

Torunn Kvinge

Kompetanseløftet 2015 - Konsekvenser i kommunene?

Tittel: **Kompetanseløftet 2015 - Konsekvenser i kommunene?**

Forfatter: Torunn Kvinge

NIBR-notat: 2015:102

ISSN: 0801-1702

ISBN: 978-82-8309-054-3

Prosjektnummer: 3161

Prosjektnavn: Evaluering av Kompetanseløftet 2015

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat:

Som et ledd i Kompetanseløftet 2015 kan kommunene søke Fylkesmannen om tilskudd til utdanning og videreutdanning av personell, samt kursvirksomhet. I dette notatet studerer vi utvikling i antall personer som har fått utdanning eller videreutdanning ved hjelp av Kompetanseløftet 2015, samt hvilken type kompetanse midlene er gått til. Resultatet sees i sammenheng med utviklingen i antall sysselsatte med fagkompetanse i brukerrettet pleie og omsorg i kommunesektoren. Variasjoner i utviklingen i total sysselsetting, andel med relevant utdanning og antall personer med utdanning gjennom Kompetanseløftet 2015 analyseres med bakgrunn i ulike kjennetegn ved kommunene som størrelse, sentralitet, behovsprofil og frie inntekter.

Sammendrag: Norsk

Dato: Mars 2015

Antall sider: 55

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21
0349 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2015

Forord

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og inngår i Omsorgsplan 2015. Foreliggende notat utgjør andre del i en følgeevaluering av Kompetanseløftet 2015.

Formålet med følgeevalueringen er å beskrive og vurdere virkemiddelbruk, resultater og måloppnåelse. Oppdraget omfatter flere devalueringer. En underveisrapport ble publisert i 2014 og en sluttrapport vil foreligge i 2016.

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet. Evalueringen er et samarbeid mellom NIBR, NIFU og Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Marit K. Helgesen er prosjektleder. Seniorforsker Evelyn Dyb har kvalitetssikret notatet.

Vi ønsker å takke fylkesmannsembete, Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå for tilgang på data. Videre takk til prosjektets referansegruppe og til kollegaer i prosjektgruppen for kommentarer og innspill underveis i arbeidet med dette notatet.

Oslo, mars 2015

Hilde Lorentzen
Instituttssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	3
Figuroversikt	4
Sammendrag.....	5
1 Innledning	7
1.1 Begrepsbruk	8
1.2 Målsettinger.....	9
2 Metodiske utfordringer, design og datatilfang.....	12
3 Kompetanseoppbygging i kommunene	15
3.1 Tidligere evalueringer	15
3.2 Utdanning og opplæring gjennom K2015-midler	20
Store regionale variasjoner	22
Nærmere om helse og sosialfaglig utdanning.....	25
3.3 Generell sysselsettingsvekst og kompetanseendring..	28
3.4 Hva betyr K2015 for kompetanseoppbygging i kommunene?.....	33
4 Sysselsettingsvekst og kompetanseoppbygging - kjennetegn ved kommunene	38
5 Oppsummerende drøfting	46
Litteratur	49
Vedlegg 1 Beskrivelser og definisjoner.....	51

Tabelloversikt

Tabell 3.1 .. <i>Antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg 2007 og 2012 etter kompetanse</i>	31
Tabell 3.2 .. <i>Sysselsatte og årsverk</i>	34
Tabell 3.3... <i>Ville din kommune utdannet/ etterutdannet om lag like mange uten midler fra Kompetanseløftet 2015?</i>	37
Tabell 4.1 .. <i>Samvariasjoner mellom endring i sysselsetting og kompetanse 2007-2012. Korrelasjonskoeffisienter</i>	38
Tabell 4.2... <i>Regresjonskoeffisienter. Endring i andel sysselsatte med relevant utdanning 2007-2012 (Robuste standardavvik i parentes)</i>	42
Tabell 4.3... <i>Regresjonskoeffisienter. Antall sysselsatte som har fullført utdanning ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2012 (minus ABC) som andel av folkemengden 2007. (Robuste standardavvik i parentes)</i>	44

Figuroversikt

Figur 3.1	<i>Antall personer som har fullført utdanning/ oppføring ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2013.....</i>	21
Figur 3.2	<i>Antall personer som har fullført utdanning/ opplæring gjennom at kommunene har nyttiggjort seg K2015-midler 2007-2013, fordelt på fylke.....</i>	23
Figur 3.3	<i>Personer som har mottatt K2015-midler 2007-2013 som andel av folkekemengde 2013, fordelt på fylke. Prosentvis</i>	24
Figur 3.4	<i>Personer som har mottatt K2015-midler til utdanning og videreutdanning 2007-2013 (minus ABC) som prosentvis andel av mottakere av kommunale pleie og omsorgstjenester 2013, fordelt på fylke.</i>	25
Figur 3.5	<i>Antall personer som har fullført utdanning (minus ABC opplæring) ved at kommunen har benyttet seg av K2015-midler, fordelt på type kompetanse. Prosentvis fordeling.</i>	27
Figur 3.6	<i>Sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2007 og 2012. Prosentvis fordeling.....</i>	29
Figur 3.7	<i>Avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2007 og 2012. Prosentvis fordeling.....</i>	29
Figur 3.8	<i>Antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2007 og 2012.....</i>	30
Figur 3.9	<i>Personer med relevant kompetanse som andel av sysselsatte innen brukerrettet pleie og omsorg i 2007 og i 2012 og personer med fullført utdanning/ opplæring ved hjelp av K2015-midler, 2007-2012 (inkludert ABC-opplæring) som andel av sysselsatte innen brukerrettet pleie og omsorg i 2012, fordelt på fylke. Prosentvis</i>	33

Sammendrag

Torunn Kvinge

Kompetanseløftet 2015 – Konsekvenser i kommunene

NIBR-notat 2015:102

Som et ledd i Kompetanseløftet 2015 (K2015) kan kommunene søke Fylkesmannen om tilskudd til utdanning og videreutdanning av personell, samt kursvirksomhet. I dette notatet har vi studert utvikling i antall personer som har gjennomført utdanning eller videreutdanning ved at kommunene, der de er ansatt, har benyttet seg av K2015-midler, samt hvilken type kompetansebygging midlene er gått til. Resultatet sees i sammenheng med utviklingen i antall sysselsatte med helse- og sosialfaglig kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg i kommunesektoren. Det foreligger store regionale forskjeller både med hensyn til andelen ansatte med relevant utdanning, hvor mange som har gjennomført kompetansetiltak ved å benytte seg av K2015-midler og type tiltak. Analysen støtter opp om funn fra tidligere evalueringer. For det første ser målsettingen om økning i årsverk med relevant kompetanse ut til å bli oppnådd. For det andre synes det å foreligge utfordringer med å få utdannet tilstrekkelig antall helsefagarbeidere.

På landsbasis tilsvarende veksten i antall sysselsatte med relevant kompetanse innen brukerrettet pleie og omsorg om lag 13900 personer fra 2007 til 2012. I samme periode fullførte til sammen over 7400 personer videregående opplæring eller tok desentralisert høyere utdanning, mens vel 10800 personer fullførte videreutdanning, ved hjelp av K2015-midler. Antall personer, som har tatt en relevant fagutdanning ved hjelp av midler fra K2015, svarer dermed for over halvparten av samlet tilvekst i antall personer med helse og sosialfaglig kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg, over samme tidsrom. Videre var antall personer som fullførte videregående opplæring til hjelpepleier, omsorgsarbeider

NIBR-notat 2015:102

eller helsefagarbeider ved hjelp av K2015 en del høyere enn tilveksten i alle ansatte med slik kompetanse i perioden 2007-2012 (henholdsvis vel 5900 og 1148 personer).

Regresjonsanalyser indikerer at kommunal deltakelse i K2015 er behovsstyrt i det, alt annet likt, kommuner som har forholdsvis mange mottakere av pleie og omsorgstjenester i forhold til folkemengden også har utdannet relativt flest personer ved å benytte seg av K2015-midler. Videre finner vi at kommuner som hadde forholdsvis få ansatte med relevant kompetanse da K2015 startet opp, også er de kommunene som har satset mest på kompetanseheving blant egne ansatte.

Når vi studerer endringer i den generelle kompetansesammensetningen i kommunene, finner vi at kommuner som har best råd, hensyn tatt til behovsstruktur, størrelse og lokalisering, mv., også er de kommunene som har hatt størst økning i andelen sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg med relevant kompetanse. En hypotese kan være, at slike kommuner lettere kan rekruttere personell med relevant utdanning, enn det andre har muligheter til.

Videre finner vi en sterk samvariasjon mellom tallet på personer, som den enkelte kommune har utdannet ved hjelp av midler gjennom K2015 i løpet av perioden 2007-2012 og økning i personell med relevant kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg i kommunen over samme tidsrom.

Til sammen tyder funnene på at Kompetanseløftet 2015 har vært viktig for en generell vekst i personer med relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Vi vet imidlertid ikke hvor mange som ble værende i brukerrettet pleie og omsorg etter endt utdanning. For å kunne si i hvor stor grad K2015 faktisk har bidratt til kompetanseheving innen denne sektoren, må vi kunne følge enkelte ansatte over tid. Slike longitudinelle data er ikke tilgjengelige for prosjektet. Gjennom surveydata og intervju håper vi imidlertid å få en bedre forståelse av disse prosessene. Dette materialet vil bli presentert i sluttrapporteringen.

1 Innledning

Formålet med det foreliggende notatet er å rapportere fra den pågående følgeevalueringen av Kompetanseløftet 2015 (K2015). Vi vektlegger følgende spørsmål:

- Samsvarer resultatene i kommunene med målsettingen for K2015?
- I hvor stor grad kan disse resultatene faktisk tilskrives tiltak som er finansiert gjennom K2015?

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det omfatter blant annet rekrutterende og omdømmebyggende aktiviteter, pedagogiske virkemidler, og en tilskuddsordning til opplæringstiltak. I følge sistnevnte virkemiddel kan kommunene søke tilskudd gjennom Fylkesmannen til å utdanne samt videre- og etterutdanne personell på flere nivåer i utdanningssystemet (videregående opplæring, desentralisert høyere utdanning, fagskole, høyskole) samt til å styrke kursvirksomhet og annen internopplæring i kommunene. Formålet med det foreliggende notatet er

- a) å beskrive bruken av det statlige tilskuddet til kompetanseoppbygging i kommunen (aktivitet),
- b) å se nærmere på resultater i kommunene og
- c) å drøfte hvor vidt resultatene samsvarer med de målene som er satt, samt hvor vidt resultatene kan tilskrives K2015.

For å kunne drøfte hvor vidt måloppnåelse foreligger må vi for det første ha klart for oss hvordan målene i Kompetanseløftet 2015 er definert. Vi bruker derfor litt plass på dette i avsnitt 1.2.

Resultater (og eventuelt måloppnåelse) kan skyldes mange faktorer som ikke er en del av virkemidlene i K2015. Dette vil for det første dreie seg om en rekke forhold knyttet til utdanningssektoren som for eksempel organisering av fagopplæringen, arbeidsmarkedet, helse- og omsorgssektoren. For det andre kan det skyldes tiltak i Omsorgsplanen utover selve Kompetanseløftet. Metodiske utfordringer knyttet til spørsmålet om hvor vidt K2015 har vært en nødvendig forutsetning for å oppnå de fastsatte målsettingene i kommunene, kommer vi tilbake til i neste kapittel.

Nært knyttet opp til spørsmålene om måloppnåelse og hvilke effekter som kan tilskrives Kompetanseløftet 2015, er spørsmålet hvorvidt tilskuddsordningen er organisert på en adekvat måte. I hvilken grad står kostnadene og tidsbruken forbundet med tilskuddsordningen i et rimelig forhold til effekten av dem? Disse spørsmålene blir drøftet nærmere i sluttrapporteringen av prosjektet.

1.1 Begrepsbruk

Med «relevant helse og sosialfaglig kompetanse» menes at ansatte er utdannet som lege, psykolog, sykepleier, jordmor, vernepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, ernæringsfysiolog, helsefagarbeider, hjelpepleier, omsorgsarbeider, aktivitør, helsesøster, barnevernspedagog, e.l... I dette notatet bruker vi «relevant fagutdanning» og «relevant helse og sosialfaglig utdanning» synonymt. Utdanningen som fører til fagbrev/yrkesfaglig kompetanse omtales som «relevant fagopplæring». «Ansatte med relevant fagopplæring» er med andre ord en undergruppe av «ansatte med relevant fagutdanning».

Med «brukerrettet pleie og omsorg» menes aktivisering og servicetjenester ovenfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse (KOSTRA funksjon 234), praktisk og medisinsk oppfølging i eget hjem (KOSTRA funksjon 253) eller i institusjon for eldre og funksjonshemmede (KOSTRA funksjon 254).

Når ansatte har «fullført utdanning ved at kommunen har nyttiggjort seg K2015 midler», omtales dette i forkortet form som «fullført K2015 utdanning» eller «fullført utdanning ved hjelp av K2015-midler».

1.2 Målsettinger

Som nevnt innledningsvis, inngår K2015 i Omsorgsplan 2015. St. meld. nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» og Stortingets behandling av denne (Innst. S. nr. 150 (2006-2007) ligger til grunn for satsingen på Omsorgsplan 2015. I Stortingsmeldingen vises det innledningsvis til at det allerede i forbindelse med Handlingsplan for eldreomsorgen¹ ble tatt et «krafttak» for å øke kapasitet og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet. Samtidig har det pågått en endring i tjenesteetterspørselen, blant annet som følge av reformer som har hatt som målsetting å bygge ned institusjonsomsorgen og i stedet tilby omsorg og pleie i eget hjem.² Dette har delvis ført til nye grupper tjenestemottakere, som i gjennomsnitt har vært yngre og som gjerne har hatt behov for andre ytelser enn de som tradisjonelt har vært rettet mot gamle mennesker. Samtidig forventes en økning i antall eldre framover.

I tillegg til en kompetanse- og rekrutteringsplan omfatter Omsorgsplan 2015 satsing på omsorgsforskning, en demensplan og et nytt investeringstilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger.

Kapasitetsvekst, demensplanen og K2015 overlapper delvis. K2015 skal for eksempel benyttes så vel til å rekruttere personell med ønsket kompetanse som å bidra til at det gis nødvendig opplæring, blant annet på feltet demens. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at bemanningskapasitet og kompetanse er to sider av samme sak. De fleste nye årsverk bør med andre ord kunne dekkes av personell med helse og sosialfaglig kompetanse. Demens er videre utpekt som et sentralt område i Kompetanseløftet 2015.³

Det kan i noen grad være uklart hvor grensene går mellom spesifiserte målsettinger i Omsorgsplan 2015 og i K2015. Dette gjelder særlig mål om nye årsverk med relevant kompetanse, som

¹ St. meld. nr. 50 (1996-1997).

² Dette inkluderer HVPU-reformen (ansvarsreformen) og opptrappingsplanen for psykisk helse, se St. meld. nr. 47 (1989-1990), St. meld. nr. 25 (1996-1997) og St.prp. nr. 63 (1997-1998).

³ Helse- og omsorgsdepartementet St.prp. nr. 1 (2011-2012).

spesifiseres i begge planene/ løftene. I og med at K2015 kan oppfattes som en egen kompetanse- og rekrutteringsplan for å oppnå målsettinger i Omsorgsplan 2015, er det hensiktsmessig å betrakte alle spesifiserte mål for rekruttering, kompetanseutvikling og bemanning i Omsorgsplan 2015 også som mål for K2015.

Den kommunale omsorgstjenesten har hatt utfordringer knyttet til et relativt høyt antall personell uten helse- og sosialfaglig utdanning og forholdsvis stor avgang fra sektoren som følge av sykdom/ uføretrygding. K2015 kan i vid forstand sies å spenne over rekruttering og utdanning av helse og sosialfaglig personell, videreopplæring av ansatte, samt tiltak for å sikre at færre ansatte jobber deltid, blir sykmeldte eller utstøtt fra arbeidslivet.

Målsettingen for K2015 er i flere sentrale dokumenter operasjonalisert som følger:

Delmål 1: Skaffe 12 000 nye årsverk med relevant fagutdanning i perioden 2008-2015.

Delmål 2: Heve det formelle utdanningsnivået.

Delmål 3: Sikre brutto tilgang på om lag 4 500 helsefagarbeidere hvert år.

Delmål 4: Bidra til å skape større faglig bredde i omsorgstjenestene.

Delmål 5: Bidra til styrket internopplæring, veiledning og videreutdanning for ansatte i helse- og omsorgssektoren.⁴

De ulike delmålene overlapper hverandre. For eksempel vil delmål 2 være oppfylt dersom noen av de andre delmålene er det. Hvorvidt delmål 1 og 3 er oppfylt, kan vurderes gjennom å telle henholdsvis antall nye årsverk med relevant fagutdanning og antall nye helsefagarbeidere. Likeledes vil oppfyllelse av delmål 4 kunne vurderes gjennom å studere statistikk over endring i sammensetningen av kompetanse hos ansatte over det aktuelle tidsrommet. Hvorvidt K2015 har bidratt til styrket internopplæring, veiledning og videreutdanning for ansatte i helse-

⁴ Nærmere beskrivelse av Kompetanseløftet 2015 finnes på Helsedirektoratets hjemmesider. <http://www.helsedirektoratet.no/sider/alt-innhold.aspx?Tema=0c5ee005-ec52-4874-b612-f776e163cc50>.

og omsorgssektoren er et spørsmål som best besvares gjennom surveydata og/eller intervju.⁵

Notatet er bygd opp som følger. Tema for kapittel 2 er metodiske utfordringer, design og datatilfang. I kapittel 3 starter vi med å presentere noen hovedtall for utviklingen i nye årsverk med relevant fagutdanning og tilgang på helsefagarbeidere, basert på tidligere publiserte evalueringer (kapittel 3.1). Kapittel 3.2 rapporterer utvikling i antall personer som har fått utdanning eller videreutdanning ved hjelp av K2015-midler gjennom fylkesmennene, samt hvilken type kompetanse midlene er gått til. Resultatet sees i kapittel 3.3 i sammenheng med antall sysselsatte med helse og sosialfaglig kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg i kommunesektoren. I kapittel 4 analyserer vi hvordan utviklingen varierer med ulike kjennetegn ved kommunene som behovsprofil, sentralitet og frie inntekter. Kapittel 5 inneholder en kort, oppsummerende drøfting.

⁵ Sistnevnte spørsmål kommer vi for øvrig tilbake til i sluttrapporten.

2 Metodiske utfordringer, design og datatilfang

Evaluering innebærer en analyse av om effektene eller resultatet av et tiltak (her Kompetanseløftet 2015) er i samsvar med målsettingen for tiltaket. Videre handler effektanalyse om vurdering av hvilke resultater vi vil kunne ha forventet om tiltaket ikke hadde vært gjennomført. Med andre ord, skyldes effektene vi observerer tiltaket eller har utviklingen sammenheng med andre utenforliggende forhold?

Effektanalyse er forbundet med flere metodiske utfordringer. For det første vanskeliggjør såkalte seleksjonseffekter ofte effektevalueringer. Problemet består i at de kommunene som nyttiggjør seg et tiltak (enten gjennom selvseleksjon eller ved at overordnede instanser plukker ut bestemte kommuner) kan være de kommunene som har størst sannsynlighet for gode resultater, også uten tiltaket. Da de fleste norske kommuner deltar i K2015, kan vi se bort fra slike seleksjonseffekter her.

For det andre kan det være vanskelig å isolere effekten av et bestemt tiltak når myndighetene iverksetter flere reformer og/ eller tiltak samtidig og disse reformene eller tiltakene delvis overlapper hverandre. I hvilken grad er for eksempel andre generelle utviklingstrekk som innføring av Samhandlingsreformen⁶, endring i kommunenes frie inntekter, i andelen ansatte med innvandrerbakgrunn, arbeidstidsbestemmelser, andelen deltidsansatte, i organisering av fagopplæringen, mv. avgjørende for utviklingen i omsorgstjenestene?

For det tredje er hver enkelt kommune enten omfattet av et tiltak eller ikke, det vil si vi vet ikke hva som hadde vært resultatet om

⁶ St.meld. nr. 47 (2008-2009).

kommunen hadde vært i motsatt situasjon (det kontrafaktiske elementet). Den vanlige løsningen på dette problemet er å sammenlikne mest mulig like kommuner med hensyn til bakgrunnsvariabler og se om det foreligger forskjeller i utviklingen i andelen ansatte med relevant utdanning når det er forskjeller i andelen som har fått opplæring gjennom K2015-midler.

Det kan imidlertid, for det fjerde, være vanskelig å identifisere hva som er årsak og hva som er virkning når vi registrer at endring i andelen sysselsatte med relevant utdanning varierer med hvorvidt kommunene har søkt midler over Kompetanseløftet 2015. Er det for eksempel slik at K2015 er direkte årsak til at andelen med relevant sysselsetting øker eller er det de kommunene som hadde høy vekst i andelen sysselsatte med relevant utdanning i utgangspunktet, som også bruker K2015 mest?

For å håndtere sistnevnte metodiske utfordringer ville et alternativ være å sammenlikne utviklingen i andelen ansatte med relevant utdanning før og etter at K2015 ble iverksatt, kontrollert for ulike bakgrunns-kjennetegn i kommunene. For eksempel kunne det være interessant å sammenlikne endring i andelen med relevant utdanning fra 2000 til 2006 med tilsvarende endring 2007-2012. Denne metoden er imidlertid også forbundet med visse utfordringer. For det første har staten ved Helsedirektoratet i lang tid, også før K2015, hatt ulike programmer for å heve kompetansen i helse og omsorgssektoren. For det andre har definisjonene av relevant utdanning i Statistisk sentralbyrå (SSB) sine databaser over sysselsetting endret seg over tid, se nedenfor. Dette medfører vanskeligheter med å sammenlikne andelen sysselsatte eller andelen årsverk med relevant utdanning i en lengre periode før og etter 2007, da Kompetanseløftet 2015 ble iverksatt.

Vi har kombinert data fra fylkesmennene om utdanning/opplæring i kommunene, som er gjennomført ved hjelp av K2015-midler, med registerdata fra Statistisk sentralbyrå. SSB-data omfatter KOSTRA og spesialkjøringer på sysselsetting og kompetansesammensetning i brukerrettet pleie og omsorg. Både SSB-data og data fra fylkesmennene er hentet inn for perioden 2007-2013. Spesialkjøringene gjelder 2007 og 2012. Dessverre foreligger ikke slike spesialkjøringer for perioden før K2015 ble iverksatt.

SSB har gitt følgende opplysninger når det gjelder grunnlag for og kvalitet på data i spesialkjøringene. Sysselsettingsdata er hovedsakelig laget med utgangspunkt i den registerbaserte sysselsettingsstatistikken. For noen grupper/områder gir registeret ikke fullstendig informasjon⁷.

Tallene for sysselsatte i Oslo kan ligge noe lavt i 2012 på grunn av underrapportering. Det kan dreie seg om 2500 – 3500 ansatte totalt for alle kommunens ulike virksomheter. SSB har ikke informasjon om hvilke konsekvenser dette eventuelt gir for rapporteringen av antall sysselsatte i pleie og omsorgssektoren i Oslo i 2012.

Informasjonen om utdanning er fra året før statistikkåret. Fra 2006 er Nasjonal utdanningsdatabase brukt til uttrekk av personer med en helse- og sosialfaglig utdanning. Denne databasen inneholder alle kurs/utdanninger en person har tatt. Det betyr at SSB får med flere personer med fullført helse- og sosialfaglig utdanning enn før 2006, og da spesielt for de gruppene hvor det ikke er krav om autorisasjon. For gruppen «øvrige helse- og sosialfaglig utdanning på høyskolenivå» er også kortere kurs med 30 studiepoeng eller mer inkludert, hvilket medfører at andelen med helse- og sosialfaglig utdanning øker.

Grunnlaget for statistikken over befolkningens utdanningsnivå er videre oppdatert med data fra en spørreundersøkelse gjennomført høsten 2011. Undersøkelsen omhandler utdanninger som er fullført i utlandet av personer som senere innvandret til Norge. I hovedsak er dette personer uten helse- og sosialfaglig utdanning siden de fleste med relevant utdanning allerede er blitt fanget opp ved data SSB har hatt om autorisasjoner.

I en egen analyse er registerdata kombinert med survey til kontaktpersonene for K2015 i kommunene. Surveydataene er hentet inn av NIBR i 2013. Svarprosenten er forholdsvis høy og lik 63. Surveyen kan imidlertid ikke anses som representativ for alle kommuner, fordi de kommunene som har forholdsvis høyt folketall, forholdsvis mange sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg og forholdsvis mange personer utdannet/ videreutdannet gjennom K2015, har svart relativt oftere enn andre kommuner.

⁷ Dette gjelder for eksempel fysioterapeuter med avtale med kommunen og legespesialister og psykologer med avtale med helseforetakene.

3 Kompetanseoppbygging i kommunene

3.1 Tidligere evalueringer

Før Kompetanseløftet 2015 ble iverksatt, har staten hatt flere ulike handlingsplaner for bedret rekruttering i den kommunale helse og omsorgstjenesten. I perioden 2003-2006 stod Helsedirektoratet for gjennomføring av «Rekruttering for bedre kvalitet», som i stor grad var en videreføring av «Rett person på rett plass», 1998-2001, men med enda sterkere vektlegging av pleie og omsorgstjenestene i kommunene. I følge en rapport fra Helsedirektoratet fikk 20 000 arbeidstakere i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene opplæring/ utdanning gjennom «Rekruttering for bedre kvalitet». Av disse hadde 14 400 personer gjennomført kompetansegivende utdanning og videreutdanning. Det vises i rapporten til at pleie- og omsorgstjenesten har styrket sin posisjon i et stramt arbeidsmarked, samt at en har fått lavere turnover og mindre avgang til andre næringer. Rekruttering av ungdom til helse- og sosialfag i videregående opplæring var imidlertid ikke blitt styrket. Kvalifisering av et stort antall voksne til helsefagarbeidere ble derfor ansett som fortsatt meget viktig.⁸

NIFU og NIBR gjennomførte også en prosessevaluering av Kompetanseløftet 2015 i første del av planperioden (2007-2011). I en underveisrapport diskuterer Høst mfl. (2009) hvor de største utfordringene for K2015 ligger. Det vises til at i 2007 arbeider bare hver tredje ansatte i pleie- og omsorgssektoren heltid. Deltidsarbeid er overrepresentert blant ansatte med minst utdanning. Rekruttering av personer med relevant fagopplæring eller høyere utdanning vil dermed bidra til at andelen *årsverk* med

⁸ Helsedirektoratet (2008)

relevant utdanning øker mer enn andelen *ansatte* med relevant utdanning.

Rapporten diskuterer også hvor nyrekrutteringen kommer fra. Det vises til at bare ca. en av ti nylig uteksaminerte fra helse- og sosialutdanningene på høyskolene begynner å arbeide i helse- og omsorgssektoren, mens mer enn ni av ti nyutdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som kommer i jobb, havner i denne sektoren. Mange unge nyutdannede begynner imidlertid ikke å arbeide i yrket. «Forestillingen om et slags 1:1 forhold mellom utdanningskapasitet og rekruttering til sektoren må ikke bare modifiseres, men forkastes. Kun en liten del av nyrekrutteringen kommer via utdanningssystemet.»⁹ Pleie og omsorgssektoren rekrutterer delvis fra spesialisthelsetjenesten, men her er utvekslingen omtrent like stor begge veier. Videre er det en del personer med relevant kompetanse som har vært utenfor arbeidsstyrken en tid, som kommer tilbake. Den største gruppen nyrekrutterte mangler imidlertid relevant utdanning på ansettelsestidspunktet. Denne gruppen erstatter delvis andre ufaglærte som forlater sektoren. I tillegg blir ca. 3000 personer hvert år oppgradert til hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller sykepleiere. Oppgradering finner særlig sted blant voksne ansatte uten relevant helse og sosialfaglig utdanning.

Rapporten diskuterer utfordringer med å få utdannet nok helsefagarbeidere. Høst (2010) ser i et eget oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet nærmere på hvilke muligheter og hindringer den nye helsefagarbeiderutdanningen representerer for voksne medarbeidere. I en historisk gjennomgang viser han hvordan utformingen av hjelpepleierutdanningen over tid har hatt store konsekvenser for hvor mange som er utdannet innen dette faget. Etter en nedgang som følge av Reform-94, bidro Kompetansereformen i 2000 til en sterk økning i utdanningen til hjelpepleier og omsorgsarbeider. De fleste voksne kandidatene hadde annen utdanning fra før og de fleste hadde lang arbeidserfaring. I forbindelse med Kunnskapsløftet 2006 ble den nye helsefagarbeiderutdanningen innført.

⁹ Høst mfl. (2009, s.39).

Fagopplæringsordningen gir flere veier til fagbrev, enten a) ordinær opplæring med kombinasjon av skole og læretid, som avsluttes med fagprøve eller b) dokumentasjon av fem års praksis i fagfeltet, tverrfaglig teoretisk eksamen og fagprøve til slutt (praksiskandidat). Til sist praktiserer noen fylkeskommuner et organisert opplæringsløp med skole som alternativ til læretid. Ordningen omtales delvis som Vg3-løpet. «Den unntaksordningen dette ser ut til å bygge på, er den som sidestiller Vg3 som opplæring i skole med et lærlingeløp over to år. Denne har imidlertid aldri vært intendert som ordinær utdanning for voksne, men som en sikring for at de ungdommene som ikke får læreplass skal få oppfylt sin opplæringsrett.»¹⁰ Høst (2010) viser også til at denne ordningen primært er rettet mot ufaglærte i arbeid, og innebærer kanskje en dag undervisning per uke og/eller vurdering av realkompetansen.

Den første ordningen har i praksis helst vært benyttet av ungdom. Dokumentasjon av fem års praksis kan bli et hinder etter hvert for å utdanne voksne fagarbeidere, i og med at mange jobber i deltidstillinger.

Sluttrapporten av underveisevalueringen av første fireårsperiode for Kompetanseløftet 2015 (Tjerbo mfl. 2012) konkluderer med at mange av K2015s målsettinger ser ut til å bli oppnådd. Antallet årsverk hadde økt med over 18 000 i perioden 2005-2010, både som resultat av nyrekrutteringer og som følge av økte stillingsprosjenter (Tjerbo mfl. 2012). Imidlertid slår også denne underveisevalueringen fast, at tross måloppnåelse er viktige underliggende problemer uløste, blant annet har det vært vanskelig å få til fungerende utdanningsordninger som kan sikre en stabil rekruttering av helsefagarbeidere.

Samhandlingen mellom de ulike aktørene ser ut til å fungere godt. Den økonomiske støtten er imidlertid ofte for liten til selvstendig å ha avgjørende effekt i kommunene, for eksempel er dekning av utgifter til vikarer ofte et problem som blir nevnt. Kompetanseløftet 2015 blir likevel ofte oppfattet som viktig fordi satsingen setter rekrutterings- og kompetansebehov i helse- og omsorgssektoren på dagsorden, se Tjerbo mfl. (2012).

Hagen mfl. (2013) studerer, i en midtveisevaluering av Omsorgsplan 2015, endringer i årsverk i pleie- og

¹⁰ Høst (2010, s.37).

omsorgstjenestene i perioden 2009-2012. En enkel linear prediksjon viser at totalt antall nye årsverk i planperioden vil ligge over målsettingen i Omsorgsplan 2015. Videre er veksten i antall årsverk med relevant utdanning sterkere enn veksten i årsverk uten relevant utdanning. Variasjoner i veksten i totalt antall årsverk ser ikke ut til å ha et klart geografisk mønster, mens veksten i andelen årsverk med relevant utdanning er høyest på Vestlandet og i Midt-Norge.

Hagen mfl. (2013) analyser videre årsverksendringene med bakgrunn i ulike kjennetegn ved kommunene. Avhengig variabel er årsverk per innbygger. Analysemodellen har følgende implisitte forutsetninger:

- For et gitt nivå på inntektene vil en kommune med høy andel eldre etterspørre flere årsverk innen omsorgstjenestene enn en kommune med en lavere andel eldre.
- En kommune med relativt høye inntekter vil etterspørre flere årsverk enn en kommune med relativt lave inntekter.
- Høye priser på en type årsverk vil, alt annet likt, redusere etterspørselen etter denne typen årsverk.

Analysen viser at andelen eldre brukere gir flere årsverk per innbygger når det kontrolleres for kommunens inntekter per innbygger. Andelen yngre brukere (instrumentert ved hjelp av andelen uførepensjonister) gir imidlertid ingen signifikant effekt på årsverk per innbygger. Dette funnet kan indikere at inntektssystemet kompenserer for effekten av yngre brukere, men ikke for effekten av eldre brukere. Innbyggernes personlige inntekt har ingen signifikant effekt. Dette kan henge sammen med at effekten av personlige inntekter går via skatteinntekter, som igjen er en del av de kommunale inntektene. Analyse av perioden før og etter implementering av Omsorgsplan 2015 viser at veksten i årsverk per innbygger var marginalt høyere i 2004-2008 enn i 2009-2012. Det kan dermed synes som om det er nivået på kommunens inntekter i forhold til behovsstruktur mer enn innføring av Omsorgsplan 2015, som har bidratt til årsverk-veksten per innbygger.

Til sist analyserer Hagen mfl. (2013) hvordan endring i andelen med relevant utdanning varierer med befolknings sammensetning,

folketall, økning i frie inntekter per innbygger, andel med relevant utdanning i utgangsåret og sentralitet. Den mest stabile sammenhengen er mellom andelen med relevant utdanning i utgangsåret og endringer i andelen med relevant utdanning. Sammenhengen er negativ, noe som tolkes slik at den sterkeste veksten skjer i kommuner som i utgangspunktet har en lav andel årsverk med relevant utdanning. Forskerne konkluderer dermed med at det skjer både en økning og en utjevning i kommunenes kompetanse. Effekten av sentralitet er mer varierende og usikker. Tilskuddsordningen under K2015 er ikke eksplisitt tatt inn i disse modellene.

En underveisrapport av den pågående følgeevalueringen av K2015 (Helgesen mfl. 2014) finner at fra 2010 til 2012 øker gjennomsnittlig avtalt arbeidstid noe. Fortsatt er det likevel slik at andelen som jobber minst 30 timer i uken er betydelig høyere blant sykepleiere (ca. seks av ti i 2012) enn blant hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere (ca. fire av ti).

Helgesen mfl. (2014) studerer også søkning, opptak og antall uteksaminerte kandidater innen helsefagarbeiderfaget. Hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen ble avviklet med siste kull i 2006. Fra og med 2009 er det en tydelig nedgang i antall uteksaminerte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere fordi helsefagutdanningen så langt ikke har erstattet de to utdanningsveiene, som er faset ut. Som hjelpepleierutdanningen ser helsefagarbeiderutdanningen så langt ut til å være en «voksenutdanning», der mer enn halvparten av kandidatene er 30 år eller eldre. Det er beregnet at omlag 2600 personer vil ta fagprøve som helsefagarbeider framover. Dette er en del mindre enn målsettingen på 4500 nyutdannede per år.

Det er en økning i søking til helse- og sosialfaglige utdanninger fra 2010 til 2012, men denne økningen kom særlig innen ergoterapi, vernepleie og sykepleie. Antall studenter som er tatt opp og registrert i videreutdanning innen eldreomsorg og aldersdements, rehabilitering, psykisk helsearbeid, rusomsorg og veiledning er imidlertid redusert.

3.2 Utdanning og opplæring gjennom K2015-midler

Kommunene kan søke tilskudd gjennom fylkesmennene både til formell grunnutdanning og til videreutdanning av sine ansatte, samt til kursvirksomhet. En forutsetning for tilskudd er at kommunen medvirker i finansieringen og tilrettelegger for gjennomføringen. Det er mulig å søke støtte til videreutdanning gjennom K2015 både for personer med videregående opplæring og for høyskoleutdannet personell. Videreutdanning skal tilsvare minst et halvt år innen psykisk helsearbeid, eldreomsorg, miljøarbeid rettet mot personer med funksjonsnedsettelse, miljøarbeid innen rusfeltet, rehabilitering, kreftomsorg og lindrende pleie, veiledning, lederutdanning og annen videreutdanning.

Som del av evalueringsprosjektet har vi samlet inn data fra fylkesmennene over antall personer som har fullført utdanning og videreutdanning samt antall personer som har deltatt i opplæringsprogrammer. Mer enn 35798 personer har fullført opplæring og utdanning ved hjelp av K2015-midler fra og med 2007 og til og med 2013.¹¹

Av disse personene var det mer enn en tredjedel (13201 personer) som hadde gjennomgått ABC-opplæring, hovedsakelig Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC. ABC-opplæringen tok til i 2010. Målsettingen er å styrke internopplæringen, særlig for personell i omsorgssektoren uten relevant fagutdanning.

Minst 22585 personer deltok på enten videregående opplæring (hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagarbeider), desentralisert høyere utdanning eller i videreutdanning på fagskolenivå og/eller videreutdanning for høyskoleutdannet personell.

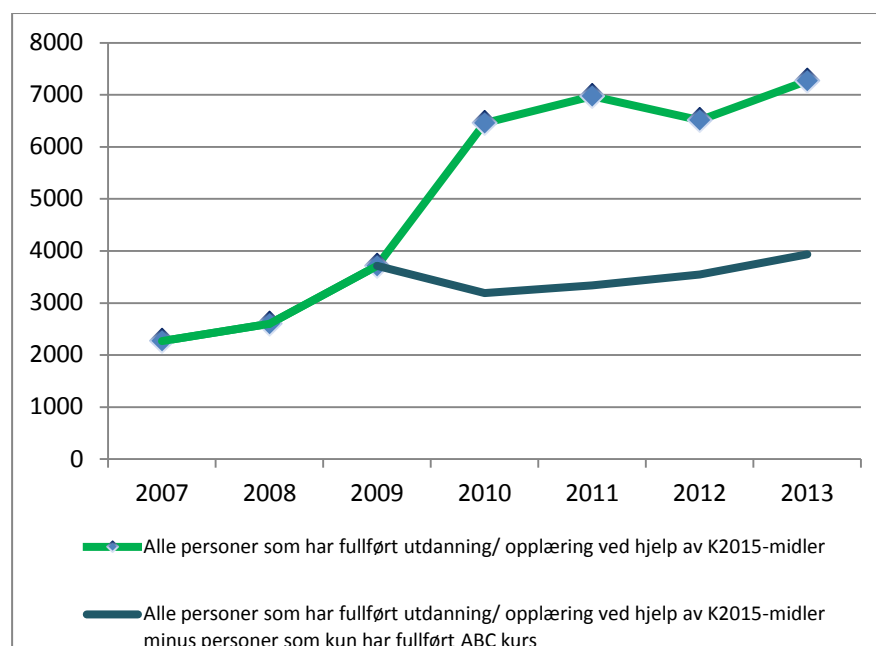
Vi ser fra Figur 3.1 at i 2010 og 2011 var det litt flere som deltok på ABC-kursene enn det var personer som tok hjelpepleierutdanning, desentralisert utdanning, fagskole, eller videreutdanning for høyskoleutdannet personell (differansen mellom grønn og blå linje tilsvarer personer med ABC-opplæring).

¹¹ Vi mangler da tall for Hordaland i 2008 og for Rogaland i 2007.

I 2012 og 2013 var det noen flere i sistnevnte enn i førstnevnte gruppe.

Det er mulig at noen av dem som deltok i relevant fagopplæring, desentralisert utdanning, fagskole eller annen videreutdanning fra 2007 til og med 2013 også har deltatt på ABC-opplæring en eller annen gang i perioden 2010-2013. I de fleste analysene er derfor ABC-opplæringen ekskludert.

Figur 3.1 *Antall personer som har fullført utdanning/ opplæring ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2013.¹¹*



Kilde: Data fra Fylkesmennene.

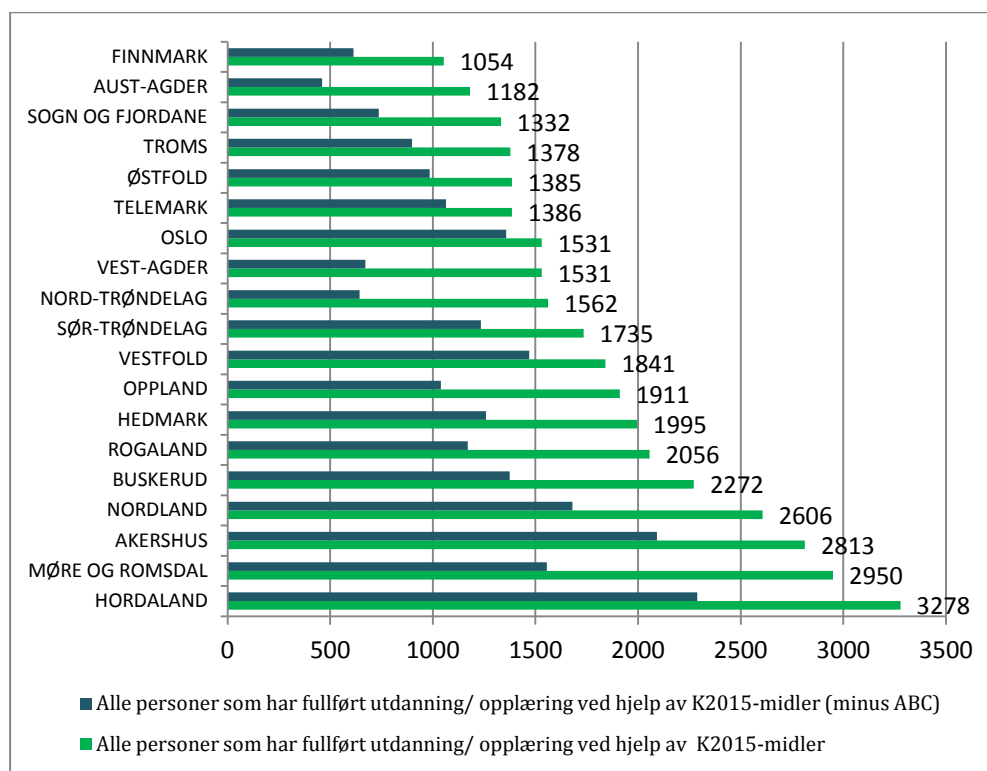
Det var kun to kommuner som ikke hadde mottatt midler gjennom K2015 i perioden 2007-2013. Tre kommuner mottok tilskudd første gang i 2013. I en survey til kommunene i 2013 var det seks kommuner som oppga at de ikke hadde søkt samme år. Tre begrunnet dette med at å søke om tilskudd krever for mye i forhold til hva de mottar i midler. En manglet ressurser for å kunne søke. Av de resterende oppga den ene å ha nok personell med rett kompetanse og den andre at de ikke har hatt problemer med å rekruttere tilstrekkelig personell. Data fra fylkesmennene

viser at selv om disse kommunene ikke søkte i 2012 eller 2013, har de søkt og mottatt tilskudd tidligere år.

Store regionale variasjoner

Det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder totalt antall personer som har fullført opplæring/ utdanning ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2013, både samlet (grønn linje) og til en eller annen form for relevant fagopplæring, desentralisert høyere utdanning eller videreutdanning (blå linje), se Figur 3.2. Som i figur 3.1 tilsvarer differansen mellom grønn og blå linje i figuren antall personer som har gjennomført ABC- opplæring.

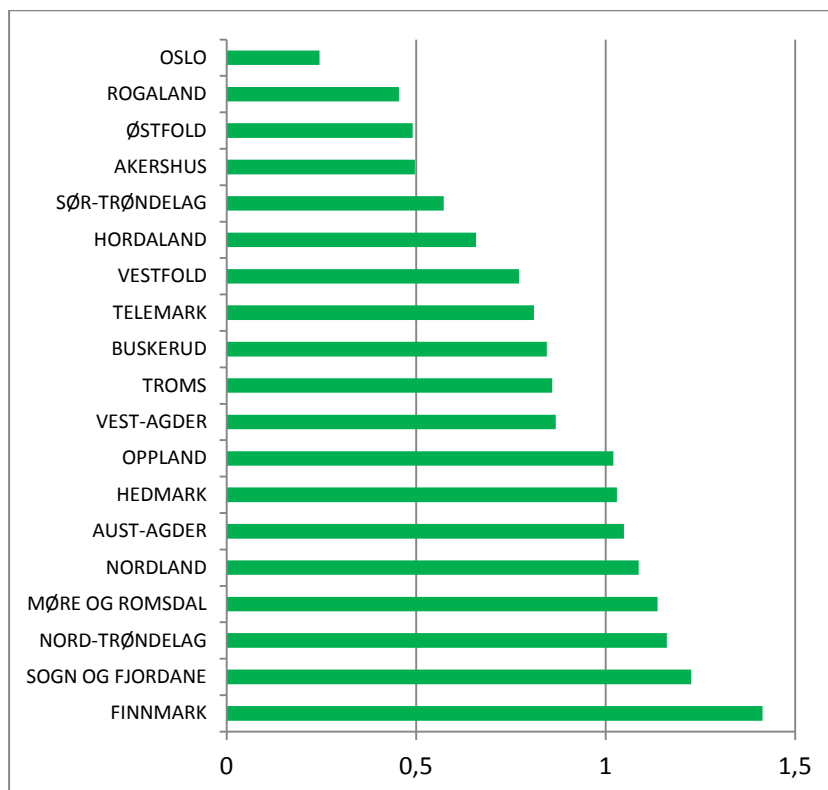
Figur 3.2 *Antall personer som har fullført utdanning/ opplæring gjennom at kommunene har nyttiggjort seg K2015-midler 2007-2013, fordelt på fylke*



Kilde: Data fra Fylkesmennene. Mangler data for Rogaland i 2007 og for Hordaland i 2008

Variasjonene vil blant annet ha sammenheng med ulike folkekengde i de ulike fylkene, se figur 3.3. Figur 3.3 viser at i Oslo tilsvarer deltakelse i K2015 i perioden 2007-2013 vel 0,2 prosent av folkekengden i 2013 (lavest), mens tilsvarende tall for Finnmark er vel 1,4 prosent (høyst). Gjennomsnitt for hele landet er 0,7 prosent. Også fylker som Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og Nordland ligger forholdsvis høyt når det gjelder deltakelse i K2015 i forhold til folkekengden. De andre fylkene i Nord- og Midt Norge, nemlig Troms og Sør-Trøndelag, skiller seg imidlertid ikke særlig fra landsgjennomsnittet.

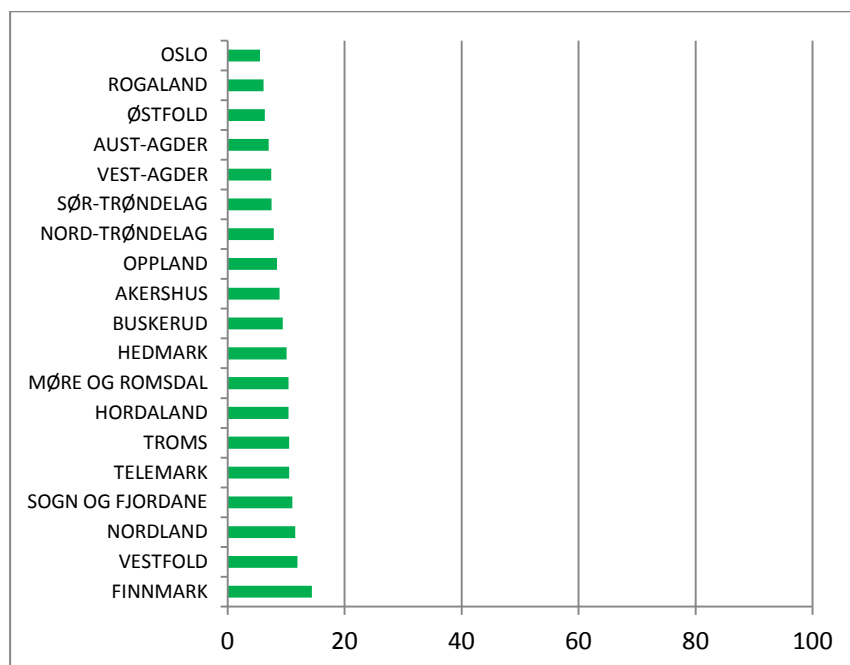
Figur 3.3 *Personer som har mottatt K2015-midler 2007-2013 som andel av folkekemengde 2013, fordelt på fylke. Prosent*



Kilde: SSB og data fra Fylkesmennene. Mangler data for Rogaland i 2007 og for Hordaland i 2008

I tillegg til folkekemengde varierer fylkene og kommunene også når det gjelder en rekke andre faktorer, som for eksempel befolkningsstruktur, behovsstruktur og økonomi. Figur 3.4 illustrerer forskjeller mellom fylkene når vi ser antall personer med fullført utdanning (minus ABC-opplæring) ved hjelp av K 2015-midler i forhold til antall mottakere av kommunale pleie og omsorgstjenester i 2013. Her ser vi igjen at Finnmark ligger på topp og Oslo på bunn. Vedlegg 1, Tabell 1 gir en nærmere beskrivelse av kjennetegn ved landets kommuner. Vi kommer dessuten tilbake til variasjoner i ulike bakgrunnsvariabler når vi rapporterer regresjonsanalysene i neste kapittel.

Figur 3.4 *Personer som har mottatt K2015-midler til utdanning og videreutdanning 2007-2013 (minus ABC) som prosentvis andel av mottakere av kommunale pleie og omsorgstjenester 2013, fordelt på fylke.*



Kilde: SSB¹² og data fra Fylkesmennene. Mangler data for Rogaland i 2007 og for Hordaland i 2008

Nærmere om helse og sosialfaglig utdanning

I analysene skiller vi mellom høyere utdanning, videreutdanning på høgsolenivå, videregående opplæring og fagskole.

Fagskoleutdanning er videreutdanning for personer som har sin grunnutdanning fra videregående opplæring eller tilsvarende realkompetanse. Den skiller seg fra høyere utdanning ved at den

¹²

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Kostr3KFpleieog&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=pleie&StatVariant=&checked=true>

skal være yrkesrettet, at den skal være mellom minimum et halvt år og maksimum to år.¹³

Som vi var inne på i kapittel 3.1, er utdanningen til hjelpepleier og til omsorgsarbeider fra og med 2008 erstattet av utdanningen til helsefagarbeider. Fagopplæringsordningen gir flere veier til fagbrev. Det mest vanlige er gjennom a) kombinasjon av to år videregående skole og to år læretid, b) dokumentasjon av fem års praksis i fagfeltet, tverrfaglig teoretisk eksamen og fagprøve til slutt eller c) ett ekstra år på videregående skole (Vg3) (dersom en ikke kan få lærlingeplass i bedrift)¹⁴.

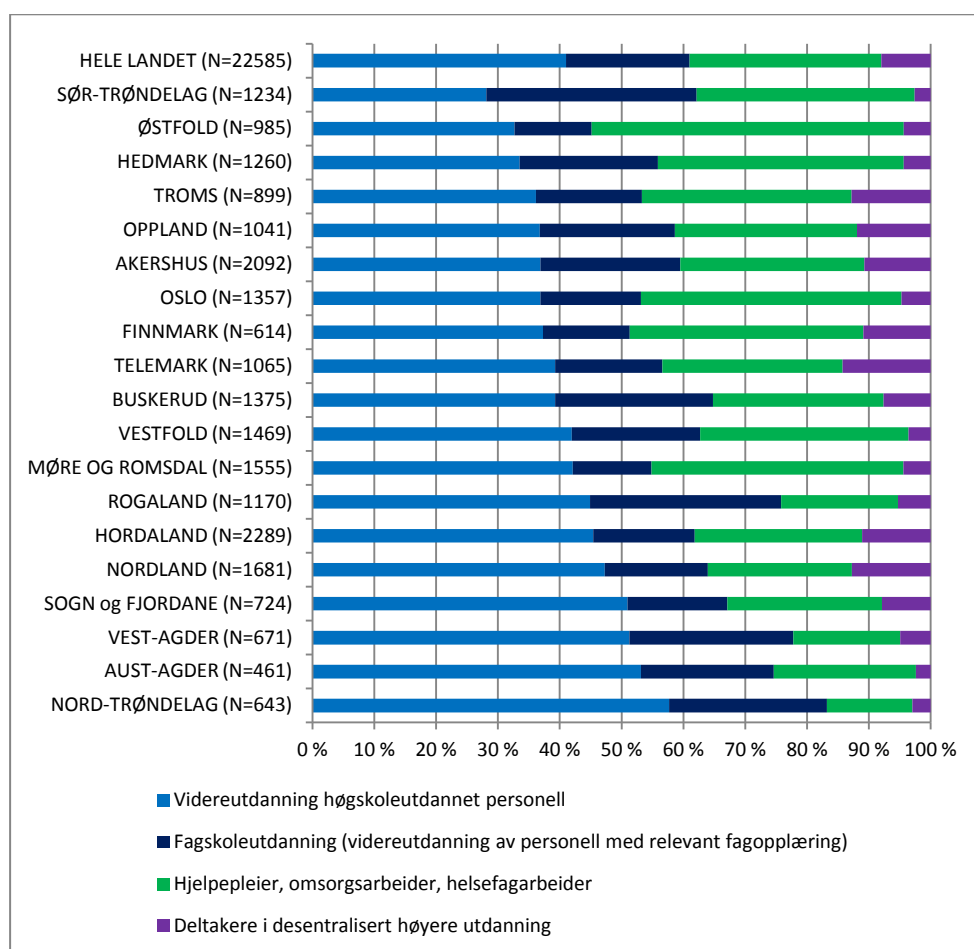
I neste bolk viser vi hvordan antall personer med utdanning og videreutdanning, som er delfinansiert gjennom Kompetanseløftet 2015, forholder seg til samlet kompetanseprofil og sysselsetting i brukerrettet pleie og omsorg. Før vi gjør det, skal vi se på sammensetningen i type kompetanseoppbygging blant personer som har gjennomført tiltak, ved at kommunen har nyttiggjort seg midler fra K2015 i perioden 2007-2013, samlet og fordelt på fylke. Når vi ser bort fra ABC-kursene, fordeler personene som har fullført utdanning gjennom perioden 2007-2013, i gjennomsnitt seg som følger (se figur 3.5):

Videreutdanning av høskoleutdannet personell: 41 prosent
Hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagarbeider: 31 prosent
Fagskoleutdanning (videreutdanning): 20 prosent
Deltakere i desentralisert høyere utdanning: 8 prosent.

¹³ Se, NOU 2014:14 Fagskolen – et attraktivt utdanningsvalg.

¹⁴ Se, <http://data.udir.no/kl06/HEA3-01.pdf?lang=nob>.

Figur 3.5 *Antall personer som har fullført utdanning (minus ABC opplæring) ved at kommunen har benyttet seg av K2015-midler, fordelt på type kompetanse. Prosentvis fordeling.*



Kilde: Data fra Fylkesmennene. Mangler data for Rogaland i 2007 og for Hordaland i 2008

Også her er det store variasjoner mellom fylkene. I Nord-Trøndelag har for eksempel nesten seks av ti ansatte, som er utdannet ved hjelp av K2015-midler, gjennomført videreutdanning av høgskoleutdannet personell (høyest) mens i Sør-Trøndelag er tilsvarende tall knapt tre av ti (lavest). Sør-Trøndelag ligger imidlertid høyest når det gjelder andelen av støttemottakerne som har tatt videreutdanning på fagskolenivå. I Østfold utdanner

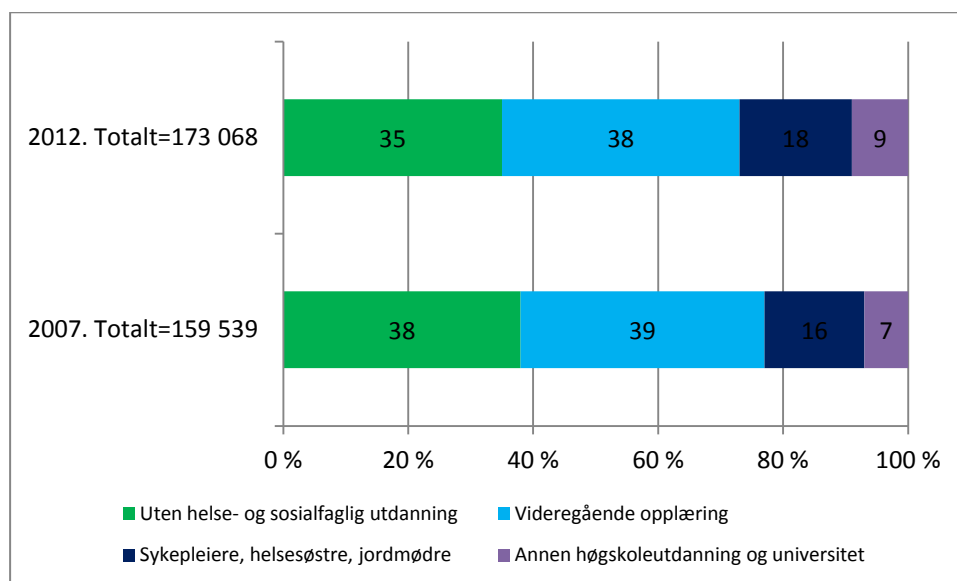
halvparten av deltakerne seg til hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider, mens tilsvarende andel i Nord-Trøndelag er mindre enn to av ti. Andelen deltakere i desentralisert høyere utdanning er størst i Telemark og lavest i Aust-Agder. Det er vanskelig å se noe mønster i forhold til landsdel når det gjelder fordelingen av type utdanning, det er gitt kompetansemidler til.

3.3 Generell sysselsettingsvekst og kompetanseendring

Spesialkjøringer fra Statistisk sentralbyrå viser at antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg økte fra 159 539 ansatte i 2007 til 173 068 ansatte i 2012. Både i 2007 og 2012 svarte antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg til 3,4 prosent av befolkningen i gjennomsnitt. Med andre ord var sysselsettingsveksten i denne sektoren så høy at den kunne kompensere for befolkningsveksten over samme tidsrom. Nå er det ikke noe en-til-en forhold mellom økning i antall innbyggere og økt behov for pleie og omsorgstjenester, da disse blant annet vil avhenge av behovsstruktur i den enkelte kommune.

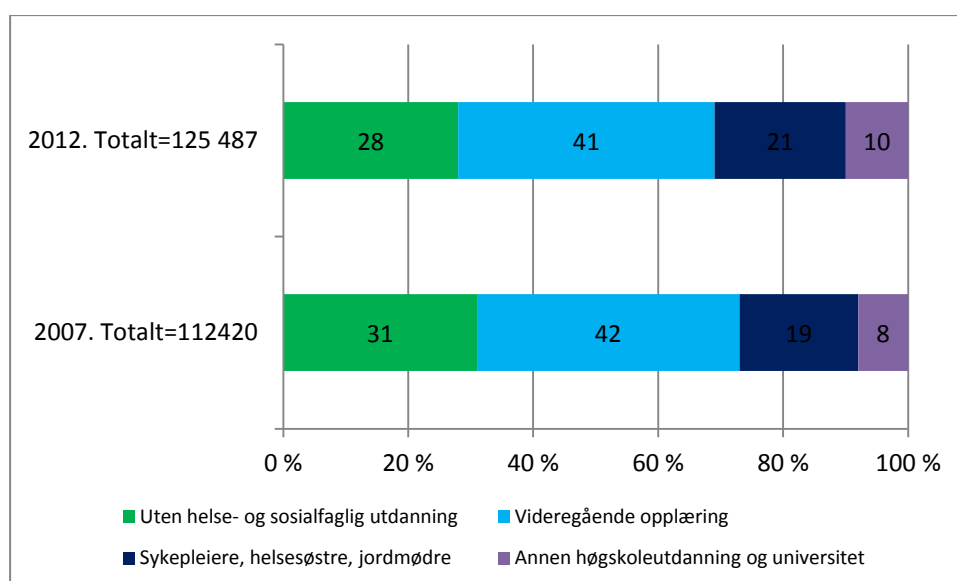
Som vi har vært inne på tidligere, trenger ikke sysselsettings-økning medføre høyere arbeidstilbud dersom gjennomsnittlig arbeidstid går ned samtidig. Mens antall ansatte økte med 8,5 prosent fra 2007 til 2012, økte antall avtalte årsverk med 11,6 prosent. Dette medfører at gjennomsnittlig årsverk per sysselsatt gikk litt opp, fra gjennomsnittlig 0,70 i 2007 til 0,73 i 2012. Med andre ord, fikk flere ansatte høyere stillingsandel. Figur 3.6 og Figur 3.7 viser sammensetningen av kompetansen i 2007 og 2012 når det gjelder henholdsvis sysselsetting og årsverk i brukerrettet pleie og omsorg. Som det framgår av figurene, er andelen uten relevant utdanning enda forholdsvis høy og tilsvarende 35 prosent for sysselsatte og 28 prosent for årsverk.

Figur 3.6 *Sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2007 og 2012. Prosentvis fordeling*



Kilde: Statistisk sentralbyrå spesialkjøringer

Figur 3.7 *Avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2007 og 2012. Prosentvis fordeling*

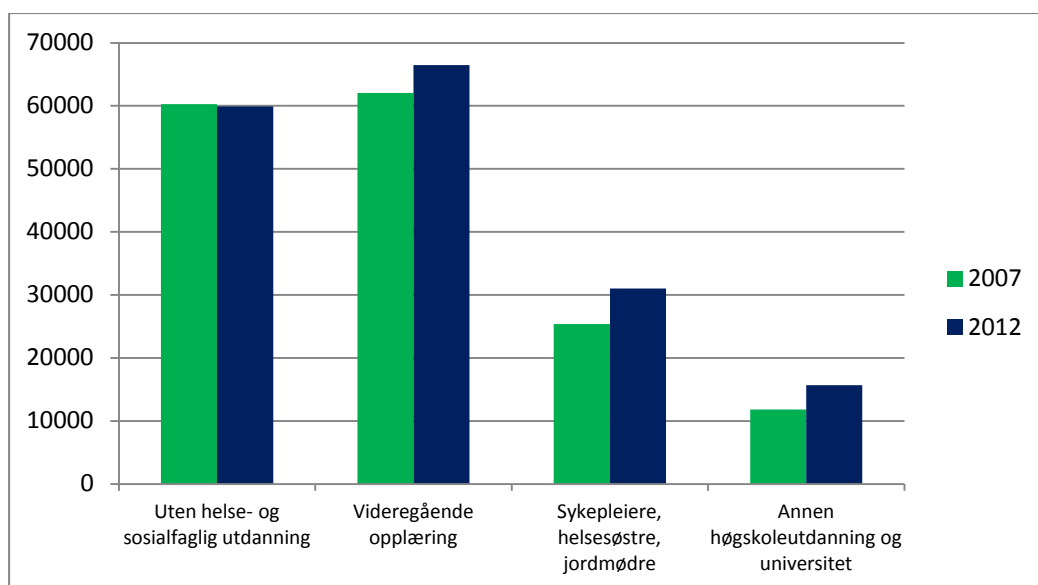


Kilde: Statistisk sentralbyrå spesialkjøringer

Det er størst forskjeller mellom andelen årsverk og andelen sysselsatte blant gruppen uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Dette skyldes at det er særlig ufaglærte som jobber i deltidsstillinger. I 2007 var gjennomsnittlig årsverk per sysselsatt blant ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning 0,57. Dette økte til 0,59 i 2012, men var fremdeles betydelig lavere enn gjennomsnittet for hele sektoren. Tilsvarende tall for sykepleiere, helsesøstre og jordmødre var en økning fra 0,84 i 2007 til 0,86 årsverk per ansatt i 2012. De andre to gruppene hadde omtrent samme nivå på årsverk per ansatt i 2012 som i 2007.

Så vel når det gjelder sysselsatte som årsverk i brukerrettet pleie og omsorg er andelen uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning redusert med 3 prosentpoeng. Det har også vært en liten reduksjon i andelen sysselsatte og årsverk med videregående opplæring (1 prosentpoeng). Sykepleiere, helsesøstre jordmødre (2 prosentpoeng) og personer med annen høyskoleutdanning og universitet (2 prosentpoeng) har derimot økt sin relative betydning, se Figur 3.6 og Figur 3.7.

Figur 3.8 *Antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2007 og 2012*



Kilde: Statistisk sentralbyrå spesialkjøringer

I absolutte tall består sysselsettingsøkningen av 4340 personer med videregående opplæring, 5636 sykepleiere med og uten spesialutdanning og 3857 personer med annen høgskoleutdanning og universitetsutdanning i perioden 2007-2012, se figur 3.8 og Tabell 3.1.

Tabell 3.1 *Antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg 2007 og 2012 etter kompetanse*

	2007	2012	Endring 2007-2012
Personer uten helse- og sosialfaglig utdanning	60270	59897	-373
Helsefagarbeidere	0	5379	5379
Hjelpepleiere	46108	42600	-3508
Omsorgsarbeidere	11588	10865	-723
Helsesekretærer	792	861	69
Øvrige med videregående opplæring	3587	6779	3192
Sum personer med videregående opplæring	62075	66484	4409
Sykepleiere	21201	24880	3679
Sykepleiere med spesialutdanning	3811	5768	1957
Helsesøstre	245	244	-1
Jordmødre	127	128	1
Sum sykepleiere, helsesøstre, jordmødre	25384	31020	5636
Fysioterapeuter	326	414	88
Ergoterapeuter	768	917	149
Sum ergoterapeuter og fysioterapeuter	1094	1331	237
Barnevernspedagoger	780	970	190
Sosionomer	1101	1432	331
Vernepleiere	5691	7110	1419
Sum barnevernspedagog, sosionom og vernepleier	7572	9512	1940
Annet høgskoleutdannet personell	2682	4128	1446
Sum høgskoleutdannet personell	36732	45991	9259
Leger og legespesialister	217	299	82
Psykologer	21	39	18
Øvrig universitetsutdannet personell	224	358	134
Sum universitetsutdannet personell	462	696	234
Sum sysselsatte	159539	173068	13529

Kilde: Statistisk sentralbyrå spesialkjøringer

Vi ser tydelig effekten av omleggingen av den videregående opplæringen idet helsefagarbeidere har økt fra ingen i 2007 til 5379 i 2012. Samtidig er antall hjelpepleiere og omsorgsarbeidere redusert over samme tidsrom med henholdsvis 3508 og 723

personer. Det er imidlertid en gruppe ansatte, som i statistikken går under «Øvrige med videregående opplæring», som har økt med nesten 3200 personer¹⁵. Til sammen gir endringene en økning i antall personer med videregående opplæring tilsvarende vel 4400 personer fra 2007 til 2012, jfr. Tabell 3.1.

Målsettingen til Omsorgsplan 2015 og Kompetanseløftet 2015 om å skaffe 12000 nye årsverk med relevant helse og sosialfaglig kompetanse i perioden 2008-2015 er oppfylt for perioden 2007-2012. Målsettingen om brutto tilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere årlig har vært vanskeligere å oppfylle. I gjennomsnitt er netto tilvekst på ansatte med utdanning som helsefagarbeider, hjelpepleier eller omsorgsarbeider om lag 190 personer per år for perioden 2007-2012. Nettotilgangen blant sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell har til sammenlikning vært 1543 personer per år.

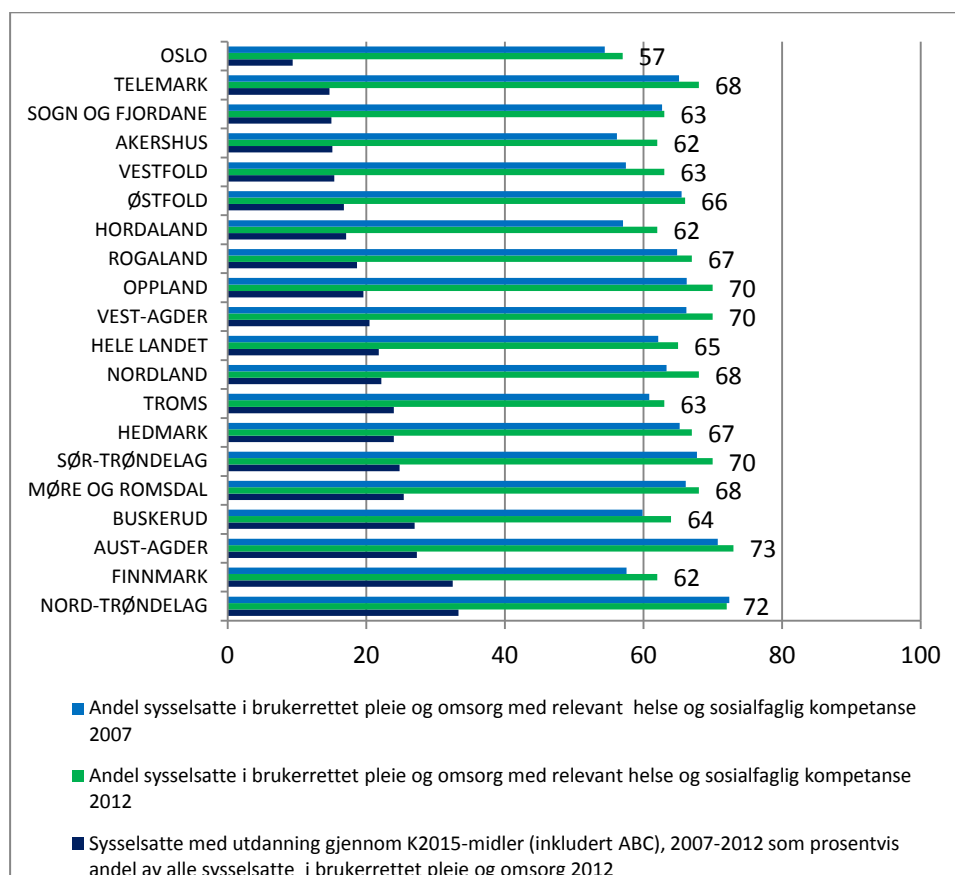
Det er store fylkesvise variasjoner både når det gjelder størrelsen på andelen med relevant kompetanse og veksten i denne andelen mellom 2007 og 2012, samt andelen personer med utdanning gjennom K2015-midler i forhold til total sysselsetting i brukerrettet helse og omsorg i 2012, se Figur 3.9.

I Nord-Trøndelag og Finnmark (høyest) tilsvarer antall personer som har gjennomgått utdanning eller videreutdanning ved hjelp av K2015-midler (inkludert ABC-opplæring) i perioden 2007-2012 omlag en tredjedel av alle sysselsatte i brukerrettet helse og omsorg i 2012. Tilsvarende tall for Oslo (lavest) er 9 prosent. Oslo merker seg for øvrig ut med forholdsvis lav skår også på andelen sysselsatte med relevant kompetanse (57 prosent).

Både Nord-Trøndelag og Aust-Agder skårer derimot høyt på så vel andelen med relevant kompetanse som andelen ansatte med fullført utdanning og opplæring gjennom K2015-midler.

¹⁵ Det foreligger ikke informasjon om hvem dette er, men eksempler kan være foterapeuter og aktivtører, som har utdanning på videregående skoles nivå.

Figur 3.9 *Personer med relevant kompetanse som andel av sysselsatte innen brukerrettet pleie og omsorg i 2007 og i 2012 og personer med fullført utdanning/ oppløring ved hjelp av K2015-midler, 2007-2012 (inkludert ABC-oppløring) som andel av sysselsatte innen brukerrettet pleie og omsorg i 2012, fordelt på fylke. Prosent*



Kilde: Data fra Fylkesmennene og SSB (spesialkjøring)

3.4 Hva betyr K2015 for kompetanseoppbygging i kommunene?

Som vi kommer tilbake til i neste kapittel, er det høy positiv samvariasjon mellom endring i antall sysselsatte med relevant utdanning innen brukerrettet pleie og omsorg i perioden 2007-2012 og antall personer som har fått utdanning gjennom K2015-

midler i samme periode på kommunenivå. Med andre ord, er det stort sammenfall mellom økning i antall ansatte med relevant helse og sosialfaglig kompetanse i en kommune og antall personer som har gjennomført utdanning og videreutdanning ved hjelp av K2015-midler i denne kommunen mellom 2007 og 2012. Det er imidlertid ikke opplagt at det er de samme personene som inngår i begge statistikkene.

Tabell 3.2 *Sysselsatte og årsverk*

	2007	2012	Endring
Avtalte årsverk totalt i brukerrettet pleie og omsorg	112420	125487	13067
Avtalte årsverk med helse og sosialfaglig utdanning i brukerrettet pleie og omsorg	77876	90019	12143
Sysselsatte totalt i brukerrettet pleie og omsorg	159539	173068	13529
Sysselsatte med helse og sosialfaglig utdanning i brukerrettet pleie og omsorg	99269	113171	13902
Sysselsatte med utdanning som hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagarbeider i brukerrettet pleie og omsorg	57696	58844	1148
Antall personer med utdanning og videreutdanning gjennom K2015, inkludert ABC opplæring 2007-2012			28279
Antall personer med ABC opplæring 2007-2012			9867
Antall personer med gjennomført videregående opplæring (hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagarbeider) gjennom K2015, 2007-2012			5985
Antall personer som har deltatt i desentralisert høyere utdanning gjennom K2015, 2007-2012			1418
Antall personer som har deltatt i videreutdanning gjennom K2015, 2007-2012 (både fagskole og høyskoleutdannet personell)			10804

Kilde: SSB Spesialkjøringer (sysselsetting) og data fra fylkesmennene (K2015)

For å kunne si sikkert i hvor stor grad tilskuddene, som er distribuert gjennom fylkesmennene, faktisk har bidratt til kompetanseheving innen brukerrettet pleie og omsorg, måtte vi kunne følge den enkelte ansatte over tid og se hvor mange som ble værende i sektoren etter endt utdanning. Slike data er ikke tilgjengelige for dette prosjektet. Vi skal imidlertid nedenfor se litt nærmere på foreliggende gjennomsnittsdata for kompetanse i helse og omsorgssektoren og diskutere ulike forhold som er viktige for å

forstå hva som bidrar til kompetanseoppbyggingen. Slike forhold er avgang fra arbeidslivet, turnover¹⁶ og andelen nyutdannede som velger å gå ut i jobb.

På landsbasis er veksten i antall sysselsatte med relevant kompetanse innen brukerrettet pleie og omsorg om lag 13900 personer fra 2007 til 2012. Til sammen deltok over 7400 personer på utdanning til hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagarbeider eller tok desentralisert høyere utdanning, mens vel 10800 personer fullførte videreutdanning ved hjelp av K2015-midler i samme periode, se Tabell 3.2. Antall personer, som har tatt en relevant helse og sosialfaglig utdanning ved hjelp av midler fra K2015 svarer dermed til 53 prosent av total vekst i antall personer med helse og sosialfaglig utdanning over samme tidsrom.¹⁷

Tilveksten i antall personer med videregående opplæring fra 2007 til 2012 innen brukerrettet pleie og omsorg utgjorde 4409 personer, hvorav netto tilvekst på hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere tilsvarte 1148 personer, se Tabell 3.1 og Tabell 3.2.¹⁸ Samtidig ble det utdannet 5985 personer til hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider ved hjelp av K2015-midler over samme tidsrom, se Tabell 3.2.

¹⁶ Ifølge KS kan turnover defineres på to ulike måter. «Den første måten å definere turnover på inkluderer kun de som forlater kommunesektoren helt. Den andre definisjonen inkluderer også de som forlater sin personellkategori og går over til en annen personellkategori i kommunesektoren. Disse kan altså enten begynne å jobbe i en annen personellkategori i kommunesektoren eller forlate kommunesektoren helt. For eksempel har gjennomsnittlig turnover for de siste fire årene for sykepleier vært 11,4 prosent ifølge den første definisjonen. Dersom man også inkluderer de som går over til en annen personellkategori, altså den andre definisjonen av turnover, har gjennomsnittlig turnover for de siste fire årene vært 14,7 prosent for sykepleiere. Gjennomsnittlig turnover (som andelen som forlater kommunesektoren helt) i kommunesektoren totalt sett er på ca. 10 prosent.» <http://www.ks.no/PageFiles/20007/Rekrutteringsbehov%20i%20kommunesektoren%20fram%20mot%202023%20vol%204.pdf?epslanguage=no>.

¹⁷ Det vil si $(5985+1418)*100/13902$.

¹⁸ SSB sin utdanningsstatistikk kan imidlertid tyde på at det er en bedring i rekruttering til helsefagarbeider etter 2012, idet det var nesten 5300 flere helsefagarbeidere i 2013 enn i 2012, se Statistikkbanken. Tabell: 09013: Personer i alt med helse- og sosialfaglig utdanning, etter arbeidsstyrkestatus.

Ansatte som har tatt videregående opplæring ved hjelp av K2015-midler kan for eksempel i stor grad ha erstattet hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som er gått av med pensjon. Fra oversikter i Statistisk sentralbyrå¹⁹ framgår at i 2012 var nærmere to av ti personer, som hadde utdanning som helsesekretær, hjelpepleier, helsefagarbeider eller omsorgsarbeider, utenfor arbeidsstyrken samme år. De aller fleste, som var utenfor arbeidsstyrken, hadde arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Blant sykepleiere og helsesøstre var til sammenlikning en av ti utenfor arbeidsstyrken i 2012.²⁰

Som vi har vært inne på i kapittel 3.1, starter en del nyutdannede med relevant helse og sosialfaglig utdanning ikke å arbeide innen helse og omsorgssektoren. De fleste, som utdanner seg ved hjelp av K2015-midler, er imidlertid allerede inne i brukerrettet pleie og omsorg på det tidspunktet de avlegger eksamen. Noen kan likevel velge å slutte i helse og omsorgssektoren eller gå til andre fagområder, for eksempel, til spesialisthelsetjenesten. Informasjon fra KS tyder på at det generelt er stor utveksling av personell innad i helse og omsorgssektoren.²¹ Gjennomsnittlig turnover²² (som andelen som forlater kommunesektoren helt) i kommunesektoren totalt sett, er beregnet til om lag 10 prosent.

¹⁹ Statistikkbanken. Tabell: 09013: Personer i alt med helse- og sosialfaglig utdanning, etter arbeidsstyrkestatus.

²⁰ I gjennomsnitt var omlag 87 prosent av alle personer med helse og sosialfaglig utdanning (tilsvarende 361 455 personer i 2012) sysselsatt. Av de som er sysselsatt jobbet om lag 69 prosent i helse og sosialtjenesten, halvparten av disse var ansatt i kommunal sektor.

²¹ KS har beregnet rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram mot 2022. I den forbindelse forventes i gjennomsnitt 37 350 personer å forlate sine stillinger i helse, sosial og omsorgssektoren per år.
<http://www.ks.no/tema/Arbeidsgiver/lpas/Rekrutteringsmodell/Rekrutteringsbehov-for-kommunesektoren>.

²²

<http://www.ks.no/PageFiles/20007/Rekrutteringsbehov%20i%20kommunesektoren%20fram%20mot%202023%20vol%204.pdf?epslanguage=no>

Til sist skal vi kort rapportere fra surveyen²³ til kommunene i 2013, der vi blant annet spurte om kommunene ville ha utdannet/ etterutdannet like mange uten midler fra Kompetanseløftet 2015. Blant dem som svarte, oppgav 179 kommuner at de ikke ville ha utdannet eller videreutdannet like mange personer uten midler fra K2015, det vil si de svarte «nei» på dette spørsmålet, se Tabell 3.3. Dette tilsvarer 79 prosent av kommunene som svarte på spørsmålet. Både de kommunene som svarte «ja» og de kommunene som ikke hadde svart i det hele tatt hadde færre personer, som hadde gjennomført utdanning ved hjelp av K2015-midler, enn kommuner som svarte «nei» eller «vet ikke».

Tabell 3.3 *Ville din kommune utdannet/ etterutdannet om lag like mange uten midler fra Kompetanseløftet 2015?*

Svarfordeling	Gjennomsnittlig antall personer som har gjennomført K2015, 2007-2013	Gjennomsnittlig antall personer som har gjennomført K2015, minus ABC, 2007-2013	Andel personer som har gjennomført K2015 (eks ABC), 2007-2012 som andel av alle sysselsatte i bruker-rettet pleie og omsorg 2012. Prosent
Ja (13)	53	32	19
Nei (179)	82	54	24
Vet ikke (34)	87	66	21
Ikke aktuelt (1)	6	1	9
Har ikke svart (198)	46	28	20

Kilde: Survey til kommunene og data fra fylkesmennene, spesialkjøring fra SSB

Når det gjelder andelen av alle ansatte i brukerrettet pleie og omsorg, som hadde gjennomført utdanning/ videreutdanning gjennom K2015-midler, var forskjellene mellom de ulike svarkategoriene betydelig mindre. Kommuner, som hadde svart «nei», hadde imidlertid en noe høyere andel enn de andre kommunene og lik 24 prosent i gjennomsnitt, se tabell 3.3.

Til sammen indikerer disse resultatene at Kompetanseløftet 2015 har vært et viktig tiltak til så vel å opprettholde som å øke nivået på antall personer med videregående opplæring i brukerrettet pleie og omsorg.

²³ Svarprosenten var 53, med andre ord svarte nesten halvparten av kommunene ikke på spørsmålet. Deltakelsen i surveyen er ikke representativ for alle landets kommuner, se kapittel 2.

4 Sysselsettingsvekst og kompetanseoppbygging - kjennetegn ved kommunene

For perioden 2007-2012 er det en høy samvariasjon i datamaterialet mellom endring i antall sysselsatte totalt, endring i antall sysselsatte med relevant utdanning og antall sysselsatte som har gjennomført utdanning (inkludert videreutdanning, men ekskludert ABC-opplæring) ved hjelp av K2015-midler. Korrelasjonen mellom disse variablene framgår fra tabell 4.1.

Tabell 4.1 *Samvariasjoner mellom endring i sysselsetting og kompetanse 2007-2012. Korrelasjonskoeffisienter²⁴*

	Endring i antall sysselsatte med relevant utdanning i brukerrettet pleie og omsorg	Endring i antall sysselsatte totalt i brukerrettet pleie og omsorg	Antall personer som har gjennomført utdanning ved hjelp av K2015-midler, (eksklusive ABC)
Endring i antall sysselsatte med relevant utdanning i brukerrettet pleie og omsorg	1		
Endring i antall sysselsatte totalt i brukerrettet pleie og omsorg	0,81***	1	
Antall personer som har fått utdanning og videreutdanning gjennom K2015 (eksklusive ABC)	0,89***	0,69***	1

Kilde: Spesialkjøringer SSB og data fra fylkesmennene

***Korrelasjonskoeffisientene er signifikant forskjellig fra null på ett prosentnivå

²⁴ 1 betyr at det er full positiv samvariasjon mellom variablene.

Dette betyr at de kommunene som har relativt høy sysselsetningsvekst også har relativt høy vekst i antall ansatte med relevant utdanning innen brukerrettet pleie og omsorg, samt har forholdsvis mange personer utdannet gjennom K2015-midler.

Nedenfor studerer vi hvordan endring i ansatte med relevant utdanning i brukerrettet pleie og omsorg, og antall personer med utdanning gjennom K2015-midler i løpet av perioden 2007-2012 hver for seg, varierer med en rekke bakgrunnsvariabler i kommunene.

Vi legger inn følgende antakelser om kommunenes tilpasninger. For et gitt nivå på inntektene vil en kommune med høy andel eldre fra 80 år og oppover ansette flere personer innen brukerrettet helse og omsorg enn en kommune med en lavere andel eldre. Tilsvarende gjelder for høy andel uføretrygdete i alderen 16-66 år. Derimot vil forholdsvis mange barn og unge under 16 år medføre mindre behov for ansatte i brukerrettet pleie og omsorg. Når det gjelder konsekvensene for utvikling i andelen ansatte med relevant utdanning, er forbindelsen noe usikker. Forholdsvis mange eldre og uføre kan øke behovet for kompetanse. Samtidig kan kommuneøkonomien og arbeidssituasjonen bli påvirket, slik at det blir mindre mulig for ansatte til å videreutdanne seg.

Vi antar videre at en kommune med relativt høye inntekter per innbygger, gitt behovsstruktur, vil etterspørre flere ansatte enn en kommune med relativt lave inntekter. Nivå og endring i netto driftsutgifter endrer seg sannsynligvis når kommunen sysselsetter flere personer og/eller bidrar til utdanning av ansatte. Det vil si at variablene på venstre og høyre side i regresjonslikningen påvirker hverandre gjensidig. Driftsutgifter er dessuten høyt korrelert med behovsstruktur og endringer i denne. Vi utelater derfor netto driftsutgifter fra analysen.

Frie inntekter tilsvarer rammetilskudd pluss skatteinntekter. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner har endret seg opp gjennom årene, men formålet har vært det samme, nemlig å jevne ut forutsetninger for likeverdige tjenestetilbud mellom kommunene (og mellom fylkeskommunene). Ved beregningen tar en hensyn til strukturelle forskjeller i kommunenes kostnader (utgifts-utjevning) og forskjeller i skatteinntekter (skatteutjevning). Gjennom utgifts-utjevningen skal kommunene i prinsippet få full kompensasjon for kostnadsforskjeller som de ikke kan påvirke

selv. I praksis skjer dette gjennom en kostnadsnøkkel, som består av ulike kriterier med vekter²⁵.

Blant kriteriene i kostnadsnøkkelen er aldersfordeling i befolkningen og andelen uføretrygdede. Antall innbyggere med høyere utdanning inngår i indeksen for beregning av innbyggertilskuddet i frie inntekter. Her er altså endring i frie inntekter en funksjon av endring i innbyggere med høyere utdanning. I og med at dette gjelder alle innbyggere og ikke bare dem som jobber i brukerrettet pleie og omsorg pluss at denne faktoren bare utgjør en liten del av kostnadsnøkkelen, velger vi likevel å betrakte frie inntekter som en eksogen variabel²⁶ i våre analyser av kompetanseutviklingen i kommunene.

Selv om inntektssystemet og finansieringen av kommunesektoren i prinsippet skal gi mest mulig lik utgiftsutjevning, er det flere forhold som bidrar til ulikt inntektsnivå mellom kommuner. Forskjeller i skattenivå utjevnes for eksempel bare delvis i inntektssystemet. Regionalpolitiske tilskudd i inntektssystemet og skjønnstilskuddet er dessuten ulikt fordelt mellom kommunene og fører til forskjeller i inntektsnivå. Utgiftkorrigerede frie inntekter per innbygger tar høyde for slike forskjeller og beregnes ved at inntektene i henhold til kostnadsnøkkelen trekkes fra frie inntekter. Gjennomsnittet for landet settes til 100 og så beregnes avvik fra dette gjennomsnittet. Korrigerede frie inntekter beregnes både med og uten eiendomsskatt og konsesjonskraft-inntekter.²⁷

²⁵ Se

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/grontheft/gro nt_ hefte_ 2015_ ny.pdf.

²⁶ Med eksogen menes at variabelen ikke er korrelert med restleddet i regresjonsanalysen.

²⁷ Det heter følgende på Kommunal- og moderniseringsdepartementet sine nettsider: «Ved beregning av utgiftskorrigerede frie inntekter er det tatt utgangspunkt i summen av dei frie inntektene. Den delen av dei frie inntektene som inngår i utgiftsbehovet korrigerast ved hjelp av kostnadsnøkkelen i inntektssystemet. Dei resterande inntektene vert deretter lagt til i berekninga. Driftsutgifter til skule, pleie og omsorg, helse og sosial og administrasjon inngår i kommunane sitt utgiftsbehov, og det er variasjon i kostnadane til drift av desse tilboda det korrigerast for.

Kommunar med eit lågt berekna utgiftsbehov ("billige" å drive) vil få justert opp inntektene sine, mens kommunar med eit høgt berekna utgiftsbehov ("dyre" å drive) vil få justert ned inntektene sine.»

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/prop-146-s-2012->

Frie inntekter samvarierer i stor grad negativt med andelen 16 år og under og positivt med andelen eldre innbyggere fra 80 år og oppover og andelen uføretrygdede.²⁸ Det vil dermed være en viss grad av multikollinearitet mellom de behovsvariablene vi har beskrevet ovenfor (andelen 80 år og over, andelen 16 år og under og andelen uførepensjonister) og frie inntekter. Vi velger likevel å ta disse behovsvariablene med i analysene for å se om det er noen videre sammenheng mellom behov utover de utgiftsbehovene som omfattes av kostnadsnøkkelen i frie inntekter.

Inntektskomponenter som øremerkede tilskudd og gebyrer er ikke med i beregningene av korrigerede frie inntekter. Det er heller ikke tatt hensyn til at noen kommuner har fordeler ved ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift.²⁹

Vi tar inn arbeidsgiveravgiften, slik den var utformet i 2007, spesifikt i regresjonsanalysene. Arbeidsgiveravgiftene varierer for ulike kommuner, fra 0 prosent i avgiftssone 5 (hovedsakelig noen kommuner i Troms og alle kommunene i Finnmark) til 14,1 prosent i avgiftssone 1.³⁰ Jo høyere sone, jo lavere prosent (med et lite unntak for sone 6 som kun omfatter en kommune) og jo billigere er det for kommunene å ansette personell.³¹

Inntektssystemet kontrollerer ikke eksplisitt for antall mottakere av pleie og omsorgstjenester i kommunene. Vi antar at behovet for økning i relevant kompetanse er størst der andelen mottakere av pleie og omsorgstjenester i forhold til folkemengden i 2007, da K2015 startet opp, er relativt høy. Tilsvarende antar vi at jo færre sysselsatte innen brukerrettet pleie og omsorg, som hadde relevant fagutdanning i 2007, jo flere personer har kommunen prøvd å få utdannet ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2015.

2013/id726677/?docId=PRP201220130146000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=10 og Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Prop. 146 S (2012–2013).

²⁸ Korrelasjonskoeffisienter er rapportert i vedlegg 1, Tabell V.3.

²⁹ <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/prop-146-s-2012-2013/id726677/?docId=PRP201220130146000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=10>.

³⁰ Se Vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av arbeidsgiversonene.

³¹ Det gir for øvrig ikke noe særlig forskjell i analysene om arbeidsgiveravgiftssonene inngår som såkalte dummyvariabler i analysene eller om vi inkluderer denne informasjonen som en kontinuerlig variabel.

Nedenfor rapporterer vi først analyser av endring fra 2007 til 2012 i sysselsatte med relevant helse og sosialfaglig utdanning som andel av sysselsatte totalt i brukerrettet pleie og omsorg, se Tabell 4.2.

Tabell 4.2 *Regresjonskoeffisienter. Endring i andel sysselsatte med relevant utdanning 2007-2012*³² (Robuste standardavvik i parentes)

	Modell 1	Modell2	Modell3
(ln) Folkemengde 2007	0,01233 (0,00731)	0,00679 (0,00658)	-0,00147 (0,0066)
Andel personer under 16 år, 2007	0,00436 (0,00368)	0,0069 (0,00375)	0,00415 (0,0036)
Andel personer 80 år og over, 2007	-0,00054 (0,00638)	0,01006 (0,00626)	0,00504 (0,0060)
Andel uføre 16-66 år, 2007	-0,00071 (0,00186)	0,00024 (0,00177)	0,00039 (0,00178)
(ln) Mottakere av pleie og omsorgstjenester, 2007 som andel av folkemengden 2007	-0,01754 (0,03429)	-,0,00813 (0,03485)	-0,02499 (0,03516)
(ln) Relativ endring i antall mottakere av pleie og omsorgstjenester fra 2007 til 2012	-0,01244 (0,03639)	-0,00804 (0,03681)	-0,02227 (0,03684)
(ln) Frie inntekter i kroner per innbygger 2007	0,19728*** (0,04637)	-	-
(ln) Korrigerte frie inntekter per innbygger 2007 (1)	-	0,26928*** (0,06484)	-
(ln) Korrigerte frie inntekter per innbygger 2007 (2)	-	-	0,12391*** (0,0407)
(ln) Arbeidsgiversone	-0,01309 (0,01386)	-0,00984 (0,01357)	0,00093 (0,01276)
Sentralitet1	-0,02220 (0,01556)	-0,02060 (0,01545)	-0,01623 (0,01565)
Sentralitet2	-0,00536 (0,01763)	-0,00300 (0,01766)	0,00478 (0,01768)
Sentralitet3	-0,00462 (0,01947)	-0,00313 (0,01940)	0,00579 (0,01932)
R ²	0,0752	0,0808	0,0590
Antall observasjoner	423	424	424

*** Sig forskjellig fra null på 1 prosent nivå** Sig forskjellig fra null på 5 prosent nivå. Konstantleddet er ikke rapportert. Minst sentrale kommuner³³ er referanse.

³² ln (sysselsatte med relevant utdanning 2012/ alle sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg 2012) minus ln (sysselsatte med relevant utdanning 2007/ alle sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg 2007)

³³ SSBs inndeling er brukt her, se

<http://www4.ssb.no/ItemsFrames.asp?ID=5285601&Language=nb>

Tre ulike modeller rapporteres, der forskjellene i hovedsak er relatert til hvilket mål på frie inntekter som benyttes. I modell 1 inngår frie inntekter per innbygger i løpende kroner; i modell 2 inngår utgiftkorrigerede frie inntekter per innbygger eksklusive eiendomsskatt og konsesjonskraft-inntekter og i modell 3 inngår utgiftkorrigerede frie inntekter per innbygger inklusive eiendomsskatt og konsesjonskraft-inntekter.

Når det gjelder økning i andelen ansatte med relevant utdanning i brukerrettet pleie og omsorg fra 2007 til 2012, er denne størst i kommuner med relativt høye frie inntekter per innbygger, se tabell 4.2. Dette gjelder også korrigerede frie inntekter. Med andre ord kan det være at kommuner som har forholdsvis god råd, gitt et visst behovsnivå, størrelse og lokalisering, lettere kan rekruttere personer med relevant utdanning enn det andre kommuner kan.

I Tabell 4.3 rapporterer vi analyser av antall sysselsatte som har fullført utdanning og videreutdanning ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2012 i forhold til folkemengden i 2007. Også her rapporteres tre ulike modeller, der forskjellene er relatert til hvilket mål på frie inntekter som benyttes.

Fra modell 1 framgår at jo høyere frie inntekter i løpende kroner per innbygger kommunen har, jo større andel av innbyggerne gjennomfører utdanning ved hjelp av K2015-midler. Kommuner kan imidlertid ha relativt høye frie inntekter fordi de har relativt store behov. For å få et riktig bilde av hvor mye kommunen faktisk har å rutte med etter at alle lovpålagte ytelser er tatt hensyn til, er det mest interessant å se på korrigerede frie inntekter. Størrelsen på korrigerede frie inntekter per innbygger i 2007 slår ikke signifikant ut i analysene. Dette kan indikere at Kompetanseløftet 2015 har vært en viktig pådriver for at kommunene har satt i gang med oppbygging av kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg, uavhengig av deres økonomiske utgangssituasjon.

Relativt små kommuner kan ha problemer med rekruttering av personell med relevant kompetanse. Vi ser fra analyseresultatene at jo mindre kommunen er, jo høyere er andelen personer som har fullført utdanning ved hjelp av K2015-midler (men forskjellen er kun signifikant forskjellig fra null i modell 3). Samtidig gir relativt høy andel pleie- og omsorgstrengende økt behov for slik kompetanse. Ingen av de andre behovsvariablene slår signifikant

ut, noe som tyder på at de er fanget opp av systemet for beregning av frie inntekter, jfr. diskusjonen ovenfor.

Tabell 4.3 *Regresjonskoeffisienter. Antall sysselsatte som har fullført utdanning ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2012 (minus ABC) som andel av folkekengden 2007.³⁴ (Robuste standardavvik i parentes)*

	Modell 1	Modell2	Modell3
(ln) Folkemengde 2007	-0,01161 (0,05960)	-0,06745 (0,05096)	-0,10249** (0,04843)
Andel personer under 16 år, 2007	0,01027 (0,02299)	0,01027 (0,02353)	0,00091 (0,0239)
Andel personer 80 år og over, 2007	-0,01032 (0,03459)	0,01576 (0,03749)	-0,00180 (0,03528)
Andel uføre 16-66 år, 2007	0,00170 (0,01390)	0,00382 (0,01387)	0,00120 (0,01412)
Mottakere av pleie og omsorgstjenester som andel av folkekengden 2007	0,32730*** (0,12657)	0,35085*** (0,12702)	0,34760*** (0,12674)
Andel sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg med relevant helse og sosialfaglig utdanning i 2007	-0,61701** (0,26441)	-0,71480*** (0,26811)	-0,81287*** (0,25942)
(ln) Frie inntekter i kroner per innbygger 2007	0,7787** (0,36645)	-	-
(ln) Korrigerte frie inntekter per innbygger 2007 (1)	-	0,57034 (0,47006)	-
(ln) Korrigerte frie inntekter per innbygger 2007 (2)	-	-	0,02212 (0,26155)
(ln)Arbeidsgiversone	0,04191 (0,08716)	0,08318 (0,08499)	0,11582 (0,08205)
Sentralitet1	-0,19885 (0,12037)	-0,19112 (0,12148)	-0,18651 (0,12145)
Sentralitet2	-0,03853 (0,10972)	-0,02476 (0,11084)	-0,01675 (0,11034)
Sentralitet3	-0,28085** (0,12774)	-0,26295** (0,12862)	-0,24692 (0,12835)
R ²	0,2118	0,2080	0,2042
Antall observasjoner	416	417	417

*** Sig forskjellig fra null på 1 prosent nivå** Sig forskjellig fra null på 5 prosent nivå. Konstantleddet er ikke rapportert. Minst sentrale kommuner er referanse

Når vi også tar inn andelen sysselsatte med relevant utdanning i 2007, det vil si i oppstarten av K2015 i analysen, slår denne negativt ut. Det betyr at jo lavere andelen av de sysselsatte som

³⁴ ln ((Antall sysselsatte som har fullført utdanning ved hjelp av K2015 midler i perioden 2007-2012 (minus ABC)/ Folkemengde 2007)).

hadde relevant utdanning i 2007, jo flere personer er utdannet ved hjelp av K2015-midler i perioden 2007-2012, alt annet likt.

Til sammen indikerer disse tre analysene at kommunal deltakelse i Kompetanseløftet 2015 er sterkt styrt av faktiske behov for relevant kompetanse i forhold til mottakere av pleie og omsorgstjenester.

5 Oppsummerende drøfting

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har utfordringer knyttet til et høyt antall ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig kompetanse, samt forholdsvis stor avgang fra sektoren som følge av sykdom, uføretrygd og alder. Kompetanseløftet 2015 er regjeringens handlingsplan for rekruttering og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Planen kan i vid forstand sies å spenne over rekruttering av personell med relevant kompetanse, finansiering av utdanninger og kurs innen prioriterte områder, samt tiltak for å sikre at færre ansatte jobber deltid, blir sykmeldte eller utstøtt fra arbeidslivet.

Foreliggende notat er en underveisrapportering, basert på kvantitative analyser. Vi fokuserer på ett av tiltakene i K2015, nemlig opplæringstilskuddet som forvaltes av landets fylkesmenn. Så å si alle landets kommuner har vært omfattet, i det de en eller flere ganger i perioden 2007-2013 har søkt og mottatt tilskudd til utdanning, videreutdanning av personell og/eller kursvirksomhet.

Innledningsvis stiller vi to spørsmål;

- Samsvarer resultatene i kommunene med målsettingen for Kompetanseløftet 2015?
- I hvor stor grad kan disse resultatene faktisk tilskrives tiltak som er finansiert gjennom Kompetanseløftet 2015?

Gjennomgang av nye årsverk og ansatte med relevant fagutdanning i perioden 2007-2012 viser at delmålene 1 og 2 (skaffe 12000 nye årsverk med relevant fagutdanning i perioden 2008-2015 og heve det formelle utdanningsnivået) synes å være oppfylt. Delmål 3 om å sikre brutto tilgang på om lag 4 500 helsefagarbeidere hvert år er ikke nådd i evalueringsperioden. Samlet sett har netto tilgang på personell med videregående opplæring i brukerrettet pleie og omsorg vært beskjeden. Dette kan

trolig delvis ha sammenheng med at det har tatt litt tid å få utdanning til hjelpepleier og til omsorgsarbeider erstattet av helsefagarbeiderutdanningen og at en del hjelpepleiere nå går av med pensjon.

Tilveksten i antall personer med sykepleierutdanning eller annen høyere utdanning var tydelig høyere enn tilveksten i antall hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere innen brukerrettet pleie og omsorg fra 2007 til 2012. Mens førstnevnte gruppe økte med over 9700 personer, økte sistnevnte gruppe med i underkant av 1150 personer. Samtidig gjennomførte 6000 personer videregående opplæring til hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere ved hjelp av K2015-midler over samme tidsrom. I tillegg gjennomgikk over 1400 personer desentralisert høyere utdanning og vel 10800 personer videreutdanning i regi av K2015³⁵.

Ved å kombinere data fra fylkesmennene med sysselsettingsdata fra SSB (registerdata 2007-2012), finner vi at de kommunene som har relativt høy vekst i antall ansatte med relevant utdanning også har forholdsvis mange personer utdannet gjennom K2015-midler.

En survey til kommunene i 2013 viser at de aller fleste oppgir å ikke ville ha utdannet eller videreutdannet like mange uten midler fra K2015. Regresjonsanalyse på registerdata indikerer også at kommunenes bruk av K2015-midler er behovsstyrt. Analyser viser at de kommunene som hadde relativt få ansatte med relevant utdanning på begynnelsen av perioden (2007) også er kommuner som har utdannet flest personer ved hjelp av K2015-midler i forhold til folkemengden. Videre ser vi at i kommuner med forholdsvis mange mottakere av pleie og omsorgstjenester i 2007, er det også relativt mange personer som har fullført helse- og sosialfaglig utdanning ved at kommunen har nyttiggjort seg K2015- midler.

For å kunne si i hvor stor grad Kompetanseløftet 2015 faktisk har bidratt til (varig) kompetanseheving innen brukerrettet pleie og omsorg, måtte vi kunne følge enkelte ansatte over tid. Vi vet nemlig ikke hvor mange som har fått støtte gjennom K2015-midler, som også er blitt værende i sektoren etter endt utdanning. Slike longitudinelle data er ikke tilgjengelige for dette prosjektet.

³⁵ ABC-kursene kommer i tillegg.

Informasjon fra KS tyder på at det generelt er stor utveksling av personell innad i helse og omsorgssektoren. Med andre ord kan det tenkes at noen personer, som er utdannet ved hjelp av K2015-midler, går over til spesialisthelsetjenesten «i bytte» mot personer med relevant kompetanse fra den sektoren. Så lenge kompetansenivået i brukerrettet pleie og omsorg både opprettholdes og øker, er det egentlig likegyldig om en slik utveksling av personell finner sted. Når personer bytter arbeidssted og oppgaver, kan det tvert i mot av og til oppstå gevinster i form av kunnskapsoverføringer.

Dersom mange personer som har fullført utdanning ved hjelp av K2015-midler derimot slutter i helse og omsorgssektoren eller går ut av yrkeslivet, vil både stat og kommune kunne få relativt lite igjen for satsingen. Datamaterialet vårt gir ingen indikasjoner på at så er tilfellet. Funnene våre tyder så langt på at Kompetanseløftet 2015 har vært et viktig tiltak for å opprettholde nivået og i tillegg bidra til noen flere personer med relevant helse og sosialfaglig kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg.

I sluttrapportering vil kvantitative data sees i sammenheng med det mer kvalitative materialet, som samles inn gjennom flere spørreundersøkelser og intervju, for en mer helhetlig vurdering av måloppnåelse og effekter av Kompetanseløftet 2015.

Litteratur

- Hagen, T.P., D. P. McArthur, T. Tjerbo (2013): *Midtveisevaluering av Omsorgsplan 2015: Effekter av pleieårsværk og plasser i boliger og institusjoner*. HERO, Universitetet i Oslo.
- Hermansen, Å. (2011) *Personell og yrkesfordeling innen pleie- og omsorgssektoren*. Oslo: Fafo. Fafo-notat 2011:13
- Helsedirektoratet (2008). *Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Rekruttering for bedre kvalitet*. Rapport nr. 4.
- Helsedirektoratet (2012). *Årsrapport 2012 Omsorgsplan 2015*.
- Høst, H. *Helsefagarbeiderutdanning for voksne*. NIFU STEP Rapport 25/2010.
- Høst, H., C. Arnesen, T. Næss, P.O. Aamodt (2009) *Evaluering av Kompetanseløftet 2015*. NIFU STEP Rapport 12/2009.
- Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 18 (2012–2013) *Lange linjer – kunnskap gir muligheter*. Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Moland, L. (2013) *Heltid–deltid - en kunnskapsstatus*. Oslo: Fafo. Fafo-rapport 2013:27.
<http://www.fafo.no/pub/rapp/20317/20317.pdf>
- Mørk, E., B. Sundby, B. Otnes, M. Wahlgren, B. Gabrielsen (2013): *Pleie- og omsorgstjenesten 2012*. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Statistisk sentralbyrå. Rapporter 43/2013.

- Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Prop. 1 S(2013–2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) *For budsjettåret 2014*, Helse- og omsorgsdepartementet
- Roksvaag, K., I. Texmon (2012): *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå. SSB-rapport 14/2012.
- Skålholt, A., H. Høst, T. Nyen, A. Hagen Tønder (2013): *Å bli helsefagarbeider*. NIFU Rapport 5/2013.
- St.meld.nr.25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet
- Stortingsmelding nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen — Rett behandling — på rett sted — til rett tid*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet
- St. meld. nr. 50 (1996-1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt — kvalitet*. Sosial og helsedepartementet.
- Tjerbo, T., P. O. Aamodt, I. M. Stigen, M. Helgesen, T. Næss, C. Å. Arnesen, H. Høst og N. Frølich (2012): *Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: Handlingsplan og iverksetting*. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015. NIBR-rapport 2012:3

Vedlegg 1

Beskrivelser og definisjoner

Kommuneinndeling

I analysene har vi brukt kommuneinndeling per 2013. Fra og med 2007 er det følgende endringer:

Den 1. januar 2008 ble 1503 Kristiansund og 1556 Frei i Møre og Romsdal fylke slått sammen til en ny kommune, 1505 Kristiansund.

Den 1. januar 2012 ble 1723 Mosvik og 1729 Inderøy i Nord-Trøndelag fylke slått sammen til en ny kommune, 1756 Inderøy.

Den 1. januar 2013 ble 1901 Harstad og 1915 Bjarkøy i Troms fylke slått sammen til en ny kommune, 1903 Harstad.

Kommuner, der det har vært kommunesammenslåing etter 2007, er ikke omfattet av analysene.

Soner for Arbeidsgiveravgift til folketrygden 2007

Arbeidsgiveravgiften ble for 2007³⁶ beregnet etter følgende satser:

Avgiftssone 1:

- Ordinære næringer: 14,1 prosent
- Landbruk og fiske: 14,1 prosent

Avgiftssone 1a:

- Ordinære næringer: 10,6 prosent
- Landbruk og fiske: 10,6 prosent

Avgiftssone 2:

- Ordinære næringer: 10,6 prosent
- Landbruk og fiske: 10,6 prosent

Avgiftssone 3:

- Ordinære næringer: 6,4 prosent
- Landbruk og fiske: 6,4 prosent

Avgiftssone 4:

- Ordinære næringer: 5,1 prosent
- Landbruk og fiske: 5,1 prosent

Avgiftssone 4a:

- Ordinære næringer: 7,9 prosent
- Landbruk og fiske: 5,1 prosent

Avgiftssone 5:

- Ordinære næringer: 0 prosent
- Landbruk og fiske: 0 prosent

³⁶ Statistisk sentralbyrå

(<http://stabas.ssb.no/ItemsFrames.asp?ID=4664001&Language=nb>)

Tabell V.1 *Beskrivelse av ulike kjennetegn ved kommunene*

Variabel	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg 2007	425	371	890	15	13148
Endring i antall sysselsatte i brukerrettet pleie og omsorg 2007-2012	425	31,2	87,0	-113	1234
Andel sysselsatte med relevant kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg 2007	425	64,1	7,9	38,7	86,7
Endring i andel med relevant kompetanse i brukerrettet pleie og omsorg 2007-2012	425	3,3	6,3	-15,5	28,1
Antall ansatte som gjennomførte utdanning og videreutdanning ved hjelp av K2015, 2007-2015 (minus ABC)	425	42,0	80,5	0	1199
Folkemengden 2007	425	11022	32869	212	560484
Endring i folkemengden 2007-2012	425	734	3453	-213	63482
Andelen under 16 år	425	20,3	2,2	14,7	26,7
Endring i andelen under 16 år	425	-1,3	-1,3	-20,8	1,5
Andelen 80 år og over	425	5,6	1,6	2	10,3
Endring i andelen 80 år og over	425	-0,20	0,54	-2,9	1,6
Andelen uføre, 16-66 år, 2007	425	12,0	3,4	5	23,5
Endring i andelen uføre 2007-2012	425	-1,0	1,1	-4,3	4,7
Antall personer som mottar pleie og omsorgstjenester 2007	425	495,9	1301,4	8	21777
Endring i antall personer som mottar pleie og omsorgstjenester 2007-2012	425	47,9	111,4	-503	903
Frie inntekter per innbygger 2007	424	35525,5	8884,7	24553	92566
Endring i frie inntekter per innbygger 2007-2012	423	17497,2	3325,4	-983	42122

Kilde: SSB og data fra fylkesmennene

Tabell V.2 *Fordeling av landets kommuner på sentralitet og arbeidsgiveravgiftssoner*

Sentralitet Arbeidsgiveravgiftssone	0	1	2	3	Sum
1	0	10	37	123	170
2	8	8	21	16	53
3	45	9	5	7	66
4	28	1	1	1	31
5	48	17	11	2	78
6	0	0	1	0	1
7	20	5	0	0	25
Sum	149	50	76	149	424

Kilde: SSB

Tabell V.3 *Korrelasjonsmatrise, netto driftsutgifter og frie inntekter i løpende kroner per innbygger*

	Endring driftsutgifter per innbygger 2007-2012	Driftsutgifter per innbygger 2007	Frie inntekter per innbygger 2007	Frie inntekter per innbygger 2012
Endring driftsutgifter per innbygger 2007-2012	1			
Driftsutgifter per innbygger 2007	0,4986***	1		
Frie inntekter per innbygger 2007	0,5767***	0,7315***	1	
Frie inntekter per innbygger 2012	0,5900***	0,6648***	0,9573***	1
Andelen innbyggere under 16 år, 2007	-0,4229***	-0,4275***	-0,3732***	-0,3380***
Andelen innbyggere 80 år og over	0,4796***	0,6017***	0,4819***	0,4703***
Andelen uføre 16-66 år, 2007	0,2725***	0,2914***	0,2684***	0,2561***

*** Signifikant forskjell fra null på 1 prosent nivå