkedet og de erfaringer kommunale ledere gjør med hensyn til rekruttering, nemlig at det er en utfordring, kan være en av årsakene til at planer ikke er grunnlaget for strategisk handling knyttet til rekruttering og kompetanseheving, spesielt ikke for rekruttering.

4.2 Effekter av Helomplan

I evalueringen av Helomplan fikk alle deltakerne i semesteret 2012/2013 og 2013/2014 tilsendt en survey ved oppstarten av studiet for å få innsikt i deres motivasjon og status i arbeidet ved deres institusjon. Denne surveyen ble så gjentatt ved slutten av 2015 til de samme respondentene for å kunne følge utviklingen over tid. I tillegg inneholdt surveyen fra 2015 et nytt, åpent spørsmål hvor respondentene fikk spørsmålet: *Har du fått brukt kunnskapen du tilegnet deg på Helomplan i arbeidet ditt?* Spørsmålet henleder direkte til effektene av Helomplan og er derfor helt sentralt i evalueringen. På det tidspunktet respondentene fikk dette spørsmålet hadde de skaffet seg erfaringer med hvordan Helomplan hadde påvirket deres arbeidssituasjon og hvilke ringvirkninger deltakelsen hadde hatt på organisasjonen.

4.2.1 Sterkere kunnskapsbase og legitimitet

Flertallet av respondentene opplever at etter- og videreutdanningen på Helomplan har gitt økt forståelse og et godt kunnskapsgrunnlag som igjen fører til faglig trygghet og legitimitet som gjør det lettere å løfte fram (folke-) helseperspektivet og delta i planprosesser. Mer spesifikt har Helomplan gitt dem kunnskap om planlegging, tverrsektorielt samarbeid og relevant informasjon og statistikk som kan legge grunnlag for deltakelse i planlegging og i samarbeidsprosesser på tvers.

I løpet av perioden har behovet for mer kunnskap om helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer gått betraktelig ned. *Oversiktsarbeidet* er et av de viktigste virkemidlene i dagens folkehelsepolitikk. Folkehelseloven krever at kommuner og fylkeskommuner lager et oversiktsdokument som viser kommunens og fylkeskommunens viktigste folkehelseutfordringer gjennom en presentasjon av helsetilstanden og de positive og negative påvirkningsfaktorene som har innvirkning på denne. Målet er å skape et kunnskapsbasert folkehelsearbeid samtidig som folkehelseutfordringene skal integreres og legge premisser for planleggingen.

Behovet for kunnskap om oversiktsarbeidet har sunket betraktelig i perioden. Fra 2012/2013 til 2015 sank andelen respondenter som har stort behov for slik kunnskap med hele 32 prosentpoeng. Samtidig har andelen respondenter som rapporterer at de har utarbeidet et oversiktsdokument økt med 40 prosentpoeng i samme periode. Disse funnene indikerer at oversiktsarbeidet i Helomplan-kommunene har skutt fart i løpet av perioden, men dette skyldes nok ikke Helomplan, men en tydelig Folkehelselov på dette punktet og en klar og understøttende politikk fra Helsemyndighetenes side, med veileder, tilsyn, utvikling av folkehelseprofiler, osv. Imidlertid gjør deltakernes opplevelse av å ha en tryggere kunnskapsbase trolig dem bedre rustet til å delta i oversiktsarbeidet. Når det gjelder annen form for statistikk og informasjon finner evalueringen ikke samme utslag. Bruken av statistikk er stabil i perioden. Samtidig har deltakerne veldig ulik erfaring med bruk av statistikk. Mange opplever at de fortsatt har behov for mer innsikt i bruk av data og statistikk også etter Helomplan.

Heller ikke når det gjelder samhandling er resultatene helt entydige. Deltakerne mener de har tilegnet seg kunnskap som kan være til nytte i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Samtidig varierer svarene når det gjelder nytten av planleggingskompetanse knyttet til samhandling. Samhandlingsfeltet synes å være preget av store utfordringer knyttet til en opplevd asymmetrisk fordeling av makt mellom helseforetak og kommuner. Kommunene opplever at de blir lite forstått og sett av helseforetakene når de gjør sine vurderinger og vedtak. De mener at dette bunner i ulik organisering og viktige kulturforskjeller og at dette gjør samhandlingen utfordrende.

Avstanden mellom de to institusjonene synes ikke å ha blitt mindre over tid.

Behovet for økt kompetanse på samhandling er helt tydelig til stede. Spørsmålet er imidlertid om Helomplan, med sitt brede mandat, evner å gå tilstrekkelig inn i dette feltet til å være et fullgodt bidrag til å løse samhandlingsproblemene. Et alternativ er å utvikle et tilbud som er spisset for dette formålet og som dermed også vil treffe målgruppa, de som er direkte involvert i samhandlingen, bedre.

Så langt har vi sett på hvilken kunnskap og kompetanse deltakerne på Helomplan har fått. Evalueringen har imidlertid også befattet seg med hvorvidt deltakerne har fått mulighet til å anvende den kunnskapen de har tilegnet seg.

4.2.2 Gradvis økt tilgang til planleggingen

Evalueringen viser at de aller fleste kommunene som har sendt sine ansatte på helomplan har planstrategier, kommuneplaner (kommuneplanens samfunnsdel) og virksomhetsplaner hvor folkehelse omtales som et hensyn. Slik var det allerede før kompetansen fra Helomplan tilfløt kommunen. Spørsmålet her er om Helomplan har bidratt til å styrke integreringen av folkehelse/helse som langsiktige hensyn for planleggingen. Flere respondenter i surveyen formidler at de opplever å ha blitt trukket mer med i planleggingen. Både tema-/kommunedelplaner og kommuneplanen nevnes. Informantene opplever videre at de er bedre i stand til å delta i planprosesser og kunne stille krav med større grad av legitimitet. Og at dette har blitt enklere over tid. Imidlertid vil den virkelige effekten av dette vise seg først i løpet av den kommunestyreperioden vi er inne i nå. Oversiktsarbeidet fikk forsterket oppmerksomhet med folkehelseloven som trådte i kraft i 2012, dermed er det først med planene som utarbeides i den nåværende kommunestyreperioden som vil kunne legge oversiktsdokumentet til grunn for planleggingen.

4.2.3 Samarbeid og koordinering på tvers fortsatt en utfordring

I surveyen undersøkes også respondentenes samhandlingsmønster med en rekke relevante aktører (Hofstad og Bergsli 2016:x). Resultatene viser at andelen respondenter som har daglig/ukentlig kontakt med samfunnsplanleggeren i kommunen har økt i løpet av perioden. Likevel synes det å være et stykke igjen før en tett integrering mellom folkehelse/helse og planlegging er et faktum.

Evalueringen identifiserer fire utfordringer for tettere integrering mellom folkehelse/helse og planlegging:

- Organisatoriske barrierer
- Langsiktig lederskap
- Tilstrekkelige ressurser
- Folkehelsebegrepets bredde

En nøkkel for å overkomme disse barrierene, ifølge informantene, er forståelse for folkehelse/helse-implikasjonene av de ulike virksomhetenes aktiviteter og ikke minst hvordan planlegging kan bidra til å fremme folkehelse/helse på tvers av organisasjonen.

4.3 Komparasjon: Problemets karakter og typen implementeringsmodell

4.3.1 Komplekse og tamme problemer

I 1973 kom Rittel og Webber med en artikkel hvor de argumenterte med at de planleggingsproblemene som ligger foran oss er av en annen karakter enn de vi til da hadde håndtert gjennom planlegging. De tradisjonelle problemene kunne håndteres med ingeniørkunst og ekspertkunnskap fordi kilden til problemet og hvordan det kunne løses var kjent. Disse problemene kalte Rittel og Webber for «tamme» problemer. Eksempler på slike er det å sørge for ulike former for infrastruktur – veier, vann og kloakk- eller føre fram strøm til bo-og arbeidsområder. De kommende problemene, argumenterte de,

kjennetegnes nettopp av at de er vanskelige å *definere, lokalisere* og *implementere*, de er *kontinuerlige* og de har *ingen* objektivt riktig *løsning* (Rittel og Webber 1973). Å skape flere gode leveår og redusere sosiale helseforskjeller, som er hovedmålsettingene i folkehelsepolitikken, er et godt eksempel på slike problemer, som Rittel og Webber kaller «wicked» og som på norsk best kan oversettes til «gjenstridige».

Tidligere forskning viser at når lokale aktører som er ansvarlige for folkehelse skal arbeide for å gjøre folkehelse til et sektorovergripende mål for kommunen er det akkurat denne gjenstridigheten de møter (Hofstad 2013, Hofstad og Torfing 2015). Også når Helomplan-kompetansen skal tas med «hjem» og implementeres i organisasjonen møter deltakerne de samme problemene (Hofstad og Bergsli 2016). Folkehelsebegrepets bredde gjør det vanskelig å kommunisere til deler av kommunen som ikke er kjent med dette arbeidet tidligere, samtidig som bredden gjør det vanskelig å vite hvor man skal begynne; hva er det viktigste problemet? Folkehelse er med andre ord vanskelig å definere og lokalisere (Hofstad mfl 2015). Samtidig er det vanskelig å vite akkurat hvilke tiltak som er de beste, det finnes lite kunnskap om forholdet mellom problemets årsaker og virkninger, nettopp på grunn av problemets karakter (Petticrew mfl 2004, Hofstad mfl 2015); folkehelse er vanskelig å implementere og har ingen objektivt riktig løsning. Til slutt har arbeidet ikke et naturlig sluttpunkt. Folkehelsearbeidet er kontinuerlig. Nye målsettinger vil komme til fordi folkehelsearbeid handler mer om generell samfunnsutvikling enn avgrensede tiltak. Resultatene fra evalueringen av Helomplan synliggjør nettopp gjenstridigheten som ligger i å skulle integrere folkehelse på tvers i organisasjonen. Deltakerne møter som vist over problemer knyttet til silo-organisering, lederskap, ressurser og bredden i oppgaven.

Hvordan ser dette ut for K2015? Hvordan kan problemet K2015 skal håndtere karakteriseres? La oss se K2015 i lys av Rittel og Webbers definisjon av et gjenstridig problem slik vi gjorde med Helomplan. Er K2015 vanskelig å definere, lokalisere og implementere? Er problemet kontinuerlig og mangler en objektivt riktig løsning? K2015 har som mål å skape 12 000 nye årsverk med fagutdanning i perioden 2011-2015, heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år, skape større faglig bredde og

styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet St.prp. nr. 1, 2010–2011). Problemet disse målene er et svar på, er for få hender i helse og omsorg til å møte eldrebølgen, samtidig som en ønsker flere faglærte i sektoren. En ønsker altså å utdanne flere som kan gå inn i helse- og omsorgssektoren og å øke kompetansen til de som allerede arbeider i sektoren. Middelet for å nå målene er en rekke ulike utdanningstiltak i tillegg til kommunal strategisk planlegging av kompetanseoppbyggingen.

Om den strategiske planleggingsinnsatsen varierer mellom kommunene, har selve hovedmålet om høyere rekruttering og økt kompetanse til helse- og omsorg blitt nådd. For å sikre at det ville være arbeidskraft med relevant kompetanse kommunene kunne rekruttere til sine helse- og omsorgstjenester ble kapasiteten i utdanningsinstitusjonene utvidet. Kommunene har også økt kapasiteten i sine tjenester både med hensyn til antallet stillinger og årsverk, og med hensyn til at mer personell har relevant faglig kompetanse.

K2015 er med andre ord mulig å definere, lokalisere og implementere. Det mangler heller ikke en objektivt riktig løsning. Men oppgaven er kontinuerlig i den forstand at utdanningstrykket og kompetansehevingen må fortsette for å kunne nå de ønskede målene. K2015 er således et ambisiøst, men likevel «tamt» problem.

Problemet hver av de to modellene skal håndtere er dermed forskjellig. Helomplan krever i større grad et kontekstuellt perspektiv enn K2015. Og her er modellens akilleshæl. For å lykkes må store deler av organisasjonen mobiliseres. Evalueringen viser at man bare delvis har lyktes med dette. Ledere som godkjenner at den eller de ansatte gjennomfører Helomplan må gjøre det ut fra et ønske om å benytte kompetansehevingen strategisk i etterkant. Den eller de ansatte som har tilegnet seg ny kompetanse gjennom Helomplan må få innpass i organisasjonen, understøttes av mål og prioriteringer som muliggjør integrering av folkehelse/helse på tvers. Videre er det viktig at deltakeren gis tid og ressurser til å sette den nyvunne kunnskapen ut i livet. Sist, men ikke minst, viser evalueringen at det er lettere å skape ringvirkninger av Helomplan når deltakerne har flere enn seg selv å spille på. Der er informantene helt tydelige. Det brede

folkehelse/helsearbeidet kan ikke drives av en person alene. Til det er oppgaven så kompleks og utfordrer vante tanke- og handlemønstre for mye. En person, uansett hvor mye han eller hun brenner for oppgaven, kommer til kort. Helomplan må med andre ord ledsages av strukturelle, organisatoriske tiltak som bidrar til å begrense og «temme» gjenstridigheten i oppgaven.

4.3.2 Implementeringsmodellene

I implementeringslitteraturen har man gått fra å ha et instrumentelt, «overnfra-og-ned»-syn på implementering til mer komplekse forståelser av fenomenet (Hill og Hupe 2002). Man forventer ikke lenger at det som iverksettes lokalt er en blåkopi av den nasjonale politikken. Ofte vil nettopp lokal tilpasning og variasjon være et ønskelig resultat. Forståelsen er at politikken skal gis en lokal kulør som er tilpasset de utfordringene og mulighetene som eksisterer i en gitt kontekst.

Videre er det slik at implementeringen ikke bare går én vei, fra mål og virkemidler utformet nasjonalt til lokal iverksetting. Ofte vil «feedback-mekanismer» i form av lokale erfaringer og innspill påvirke målstrukturen og sammensetningen av virkemidler. Iverksetting kan derfor sees som en sirkulær, snarere enn lineær, prosess.

Til sist er det også slik at implementeringen kan innebære et behov for koordinering nasjonalt og/eller lokalt (Exworthy and Powell 2004). Dermed handler ikke nødvendigvis implementering bare om forholdet nasjonalt-lokalt, men også nasjonalt-nasjonalt og lokalt-lokalt.

Om vi sammenlikner Helomplan og K2015 som implementeringsmodeller for direkte/indirekte oppfølging av samhandlingsreformen, blir det tydelig at de skiller seg fra hverandre med hensyn til hvilken type implementering som følger av de to modellene. K2015 handler om å skaffe flere og kvalitativt bedre skolerte hender i helse og omsorg. Hovedgrepet er å gjøre dette ved å bruke allerede eksisterende utdanningstilbud, men det er også utviklet noen tilpassede utdanninger som følge av K2015. Likevel handler ikke K2015 om å endre innholdet eller organiseringen av arbeidet slik tilfellet er for Helomplan. K2015 følger således en tradisjonell implementeringsmodell hvor mål og

virkemidler går fra nasjonalt til lokalt. Imidlertid fordrer K2015 samarbeid på tvers på nasjonalt nivå, i det nye utdanningsformer blir utviklet ved undervisningssteder. I tillegg gis det rom for lokale tilpasninger og endringer. Som vist tidligere medførte innføringen av samhandlingsreformen, som ble iverksatt etter K2015, at kommunene revurderte kompetansebehovene sine.

Utviklingen av Helomplan har medført samarbeid på tvers på nasjonalt nivå. Oppdraget ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet som igjen har trukket inn KS som ansvarlig for den daglige driften av Helomplan. I tillegg har etter- og videreutdanningstilbudet blitt utviklet og levert av fire, siden fem, universitets- og høyskoler.

Helomplan fordrer i tillegg samarbeid på tvers lokalt. Kompetansehevingen som skjer som følge av Helomplan har til hensikt å understøtte den delen av samhandlingsreformen/folkehelseloven som handler om å skape nye måter å organisere og arbeide på innenfor helse/folkehelse. Etter- og videreutdanningstilbudet har som mål å gi kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn kompetanse i å integrere folkehelse/helse på tvers av sektorer, etater og avdelinger gjennom bruk av helse-/folkehelseinformasjon og planlegging. En er med andre ord ikke kun opptatt av kompetansehevingen i seg selv, men også effektene av den: Det skal tenkes nytt, arbeides annerledes. Samarbeidet som skjer horisontalt både på nasjonalt og lokalt nivå bærer altså i seg utviklings- og innovasjonsarbeid i større grad enn K2015 hvor målet ikke er å bidra til nye tanker og organisasjonsmønstre, men til å heve kvaliteten på det arbeidet som allerede drives.

4.4 Behovet for samstyring og samarbeid

Helomplan fordrer dermed et samspill mellom aktører som har tilegnet seg kunnskap som støtter opp om samhandlingsreformen og folkehelselovens mål om et bredt, sektorovergripende folkehelsearbeid med planlegging som et sentralt virkemiddel og støttende strukturer som gjør det mulig for organisasjonen å ta kompetansen i bruk. Tabell 4.1 oppsummerer sentrale drivere og barrierer i strukturer og hos aktører for at Helomplan skal lykkes i å nå sine mål.

Tabell 4.1: *Helomplan: Drivere og barrierer i strukturer og hos aktører*

	Drivere	Barrierer
Strukturer - organiseringen av tiltaket	* Åpenhet og fleksibilitet i organisasjonen *Avsatte ressurser og tydelige prioriteringer *Oversettelse av folkehelsebegrepet til lokal kontekst	*Silo-organisering *Prioritering av kortsiktig brannslukking framfor langsiktig utviklings- og planarbeid *Ingen strategi for hvordan Helomplan-kompetansen skal benyttes
Aktører - de involverte individene	*Flere deltakere på Helomplan i samme organisasjon *bevisst og tydelig ledelse	*Manglende forankring av Helomplan-deltakelsen i ledelsen *Helomplan-deltakeren en ensom svale i organisasjonen

Tabellen er basert på en tabell lansert i et foredrag av Bergljot Baklien 2013²²

I tabellen er det skilt mellom strukturelle og aktørmessige drivere og barrierer. De strukturelle driverne og barrierene handler om hvordan Helomplan organiseres. De aktørmessige driverne og barrierene handler om hvordan de involverte individene opererer.

Tabellen viser hvordan kompleksiteten i oppgaven, å skape organisasjonsmessige og aktørmessige ringvirkninger av Helomplan, er avhengig av en åpen, strategisk og samarbeidende organisasjonskultur som er åpen for kompetanseoppbyggingen i kjølvannet av Helomplan. Og det er nettopp en slik organisering som trekkes fram av litteraturen som en løsning for å kunne håndtere gjenstridige problemer (van Bueren et al 2003, Hofstad og Torfing 2015). I og med at både kilden og løsningen til problemet er å finne på tvers av samfunnssektorene og på tvers av styringsnivåene, løftes samstyring eller nettverksstyring hvor relevante aktører samarbeider for å finne felles løsninger fram som et viktig virkemiddel. Slike nettverk kan dannes innenfor en organisasjon, som for eksempel en kommune, eller på tvers av flere organisasjoner eller styringsnivåer. Nettopp fordi ingen sitter med nøkkelen til å løse disse utfordringene alene fordrer gjenstridige problemer ofte en form for innovasjon. I litteraturen

²² Foredraget ble holdt på Evalueringskonferansen i Drammen, september 2013.

snakker man ofte om «collaborative innovation», eller samarbeidsdrevet innovasjon. Hvilken form for innovasjon har Helomplan bidratt til, og hva gjenstår?

4.4.1 Helomplan og innovasjon

La oss se litt nærmere på hva innovasjonsarbeid i offentlig sektor kan handle om. I litteraturen som omhandler offentlig innovasjon opereres det med et bredt sett av innovasjonsformer. For mens man i privat sektor ofte knytter innovasjon til produktinnovasjon, trekker man her fram følgende innovasjonsformer i tillegg:

- Tjenesteinnovasjon – nye måter å levere tjenester til brukere på
- Prosessinnovasjon – nye måter å designe organisasjonsprosesser på
- Posisjonsinnovasjon – nye kontekster eller brukere
- Strategisk innovasjon – nye mål eller formål for organisasjonen
- Styringsinnovasjon – nye former for medvirkning eller demokratiske organisasjoner
- Retorisk innovasjon – utvikling av et nytt språk og nye begreper

I Helomplans tilfelle har vi sett at deltakerne har tilegnet seg et planspråk som gjør det lettere å vinne innpass på planleggingsarenaen, samtidig som de anvender begrepene og språket i sin egen sektor og blir det de selv har omtalt som et «gnagsår» eller fungerer som en «påminnesagent». Og her ligger det en kime til innovasjon. De introduserer nye begreper i sin egen virksomhet som kan bidra til å utvikle hvordan denne virksomheten ser på egne aktiviteter og egen funksjon i organisasjonen på. Denne formen for *retorisk innovasjon* er det klareste resultatet av deltakelse på Helomplan.

Samtidig kan deltakernes økte engasjement i planlegging sees på som en form for *prosessinnovasjon*. Inkludering av folkehelse-/helsefolk er en ny måte å designe organisasjonsprosesser på.

Samtidig har vi også sett at det å skape samarbeid på tvers er noe flere respondenter opplever som utfordrende, noe som gjør at det er grunn til å fortsette, og kanskje forsterke dette fokuset. Flere deltakere på Helomplan signaliserer at de kunne ha tenkt seg at utdanningen gikk enda mer inn på hva det vi her har kalt prosessinnovasjon er i *praksis*. De opplever at de lærer det teoretiske fundamentet for slike prosesser, men ikke hvordan man faktisk går fram. Slik deltakerne opplever det, hadde altså grunnlaget for prosessinnovasjon vært bedre om Helomplan hadde gått tettere på hvordan man faktisk skal gå fram for å skape gode prosesser i planleggingen og i organisasjonen mer generelt.

Videre har vi også sett at folkehelse/helse omtales som et mål for planleggingen i majoriteten av kommunene som har sendt medarbeidere på Helomplan. Altså en form for *strategisk innovasjon*. Imidlertid kan dette i liten grad sees som et utslag av Helomplan, selv om stabiliteten i perspektivet over tid kan ha blitt påvirket positivt av Helomplan-deltakelsen. I tillegg er det grunn til å tro at Helomplan-deltakelsen er en viktig faktor for kommunenes evne til å koble oversiktsarbeidet til planstrategien og kommuneplanen. Disse planene revideres akkurat nå i de fleste kommuner. Først planstrategien, så kommuneplanen.

4.5 Konklusjon

Gjennom en sammenlikning av K2015 og Helomplan har denne rapporten hatt som mål å belyse i hvilken grad Helomplan er egnet som modell for kompetansehevede satsinger og hvordan modellen eventuelt kan utvikles. Sammenlikningen bidrar til å tydeliggjøre Helomplans særtrekk. De to modellene er ulike. Helomplan handler om å bidra til bredt utviklingsarbeid lokalt, mens K2015 har som mål å skape dypere kunnskap i hele helse- og omsorgssektoren. Helomplan har derfor ikke så mye å lære av K2015, men komparasjonen bidrar til å sette Helomplan i relieff. Det bidrar til å kaste nytt lys på modellen og er nyttig i forståelsen og vurderingen av Helomplan.

Evalueringen av Helomplan viser at etter- og videreutdanningen har lyktes godt med å gi kompetanse som oppleves som relevant og nyttig av studentene (Hofstad og Helgesen 2013, Hofstad og Helgesen 2014, Hofstad og Bergsli 2016). Videre har

komparasjonen av K2015 og Helomplan tydeliggjort at Helomplan er kjennetegnet ved å ha et bredt mandat som handler om å skape ringvirkninger fra deltakerens kunnskap om folkehelse, helse, samhandling og planlegging, samt de virkemidlene som kan brukes i dette arbeidet (statistikk og tverrsektorielt arbeid).

Imidlertid er modellen, om den skal lykkes, avhengig av at kunnskapen ikke forblir kun i den enkeltes hode og vi har derfor brukt tid på å sette denne delen av utfordringen i perspektiv gjennom å se kompleksiteten i implementeringsmodellen, gjenstridigheten i problemet som skal løses og avhengigheten av ulike former for innovasjon som en nøkkel for å skape ideer og organisasjonsformer som får organisasjonen til å dra i samme retning. Disse perspektivene bidrar til å sette fokus på betydningen av å løfte fram den lokale konteksten som Helomplan skal iverksettes i.

Så mens Helomplan i seg selv er vellykket, er spørsmålet om en i større grad bør se utdanningen i sin lokale kontekst, å bygge opp tilleggsmoduler eller tilleggskrav som skjerper fokus på kontekstuelle faktorer sin betydning for om modellen får de ønskede virkningene i organisasjonene som sender deltakere på Helomplan.

For det første er en mulig tilnærming å stille tydeligere krav til ledelsen i den gjeldende organisasjonen om at man har en klar strategi som den eller de ansattes deltakelse er en del av. Målet med dette vil være at deltakeren ikke opplever det slik noen nå gjør, at man ikke får relevante oppgaver hvor den nye kunnskapen kan anvendes. For det andre er det en mulighet å oppfordre, evt kreve, at organisasjoner som vurderer å sende en av sine ansatte på Helomplan sender mer enn en ansatt da dette ser ut til å ha en positiv effekt på evnen til å skape ringvirkninger. For det tredje er det et ønske blant studentene at undervisningen, i tillegg til å tilføre teori, også gir kunnskap om hvordan ideene og teoriene kan omsettes til handling. Helomplan er etter- og videreutdanning på masternivå, og noen vil hevde at slik praktisk tilnærming ikke hører hjemme på dette nivået. Samtidig er det slik at ulike utdanninger har ulike tradisjoner på dette. Går man for eksempel planutdanningen på Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU) lærer man hvordan planlegging gjennomføres i praksis. Om man føler seg bekvem med å tilby mer praksisnær kunnskap

handler trolig mer om fagbakgrunn enn om hvilket nivå utdanningen er på.

Helomplan har, slik det er i dag, et bredt sett av temaer som undervisningen skal dekke – folkehelse, helse og omsorg, samhandling og planlegging. Dersom en legger inn en mer praktisk tilnærming i tillegg er spørsmålet om spennvidden i temaer blir for stort. Som nevnt tidligere er det helt klart behov for kompetanse på samhandling. Ikke minst vil det være positivt om folk fra helseforetak og kommuner gis kompetanse på hverandres virksomhet og betingelser for samarbeid. Imidlertid skiller samhandlingsproblematikken seg såpass fra de andre områdene at å yte denne delen av Helomplan rettferdighet kan være vanskelig.

Nettopp Helomplan som en møteplass for aktører fra ulike organisasjoner og med ulik fagbakgrunn er noe av tanken bak utviklingen av etter- og videreutdanningen. Imidlertid er spørsmålet om det brede perspektivet med sterkt innslag av helse og omsorg har gjort det vanskeligere å selge inn til aktører med en annen bakgrunn. Særlig regional- og kommuneplanleggere savnes på Helomplan. Og det er nettopp planleggingsfokuset som får studentene til å ta Helomplan. De ønsker å styrke sin egen kompetanse på dette, og de ønsker verktøy som setter dem i stand til å delta i planleggingsprosesser både i egen etat og på tvers av kommunen. Spørsmålet er om dette fokuset bør heves enda mer fram og om helsefokuset bør dempes noe ned. En slik utvikling ville spille på lag med Helomplans brede mandat hvor målet er å styrke betingelsene for å anvende samfunnsplanlegging og strategisk planlegging som verktøy for helse-/folkehelsearbeid.

Vi mener det er grunn til å konkludere med at Helomplan og de ressursene som er lagt inn i utviklingen og driften av dette etter- og videreutdanningsprogrammet er vel anvendte penger. Deltakerne er gjennomgående fornøyde og vurderer kompetansen de har fått som nyttig både for dem selv og den organisasjonen de er en del av. Men for å lykkes med å skape lokale ringvirkninger av Helomplan, slik modellen legger opp til, er det rom for å videreutvikle den ytterligere gjennom en spissing og utvikling av tilleggsmoduler som beskrevet over.

Litteratur

- Baklien, B. (2013): *Evalueringsseminar NIBR, september 2013 Dag 1*, Evalueringskonferansen i Drammen september 2013.
- Exworthy, M. og Powell, M (2004): 'Big windows and little windows: Implementation in the 'congested state'', *Public Administration* 82:2, 263-281.
- Helgesen M, Kvinge T, Olsen D, Holm A, Røste R. (2016): *Rekruttering og kompetanseheving i kommunal pleie og omsorg. Sluttrapport fra evalueringen av Kompetanseløftet 2015*. Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Brev til Helsedirektoratet datert 26.05.2011, *Oppdrag til Helsedirektoratet SAMPLAN*.
- Hill, M. og Hupe, P (2002): *Implementing public policy: Governance in theory and practice*, London: Sage Publications.
- Hofstad, H. and Helgesen, M.K. (2014): *Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging*, Delrapport 2, NIBR-rapport 2014:18, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. and Helgesen, M.K. (2013): *Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging*, Delrapport 1, NIBR-rapport 2013:18, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

-
- Hofstad H, Lid S, Schou A, Vedeld T. (2015) *Lokal oversikt over folke-helsen – muligheter og utfordringer*. NIBR-rapport 2015:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
[Local healthoverview—possibilities and challenges]
- Hofstad, H. and Bergsli, H. (2016): *Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan – status og ringvirkninger 2012-2015*, NIBR-rapport 2016:9, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Petticrew M, Whitehead M, Macintyre S, Graham H, Egan M. Evidence for public health policy on inequalities: 1. The reality according to policymakers. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004;58(10):811–6.
- Vedeld T, Hofstad H.(2014) *Tilnærminger, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet. En kunnskapsoppsummering*. NIBR-rapport 2014:23. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.