

Marit K. Helgesen, Katja Johannessen,
Torunn Kvinge, Asgeir Skålholt, Asbjørn Kårstein,
Dorothy Sutherland Olsen, Clara Åse Arnesen

Kompetanse og rekruttering i kommunale helse- og omsorgstjenester: Kompetanseløftets effekter i kommunene.

Underveisrapport 2014

NIFU

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

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

NOTAT 2014:110

Tittel: **Kompetanse og rekruttering i kommunale helse- og omsorgstjenester: Kompetanseløftets effekter i kommunene.**
Underveisrapport 2014

Forfatter: Marit K. Helgesen, Katja Johannessen, Torunn Kvinge, Asgeir Skålholt, Asbjørn Kårstein, Dorothy Sutherland Olsen, Clara Åse Arnesen

NIBR-notat: 2014:110

ISSN: 0801-1702

ISBN: 978-82-8309-036-9

Prosjektnummer: 3161

Prosjektnavn: Evaluering av Kompetanseløftet 2015

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Kompetanseløftet 2015 (K2015) er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Evalueringen er et samarbeid mellom NIBR og NIFU. Den studerer kommunenes bruk, og deres oppfatning av nytteverdien av K2015. I dette notatet er det gjort analyser av konteksten for kommunenes rekrutteringsarbeid innenfor denne sektoren – studieplasser, antall studenter og antallet uteksaminerte på vgs og høgskolenivå, samt andelen som tar ulike typer videre- og etterutdanning. Det har ikke vært store endringer i dette de siste årene. Kommunene søker midler fra K2015 og de har en positiv oppfatning av nytten av kompetanse- og rekrutteringsplanen.

Sammendrag: Norsk

Dato: Oktober 2014

Antall sider: 41

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 2014

Forord

Høsten 2013 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) og Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre en effektevaluering av Kompetanseløftet 2015 (K2015). K2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og en del av Omsorgsplan 2015. Den skal øke rekrutteringen til aktuelle utdanninger og yrker, oppgradere kompetansenivået og øke yrkesaktiviteten blant de ansatte. K2015 har vært delt inn i to planperioder, forrige planperiode (2008-2012) ble også evaluert av de samme instituttene. Dette er første delrapportering fra evalueringen av andre planperiode.

Det er brukt flere datakilder i dette notatet, men vi ønsker spesielt å takke våre informanter i kommunene og i fylkesmannsembetene.

Oslo, oktober 2014

Trine Myrvold

Forskningssjef

Innhold

Forord.....	1
Tabelloversikt	3
Figuroversikt.....	4
Sammendrag	5
1 Innledning.....	8
1.1 Mål for andre planperiode.....	8
1.2 Virkemidler i andre planperiode.....	9
2 Kompetanseløftets treffsikkerhet.....	11
2.1 Innledning.....	11
2.2 Mangfold i kommunal sektor	11
2.3 Kommunale kompetanseplaner	16
2.4 Transaksjonskostnader	17
2.5 Kommunenes nytte av K2015.....	18
2.6 Foreløpig om effekter.....	19
3 Sysselsetting og kompetanse - utviklingstrekk.....	21
3.1 Innledning.....	21
3.2 Hovedtrekk.....	21
3.3 Kompetansegrupper	22
3.4 Arbeidstid og stillingsprosent.....	24
3.5 Utdanning av fagpersonell	26
3.6 Fagpersonell på videregående nivå	26
3.6.1 Søking, opptak og antall uteksaminerte kandidater.....	26
3.7 Høgskoleutdannede	32
3.7.1 Søking og opptak.....	32
3.7.2 Antall studenter og uteksaminerte kandidater.....	33
3.7.3 Desentraliserte høgskolestudier.....	33
3.7.4 Videre- og etterutdanning blant høgskoleutdannet personell.....	35
4 Oppsummering	38

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Økonomisk ramme i Kompetanseløftet og tilskudd som kanaliseres gjennom fylkesmannen*	10
Tabell 2.1	Antall ansatte som har fullført utdanning ved hjelp av Kompetanseløftet i periode/n 2010-2012.....	13
Tabell 2.2	Tiltak tilskuddene er brukt til i kommunene i 2013 Prosent, hele tall i parentes (N=201-242).....	14
Tabell 3.1	Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg perioden 2008-2012.....	21
Tabell 3.2	Antall fagprøver i helsearbeiderfaget *.....	27
Tabell 3.3	Unge, 20 år eller yngre som tar fagprøven i helsearbeiderfag.....	27
Tabell 3.4	Aldersfordeling på dem som tok fagprøve	29
Tabell 3.5	Aldersfordeling etter veg til fagprøve 2012	29
Tabell 3.6	Søkere til videregående opplæring	30
Tabell 3.7	Antallet plasser på Vg1 Helse og oppvekst og Vg2 Helsearbeiderfag *.....	30
Tabell 3.8	Søkere og antall lærekontrakter. Helsearbeiderfaget	31
Tabell 3.9	Søkning og opptak til enkelte høyskoleutdanninger i helse- og sosialfag. 2008 og 2012	32
Tabell 3.10	Antall registrerte studenter i (vårsemesteret) og antall uteksaminerte kandidater. 2009-2012.....	33
Tabell 3.11	Opptak til studier og opptak til desentralisert utdanning. 2008-2012	34
Tabell 3.12	Registrerte studenter i desentraliserte utdanninger. 2008-2012.....	35
Tabell 3.13	Opptak til aktuelle videreutdanninger i perioden 2008-2012 og registrerte studenter i høstsemesteret 2008-2012	36
Tabell 3.14	Kandidater som fullførte videreutdanning i løpet av perioden 2008-2012	36

Figuroversikt

Figur 2.1	Forskjeller i bruk av tilskuddene i Kompetanseløftet etter om kommunen har avsatt egne midler til etter- og videreutdanning (N=199-239)	15
Figur 2.2	Andel kommuner som mener Kompetanseløftet har vært viktig for deres arbeid med utdanning og etterutdanning av personell * (N=227)	19
Figur 3.1	Avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2008-2012	22
Figur 3.2	Årsverksvekst blant fagutdannet helse- og sosial personell 2010-2012 etter utdanningsbakgrunn	24
Figur 3.3	Sysselsatte sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgs- eller helsefagarbeidere i brukerrettet pleie og omsorg etter avtalt arbeidstid 2010 og 2012.....	25
Figur 3.4	Gjennomsnittlig stillingsprosent for utvalgte utdanningsgrupper.....	25
Figur 3.5	Antall uteksaminerte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere	28

Sammendrag

Marit K. Helgesen, Katja Johannessen, Torunn Kvinge, Asgeir Skålbolt, Asbjørn Kårstein, Dorothy Sutherland Olsen, Clara Åse Arnesen

Kompetanse og rekruttering i kommunale helse- og omsorgstjenester: Kompetanseløftets effekter i kommunene.

Underveisrapport 2014

NIBR-notat: 2014:110

Kompetanseløftet 2015 (K2015) er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og en del av Omsorgsplan 2015. K2015 har vært delt inn i to planperioder, dette er første delrapportering fra evalueringen av andre planperiode. Målene for K2015 andre planperiode er:

- 12 000 nye årsverk med fagutdanning i perioden 2008-2015
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene
- Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år
- Skape større faglig bredde
- Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Virkemidlene i K2015 er mange, ett av dem er at kommunene kan søke om tilskudd hos Fylkesmannen til å utdanne samt videre- og etterutdanne personell på flere nivåer i utdanningsystemet (vgs, fagskole, høyskole), samt til å styrke annen type opplæring som kursvirksomhet og internopplæring.

I dette notatet ser vi spesielt på:

- Hvilke utdanninger har kommunene gjennomført og hvor mange har deltatt
- Kommunale planer for kompetanse i helse og omsorg
- Transaksjonskostnader i kommunene
- Viktigheten av K2015 for kommunene
- Konteksten for kommunal rekruttering av personell til helse og omsorg

Mangfold i kommunal sektor

Kommunene bestemmer selv hvordan de skal prioritere sine økonomiske midler og det er derfor forskjell i hvordan de satser på opplæring innenfor denne sektoren. Likevel har nesten alle norske kommuner benyttet seg av K2015 i 2012. Av 428 kommuner er det 22-24 som ikke har utdannet noen og som derfor trolig ikke har

søkt om midler. Det er 3692 personer som har tatt utdanning ved hjelp av K2015 i 2012. Det er store regionale forskjeller og noen fylker utmerker seg med å utdanne mange, mens andre utdanner få (tabell 2.1). 92 prosent av kommunene som har svart på vår survey har finansiert ABC-kurs, 91 prosent har gitt støtte til videre- og etterutdanning (tabell 2.2). Mange kommuner setter også selv av økonomiske midler til utdanning og opplæring (figur 2.1).

Kommunale kompetanseplaner

Andelen kommuner som har Kompetanse- og/eller rekrutteringsplan har økt fra 71 prosent i 2008 til 82 prosent i 2013, ca halvparten av kommunene som har svart på surveyen har forankret planen ved å behandle den politisk. Å ha en slik plan viser seg å være viktig for kvaliteten på søknadene som sendes til fylkesmannen. Det er regionale forskjeller angående planer.

Transaksjonskostnader

Midlene i K2015 som når kommunene er forholdsvis små og vi har derfor vært opptatt av om de mener de får noe igjen for arbeidet med å søke inn midler og rapportere på dem. Om lag 50 prosent av kommunene mener i stor grad at de får noe igjen for arbeidet de legger ned i dette. Hos fylkemannen gjøres det også mye for å få kommunene til å søke. K2015 er tema på konferanser, det er ressursgrupper, det gis informasjon og oppfølging direkte mot kommuner.

Kommunenes nytte av K2015

Kommunene mener at de har nytte av K2015 og virkemidlene er i all hovedsak i tråd med de behovene de opplever at de har. Kommuner med lave frie inntekter og som er usentralt beliggende benytter i noe større grad enn andre mulighetene som ligger i K2015.

Kontekst for K2015

Antallet som søker seg til og som gjennomfører utdanninger innenfor helse og omsorg er en viktig del av bildet fordi det er vanskelig å øke andelen med formell utdanning i tjenestene hvis ikke andelen som utdanner seg også øker. Vi finner at andelen årsverk med høskoleutdanning i brukerrettet pleie og omsorg øker i 2012 (figur 3.1). Personer med annen videregående helse- og sosialfagutdanning øker med 15 prosent fra 2010 til 2012 (figur 3.2).

Andelen som er sysselsatt 30 timer i uken eller mer vokser (figur 3.3), og det framtrer et hierarki mellom utdanningstypene der de som har høskoleutdanning på bachelornivå har høyere gjennomsnittlige stillingsandeler enn grupper med lavere utdanning (figur 3.4).

Tilgangen på helsefagarbeidere er lav. Det er tre veier fram til å bli helsefagarbeider: praksiskandidat, to år vgs. og to år i lære og som den tredje måten kan elevene ta vg3 i skole. De er fler som oppnår fagbrev etter vg3 i skole enn for de to andre veiene fram. I 2012 ble det avlagt 2219 fagprøver. Det er en liten økning fra 2010 til 2012, fortsatt er det få som tar fagprøve i ”normalalder” (tabell 3.3-3.5).

Søkingen til høyere helse- og sosialfaglige utdanninger økte noe i løpet av årene 2008-2010, denne økningen har fortsatt fram til 2012. Søkningen til disse studiene er noe høyere enn søkningen til andre studier. Vekst i søkning fører til vekst i antallet

studenter som er i utdanning. Tilgangen på ergoterapeuter, vernepleiere og sykepleiere vil øke mest (tabell 3.9). Det har også vært en vekst i antallet studenter i desentrale høskoleutdanninger (tabell 3.12). Antallet studenter som er tatt opp og registrert i videreutdanningene eldreomsorg og aldersdemens, rehabilitering, psykisk helsearbeid, rusomsorg og veiledning har gått ned (tabell 3.13). Det kan innebære at tilgangen på nyutdannede personell med utdanning innenfor K2015s prioriterte områder blir lavere enn hva den har vært de siste årene.

1 Innledning

Regjeringen har lenge arbeidet med å styrke kompetansen i kommunale omsorgstjenester og den pågående handlingsplanen kalles Kompetanseløftet 2015. Kompetanseløftet 2015 (K2015) er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene og en del av Omsorgsplan 2015. K2015 har pågått siden 2007. En underveisevaluering ble gjennomført av handlingsplanens første delperiode av NIFU og NIBR årene 2010 til 2013, resultatene kan leses i NIFU/NIBR-rapport 2012:3 ”Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting” og NIBR/NIFU rapport ”Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag av Evaluering av Kompetanseløftet 2015”. Resultater rapporteres også i årsmeldinger fra Omsorgsplan 2015.

1.1 Mål for andre planperiode

I underveisevalueringen av K2015 ble det arbeidet med et perspektiv om iverksetting og bruk av statlige virkemidler for å nå mål. Virkemidlene var både lover og andre reguleringer, økonomi og informasjon eller pedagogiske virkemidler.

Handlingsplanen ble karakterisert som å ha en kompleks målstruktur med en blanding av mål, delmål og virkemidler. Dette gjør handlingsplanen utfordrende, men samtidig fleksibel til bruk i iverksettingsprosessen. De økonomiske virkemidlene karakteriseres som beskjedne i forhold til omfanget av sektoren og viktige trekk ved iverksettingen er at den foregår innenfor et flernivåsystem der kommunene er selvstyrte enheter som tilpasser den nasjonale politikken til lokale forhold (Tjerbo m.fl. 2012:29-30). K2015 karakteriseres som en i all hovedsak vellykket handlingsplan. Mange av de sentrale målene ble oppnådd og iverksettingen fungerte bra.

Underveisevalueringen viste at samarbeidet mellom kommuner og fylkesmenn fungerte godt og kommunene startet opp et strategisk arbeid med bemannings- og kompetanseplaner. Dette har bidratt til at temaet fikk økt oppmerksomhet i kommunene. I 2012 ble det avdekket noen faktorer som er kritiske for måloppnåelsen:

1. Det er en god tilgang på høyskoleutdannet personell, særlig sykepleiere, men at det er en utfordring å få dem til å arbeide i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
2. Det er en svak rekruttering av helsefagarbeidere, færre enn antatt søker seg til læreplassene kommunene etablerer og det antas at dette vil fortsette å være en kritisk faktor framover.

3. Det kan spores regionale forskjeller i bemannings- og kompetanseprofil. Større kommuner lykkes bedre enn de minste, mens storbyene har utfordringer, og trolig er det slik at de som i utgangspunktet har god bemanning er de som er mest aktive i arbeidet med ytterligere rekruttering (Aamodt og Tjerbo 2012).

Målsettingene andre planperiode av K2015 er:

- 12 000 nye årsverk med fagutdanning i perioden 2008-2015
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene
- Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år
- Skape større faglig bredde
- Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Våre hovedproblemstillinger i evalueringen av K2015` andre planperiode er

- Samsvarer utviklingen i kommunene med målsettingen for K2015?
- I hvor stor grad kan utviklingen i kvalitet og kapasitet i omsorgstjenestene faktisk tilskrives K2015?
- Er gjennomføringen av K2015 organisert på en best mulig måte i forhold til målsettingen?

I dette underveisnotatet skal vi konsentrere oss om noen delspørsmål:

- Hvilke utdanninger har kommunene gjennomført og hvor mange har deltatt
- Kommunale planer for kompetanse i helse og omsorg
- Transaksjonskostnader i kommunene
- Viktigheten av K2015 for kommunene
- Konteksten for kommunal rekruttering av personell til helse og omsorg

1.2 Virkemidler i andre planperiode

Det er vekst i antallet årsverk i kommunal helse- og omsorgssektor (se kapittel 3). Tabell 1.1 viser samlet ramme for K-2015, samt hvor stor andel av rammen som fordeles via fylkesmannen. Midlene som fordeles via fylkesmannen er i stor grad midler kommunene kan søke om, men intervjuer med rådgivere hos fylkesmannen viser at det også fordeles midler til andre, for eksempel til høyskoler for gjennomføring av desentrale studier eller til gjennomføring av rekrutteringspatroljer innenfor «Bli-helsefagarbeider-satsningene».

Tabell 1.1 *Økonomisk ramme i Kompetanseløftet og tilskudd som kanaliseres gjennom fylkesmannen**

År/ Ramme for og tiltak under Kompetanseløftet	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Samlet ramme	152	155	161	258	270 + 19,5	299	311	350 + 52
Til fylkesmannsembetene	101	100	91	81	83	85	109	143

*Opplysningene om dette er gitt av Helsedirektoratet

Virkemidler i K2015 som fylkesmannen yter støtte til er å legge til rette for at kommuner kan videre- og etterutdanne alle typer personell innenfor aktuelle utdanninger, samt yte støtte til at medarbeidere kan ta aktuelle grunnutdanninger. Grunn, samt videre- og etterutdanning kan foregå på høgskolenivå, videregående skole-nivå, som fagskoleutdanning og som gjennomføring av kurs og opplæringer. Et viktig virkemiddel i dette arbeidet er desentraliserte høgskolestudier. Antallet elever og studenter som søker til og gjennomfører de forskjellige utdanningene er K2015` kontekst – uten søkere og studenter som faktisk tar utdanningene vil det ikke være kandidater for kommunene å rekruttere. Dette behandles i kapittel 3.

2 Kompetanseløftets treffsikkerhet

2.1 Innledning

NIBR og NIFU gjennomfører også evaluering av andre planperiode av K2015. Det er så langt gjennomført analyser av kontekst for utvikling i kommunene, denne presenteres i kapittel 3, det er gjennomført en spørreundersøkelse til alle kommuner og det er gjort intervjuer med rådgivere i alle fylkesmannsembeter. I dette notatet rapporteres det kort fra hovedfunn med fokus på effekter i kommunene.

Det er flere spørsmål vi har stilt som kan brukes til å si noe om Kompetanseløftets effekter og også treffsikkerhet i forhold til kommunale behov for kompetanse. Først og fremst vil resultater fra spørsmålet om kommunene oppfater at Kompetanseløftet har vært viktig for deres aktivitet for å utdanne og videreutdanne sitt personell vise dette. Dernest kan svar på spørsmålet om hvordan tilskuddene er brukt si noe om treffsikkerhet. Ettersom tilskuddene i Kompetanseløftet er små og ikke dekker de store utgiftene som for eksempel vikarutgifter, er graden av egne avsatte midler til etter- og videreutdanning også en indikator på at Kompetanseløftet er treffsikkert. Nedenfor presenteres disse resultatene.

2.2 Mangfold i kommunal sektor

Norske kommuner er demokratiske enheter som tar selvstendige beslutninger angående sin helse- og omsorgssektor og tilpasser den nasjonale politikken til lokale behov. Det vil si at de bidrar med prioriteringseffektivitet (KMD 2014). Kommunene er også av svært varierende størrelse, har ulike avstander til nærmeste store by og sentrum, samt til sykehus og vil ha ulikt behov for kompetanse for å gjennomføre oppgaver knyttet til helse- og omsorgssektoren. Det er for eksempel påvist sammenheng mellom kommunestørrelse og personellens utdanningsnivå (Aamodt og Tjerbo 2012).

Aamodt og Tjerbo (2012) viser at det er en sammenheng mellom kommunenes frie inntekter og andelen årsverk i pleie og omsorg. Hvis kommunene har mer enn 60 000 kr. i frie inntekter per innbygger har de nesten 50 prosent flere årsverk i pleie og omsorg enn kommuner med 20-30 000 kr. i frie inntekter per innbygger. Dette er en trend som ser ut til å fortsette: det er kommunene med de høyeste inntektene som har den største økningen i årsverk med relevant utdanning (Hagen mfl 2013).

Norske kommuner kjenner K2015. Oversikter fra fylkesmannen viser at det er 22-24 av 428 kommuner som ikke har utdannet noen i 2012 og som heller ikke hadde noen under utdanning i 2013. Dette er et veldig lite antall kommuner og de har trolig heller ikke søkt om midler. Det er noen regionale forskjeller og det er 5 kommuner som

ikke har utdannet noen og ikke har planer i Rogaland, og det er fire i Nordland og tre i Oppland. I intervjuer med rådgivere hos fylkesmannen kommer det fram at flere av kommunene som ikke har noen under utdanning, ikke har søkt fordi de ikke har kompetanse til å lage planer. De samme intervjuene viser at norske kommuner kjenner enkelttiltakene innenfor K2015, og tabell 2.2, som viser hvilke tiltak kommunene mener de har gjennomført i regi av K2015, viser at Eldreomsorgens og Demensomsorgens ABC er gjennomført i 92 prosent av kommunene.

Helsedirektoratets tall, publisert i Årsrapport 2011 for Omsorgsplan, viser at 6407 personer har tatt utdanning ved hjelp av midler fra Kompetanseløftet årene 2010 og 2011. Våre tall viser at 3697 personer har tatt utdanning i 2012.¹ For Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC er det 7174 som deltok i 2010 og 2011, våre tall viser at 2294 personer deltok i disse i 2012. Det var en økning fra 2010 til 2011, og denne fortsetter ikke i 2012. Så langt i våre analyser kan vi ikke si at dette er en gjennomgående trend da er det en nedgang på ca 100 deltakende personer mellom 2011 og 2012.

Når tallene grupperes regionalt ser vi at det er store forskjeller mellom fylker. Møre og Romsdal har utdannet flest sammenlagt (1816) og flest mht. ABCene (1134), mens Sogn og Fjordane har utdannet færrest (516). Så langt ser det også ut til at det er små kommuner og kommuner med middels og dårlig inntekt som i hyppigst har benyttet mulighetene som ligger i K2015. Eldreomsorgens og Demensomsorgens ABC fordeler seg nokså likt over hele spekteret av kommuner, men de mest sentralt beliggende kommunene kurser flere medarbeidere i ABCene enn de gir støtte til andre typer utdanninger. Usentralt beliggende kommuner utdanner få, men ofte sine medarbeidere i desentrale utdanninger, og de videreutdanner ofte sitt høyskoleutdannede personell. Regionale forskjeller mht. personer i utdanninger og andre former for opplæringsløp, vises i tabell 2.1.

¹ Dette omfatter hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere, fagskoleutdanninger og videreutdanning.

Tabell 2.1 *Antall ansatte som har fullført utdanning ved hjelp av Kompetanseløftet i perioden 2010-2012*

Region	Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC, 2010-2012	Annen utdanning 2010-2012	Samlet antall 2010-2012
Akershus	645	815	1460
Aust Agder	551	181	732
Buskerud	721	756	1477
Finnmark*	229	294	523
Hedmark	613	697	1310
Hordaland	613	1054	1667
Møre og Romsdal	1134	682	1816
Nord Trøndelag	701	367	1068
Nordland	871	622	1493
Oppland*	385	325	710
Oslo	147	652	799
Rogaland	655	557	1212
Sogn og Fjordane*	173	343	516
Sør Trøndelag	382	467	849
Telemark	235	441	676
Troms	368	355	723
Vest Agder	505	393	898
Vestfold	301	718	1019
Østfold	339	385	724
Sum	9568	10104*	19672

*Mangler data for noen kommuner i 2012.

Tabell 2.2 viser tall fra surveyen som er gjennomført i 2013 og viser hvor mange kommuner som er enige i, mener både og, og som er uenige i at de har brukt tilskuddsmidler til bestemte tiltak. Kategorien enig er slått sammen av helt enig og enig, kategorien uenig er slått sammen av uenig og helt uenig.

Tabell 2.2 *Tiltak tilskuddene er brukt til i kommunene i 2013* Prosent, hele tall i parentes (N=201-242)

Tiltak i kommunene	Enig	Både og	Uenig	Uaktuelt/ vet ikke	Total
Finansiert kurs (ABCer)	92 (219)	1 (3)	4 (10)	3 (7)	100 (239)
Støtte til etter- og videreutdanning	91 (224)	2 (5)	5 (12)	2 (6)	100 (242)
Tilskudd til utdanning til helsefagarbeider	82 (194)	4 (10)	9 (21)	5 (13)	100 (238)
Støtte til desentraliserte høgscoleutdanninger	77 (177)	3 (6)	13 (31)	7 (17)	100 (231)
Tilskudd til semesteravgifter	72 (164)	4 (10)	16 (37)	8 (19)	100 (229)
Støtte til fagscoleutdanning	71 (163)	7 (16)	12 (27)	10 (22)	100 (228)
Bokstipender	63 (139)	7 (16)	19 (42)	11 (25)	100 (222)
Støttet praksisperioder	53 (118)	10 (23)	27 (60)	9 (20)	100 (221)
Styrket internopplæringen	50 (105)	19 (41)	22 (46)	9 (20)	100 (212)
Brukt midler til vikarer	32 (67)	15 (32)	43 (89)	10 (21)	100 (209)
Leid inn foredragsholdere	30 (62)	9 (18)	41 (84)	21 (43)	100 (207)
Hospitering	22 (45)	11 (23)	50 (103)	18 (38)	100 (208)
Støtte til språkopplæring	6 (12)	4 (8)	60 (121)	30 (60)	100 (201)

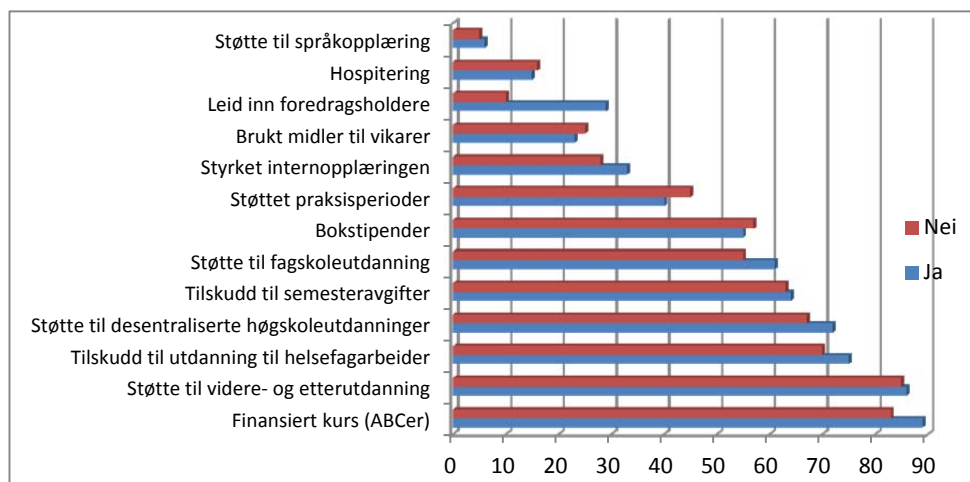
- 92 prosent av kommunene mener de har gjennomført kurs som inkluderer opplæringsverktøyene Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC
- 91 prosent mener de har brukt av K2015-midler til å gi støtte til etter- og videreutdanning
- 82 prosent mener de har gitt tilskudd til utdanning til helsefagarbeider
- 77 prosent har ytt støtte til desentraliserte høgscoleutdanninger

Eldreomsorgens og Demensomsorgens ABC ser ut til å være vellykkede tiltak i kommunene. Det oppfattes i stor grad at det er behov for disse opplæringene for alle aktuelle utdanningsgrupper i kommunene, samt for personell uten formell utdanning. ABCene gjennomføres i kommunene for alle disse gruppene personell. Det er likevel en nedgang i opplevd behov fra 2008 for høgscoleutdannet personell og personell med videregående utdanning, mens det er en økning for personell uten formell utdanning de samme årene.

Også på andre områder ser trenden ut til å være at kommuner utdanner personell i tråd med behovene de mener de har. Av rent praktiske tiltak for å få personell til å videreutdanne seg, samt ta kurs og lignende, ser vi at 72 prosent av kommunene mener de betaler semesteravgift for sitt personell under utdanning og 63 prosent at de gir bokstipender. De styrker også internopplæringen sin og leier inn foredragsholdere, samt at de bruker av midlene til vikarer. 22 prosent oppgir at de bruker midler på hospitering og 6 prosent på språkopplæring.

I figur 2.1 har vi koblet de som er helt enige i at de har brukt penger på tiltakene som er vist i tabell 2.2 med de som har satt av egne midler til etter- og videreutdanning. Den røde kolonnen er de som svarer nei på spørsmålet om de har satt av egne midler, mens den blå kolonnen er de kommunene som har svart ja.

Figur 2.1 Forskjeller i bruk av tilskuddene i Kompetanseløftet etter om kommunen har avsatt egne midler til etter- og videreutdanning (N=199-239)



Som det kommer fram av figuren er det ikke så veldig store forskjeller. Mest markant er det at flere kommuner som har satt av egne midler til etter- og videreutdanning også leier inn foredragsholdere, enn kommuner som ikke har satt av egne midler. Den forskjellen er på nesten 20 prosent. Derneft er det markant flere kommuner som setter av egne midler som også yter støtte til ABC-utdanninger enn kommuner som ikke setter av egne midler (6 prosent). Ellers er det noen flere som har gitt språkopplæring, styrket internopplæringen sin, gitt støtte til fagskoleutdanninger, støtte til semesteravgifter, støtte til desentraliserte høyskoleutdanninger, gitt tilskudd til helsefagarbeiderutdanninger og støttet etter- og videreutdanning blant dem som har satt av egne midler. Det ser altså ut til Kompetanseløftet ansporer kommunene også til å ta i bruk egne midler.

Ved slutten av evalueringen av første planperiode for Kompetanseløftet 2015 ble Samhandlingsreformen iverksatt. Samhandlingsreformen er en retningsreform og skal, ved bruk av ulike typer virkemidler, legge til rette for blant annet mer aktivitetsbasert omsorg.

Vi spurte et spørsmål i surveyen om Samhandlingsreformen hadde medført at kommunene hadde endret sitt behov for kompetanse. 75 prosent av kommunene som har svart på spørsmålet (257) mener den har det, og hovedbegrunnelsen deres er at reformen krever annen kompetanse, derneft at pasientene er sykere nå enn de var tidligere. Mønsteret er likevel at behovet for kompetanse er det samme nå som i 2008. Det oppleves å være størst for sykepleiere, derneft for helsefagarbeidere og vernepleiere. Etterspørselen etter utdanningsgrupper som ergoterapeuter og fysioterapeuter, som er de som peker mot at omsorgen i større grad aktivitetsbaseres, er fortsatt lav selv om den har steget noe. Det er utviklet et utdanningsprogram innenfor aktiv omsorg. Av kommunene som har svart på spørsmålet om de har behov for at deres personell tar opplæring i aktiv omsorg (261) er det 56 prosent som svarer at de har behov for at personell uten formell utdanning har slik opplæring, mens 53 prosent mener personell med videregående utdanning har behov for dette og 40 prosent mener deres høyskoleutdannede personell har behov for det.

2.3 Kommunale kompetanseplaner

I arbeidet med å rekruttere riktig og nok arbeidskraft innenfor brukerrettede helse- og omsorgstjenester, og ikke minst i arbeidet med å se hva en kan trenge i framtiden, er det viktig med kommunale planer på feltet. En plan for rekrutterings- og/eller kompetansebehov er en måte for kommunene å forholde seg strategisk til utfordringer nå og i framtiden. I det følgende skal vi se nærmere på kommunenes bruk av planer på dette feltet.

Andelen kommuner som har en egen kompetanse- og/eller rekrutteringsplan har økt fra 71 prosent i 2008 til 82 prosent i 2013. Dette er en markant økning på de fem årene. At 82 prosent av kommunene har en kompetanse- og/eller rekrutteringsplan betyr likevel at 18 prosent av kommunene ikke har det. Med tanke på at denne typen planer er et kriterium for å få tildelt kompetansemidler er dette et interessant funn. Når vi ser på om planen er politisk behandlet er den det i under halvparten av kommunene. Andelen kommuner med en politisk behandlet plan har økt litt fra 40 prosent i 2008 til 43 prosent i 2013.

Flere rådgivere hos fylkesmannen fremhever at det er store forskjeller mellom kommunene i forhold til planarbeidet. Når vi deler inn kommunene etter størrelse er det forskjeller mellom kommunegruppene i forhold til hvilke kommuner som har egne kompetanse- og/eller rekrutteringsplaner. Forskjellene er imidlertid ikke systematiske. I kommunegruppa med mer enn 30 000 innbyggere finner vi at alle kommunene som har svart på undersøkelsen har en kompetanse- og/eller rekrutteringsplan. I kommunegruppa med 2001-5000 innbyggere finner vi den laveste andelen kommuner med kompetanse- og/eller rekrutteringsplan. Her er andelen 77 prosent. Dette stemmer også med funnene fra intervjuer med rådgivere hos fylkesmannen. Her fremhever informantene at det er forskjell mellom kommunene, og at dette noen ganger har med størrelse å gjøre, men ikke alltid:

Ja, de kommunene som har en viss størrelse har ofte et planverk som er mer tydelig. En annen ting er at noen av de små kommunene jobber veldig bra, men de har en muntlig tradisjon på alt de driver med (05.12.13).

Selv om andelen kommuner som har en egen kompetanse- og/eller rekrutteringsplan er nokså høy når vi ser på hele landet, så er det regionale forskjeller. I tre fylker, Buskerud, Vest-Agder og Sør-Trøndelag har alle kommunene som har svart på undersøkelsen egne planer. Finnmark er det fylket med lavest andel kommuner med en egen plan. Det er imidlertid en viss usikkerhet knyttet til tallene fra Finnmark. I dette fylket var svarprosenten lav, og noen få kommuner i en av kategoriene kan gi store prosentvise utslag i en figur som denne. I Rogaland og Hordaland er andelen kommuner med kompetanse- og/eller rekrutteringsplaner også lav med henholdsvis 63 prosent i Hordaland og 67 prosent i Rogaland.

På fylkesnivå er det store forskjeller mellom kommunene i forhold til om planen er behandlet politisk eller ikke. Troms er det fylket der den største andelen, hele 90 prosent av kommunene som har en plan, har behandlet den politisk. Hedmark og Buskerud er de fylkende med laveste andelen kommuner med politisk behandlede

planer, her har rundt ti prosent av kommunene med planer behandlet dem politisk. Det varierer altså i hvilken grad planene er forankret på politisk nivå.

2.4 Transaksjonskostnader

Problemstillingene i evalueringen retter også fokuset mot de kostnadene som er forbundet med å administrere ordningen (transaksjonskostnadene). Disse skal vurderes opp mot både hvilken effekt tilskuddene har hatt og hvilken effekt en alternativ og forenklet overføring av de samme midlene kunne gitt. Dette blir derfor også en vurdering av hvilke positive effekter den regionale tilpasningen som gjennomføres av fylkesmannen har, og en vurdering av disse effektene i forhold til den tid og de ressurser som fylkesmennene setter inn for å administrere ordningen, samt de ressursene kommunene må benytte for å imøtekomme kravene til søknadene.

Kommunene

De viktigste spørsmålene som kan si noe om transaksjonskostnadene ved dagens organisering er spørsmål som handler om hvor mye arbeid kommunene har hatt med å søke om midler, og i hvilken grad de føler at de har fått nok midler sett i forhold til arbeidet med søknaden. I spørreskjemaundersøkelsen har vi bedt kommunene om å ta stilling til forskjellige påstander. En av påstandene er at «arbeidet med å administrere midlene ikke samsvarte med størrelsen på tilskuddet». Her svarer hele 46 prosent at de er uenig i denne påstanden. Det betyr at nær halvparten mener at jobben med å administrere midlene ikke overgår det de faktisk får ut av midlene. 29 prosent er enige i påstanden, og mener at arbeidet med å administrere midlene ikke samsvarer med størrelsen på tilskuddet. 25 prosent svarer «både og» på denne påstanden. I ett fylke har alle kommuner utenom to søkt kompetansetilskudd. I følge rådgiveren søkte de to kommunene ikke fordi de mente at det var for mye arbeid sammenlignet med hva de fikk ut av det:

De to siste kommunene sier de ikke synes det er bryet verdt å søke fordi det er så lite midler (05.12.13).

Et annet spørsmål fra surveyen som kan illustrere Kompetanseløftets transaksjonskostnader fra kommunenes ståsted, er følgende påstand: «Vi synes at vi har fått for lite midler sammenlignet med andre kommuner når man tar hensyn til kommunens størrelse». På denne påstanden er fordelingen jevnere enn ved forrige påstand. En av tre kommuner er uenig i påstanden, og mener at de **ikke** har fått for lite midler sammenlignet med andre kommuner når man tar hensyn til kommunenes størrelse. En av fem kommuner er enige i påstanden, mens 37 prosent svarer «både og» på denne påstanden. Her svarer kommunene altså ikke like entydig som de gjorde angående påstanden over.

Fylkesmannsembetet

Et gjennomgående funn i intervjuene med rådgivere hos fylkesmannen er at de i stor grad bistår kommunene i forhold til å få godt utbytte av disse midlene. Nær alle rådgivere vi har intervjuet forteller at de har purret kommuner for å få dem til å søke. Det kan virke som om rådgiverne hos fylkesmannen utøver en stor jobb i arbeidet med å informere kommunene, og få dem til å søke om midler. Følgende sitater er

hentet fra et intervju med en rådgiver hos fylkesmannen, og illustrerer godt hvor langt de strekker seg for å få kommunene til å søke.

Vi har årlige konferanser hvor også Kompetanseløftet er oppe som tema. [] Så har vi opprettet forskjellige kompetansenettverk og ressursgrupper, hvor alle er informert om Kompetanseløftet. Så har vi informasjon på hjemmesidene våre, og vi har kontaktpersoner i hver kommune som vi sender informasjon om kompetanseløftet til. Ved utlysning så sender vi det både til postmottak og rådmann slik at alle skal være informert. [] Og så har vi gitt tilbud om veiledning i forhold til utarbeidelse av kompetansehevingsplan, for vi stiller krav om at det må legges ved en kompetansehevingsplan når de søker om midler. Og så informerer vi om hva andre kommuner har gjort og kobler kommuner sammen som har liknende utfordringer, slik at de kan gå sammen om å opprette utdanningstilbud. [] (20.11.13)

Det er helt tydelig at rådgivere hos fylkesmannen står på for at kommunene skal søke om midler. Informantene er også opptatt av at kommunene skal søke om midler til «riktige» ting, og at det skal være ledelsesforankret.

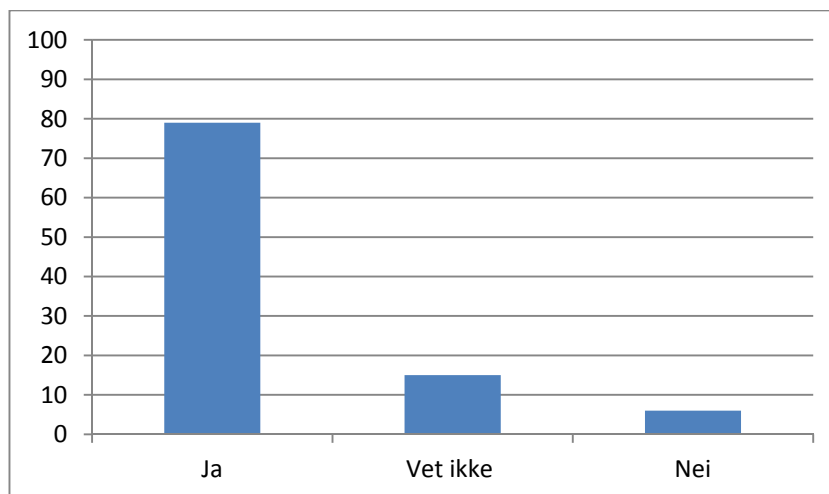
Når en tenker på transaksjonskostnader ved Kompetanseløftets organisering viser våre foreløpige funn at fylkesmannsembetet gjør en stor jobb for å få kommunene til å søke om midler, bruke midlene og rapportere på midlene. En fordel med dagens organisering av tilskuddet er at det ser ut til at rådgiverne som jobber med dette hos fylkesmannen, også jobber med andre tilskudd innenfor samme felt, og dermed kan se dem i sammenheng.

Analysene i denne rapporten er foreløpige funn i en større evaluering av Kompetanseløftet 2015. Intervjuer i kommunene vil gi oss mer informasjon om hvordan kommunene selv ser på transaksjonskostnadene ved denne typen organisering framfor en organisering der kommunene for eksempel får midler basert på innbyggertall.

2.5 Kommunenes nytte av K2015

Så langt i våre analyser ser det ut til at K2015 er et nyttig og viktig virkemiddel for kommunene og at de tar det i bruk i tråd med det behovet de oppfatter at de har for kompetanse i sitt omsorgsarbeid. Vi har også spurt kommunene direkte om de mener at K2015 er viktig for dem.

Figur 2.2 *Andel kommuner som mener Kompetanseløftet har vært viktig for deres arbeid med utdanning og etterutdanning av personell** (N=227)



*Spørsmålet er stilt: Ville din kommune utdannet/etterutdannet om lag like mange uten midler fra Kompetanseløftet? Svaralternativene var Ja, nei, vet ikke.

Det er en stor majoritet på 79 prosent av kommunene som svarer på spørsmålet som mener at K2015 er viktig for deres arbeid med utdanning og etterutdanning av personell.

2.6 Foreløpig om effekter

Det kan se ut til at K2015 er nødvendig for at kommunene, særlig de små og usentralt beliggende, skal få tilgang til den kompetansen de har behov for. Et hovedsikte i evalueringen er å skille effekter av K2015 fra effekter som kan stamme fra andre forhold. Disse andre forholdene kan for eksempel være

- kommunenes økonomiske situasjon
- kommunenes plankompetanse
- økningen i frie inntekter i perioden
- spillover effekter fra Samhandlingsreformen og Omsorgsplan 2015.

Så langt ser det ut til at kommunenes økonomiske situasjon spiller inn på den måten at de med lave frie inntekter per capita i stor grad benytter seg av mulighetene i K2015, og noe oftere enn andre kommuner. Kommuner som er usentralt beliggende utdanner også oftere personell ved hjelp av K2015. Samtidig kan kommunenes plankompetanse spille inn. Det ser vi ved at det, blant de kommunene som ikke har søkt, påpekes av rådgivere hos fylkesmannen at dette skyldes mangel på plankompetanse. Det pekes også på at søknader blir bedre når kommuner har tatt skritt for å bedre plankompetansen sin. Å søke eller ikke søke midler fra K2015 kan likevel være en regional forskjell som også er et resultat av skjønn som utøves av fylkesmannens rådgivere.

K2015 er en del av Omsorgsplan 2015 og skal bidra til å øke kompetansen i kommunene slik at de enklere kan gjennomføre tiltak i Omsorgsplanen. Omsorgsplanen og K2015 som virkemidler ses i sammenheng av rådgiverne hos fylkesmannen, som også holder kontakt med kommunene om både den overordnede planen og K2015 samtidig. Det vil dermed være spillovereffekter av Omsorgsplan på K2015, og så langt vi foreløpig ser i kommunene bidrar begge til at kommunene holder fokus på kompetanse og oppdatering av kompetanse. Effekter av økning i kommunal inntekt har vi foreløpig ikke grunnlag til å si noe om.

Det vi kan si er at Kompetanseløftet 2015 og dets enkelttiltak så langt ser ut til å være vellykkede pedagogisk virkemidler for å få kommunene til å rette sin oppmerksomhet mot kompetanse og kompetanseheving, samt strategier for å rekruttere personell med rett kompetanse. Det vi kan kalle handlingsorienteringen i virkemiddelet, stimuleringsmidlene som ytes kommunene via fylkesmannen, ser ut til å fungere godt og får kommunale beslutningstakere til å ta tak i kompetanseutfordringene de har i de brukerrettete helse- og omsorgstjenestene. Kravet til kommunene om at de faktisk skal søke for å få tilgang til midler ser også ut til å bidra til dette. Rådgiverne hos fylkesmannen oppfatter at den regionale koordineringen av tilskuddene og det skjønnet de utøver, medfører at midlene tilpasses lokale behov. Dette er mulig blant annet fordi de kjenner kommunene godt og dermed også kjenner deres historie mht. utdanning og kompetanseheving av personell innenfor disse tjenestene.

3 Sysselsetting og kompetanse - utviklingstrekk

3.1 Innledning

I evalueringen av første del av K2015 ble det jevnlig gjort analyser av det vi har valgt å kalle konteksten for kommunenes arbeid med å rekruttere personell og heve personellens kompetanse, nemlig andelen elever og studenter som søker seg til og uteksamineres fra de forskjellige utdanningene innenfor helse og omsorg og årsverk i kommunene. I 2012 ble det rapportert at antallet årsverk i brukerrettet pleie og omsorg hadde økt med 18 000, at kommunene i stor grad fikk dekket sitt behov for personell med treårig høgskoleutdanning, men at søkningen til helsefagarbeideropplæringen var lav (Tjerbo m. fl. 2012). I dette kapittelet skal vi se at denne trenden fortsetter.

3.2 Hovedtrekk

Tabell 3.1 *Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg perioden 2008-2012*

År	Sysselsetting	Avtalte årsverk
2008	162105	115549
2009	163880	117689
2010	167404	120433
2011	170775	123154
2012	173068	125487

I perioden 2008 til 2012 økte tallet på avtalte årsverk med 9938 eller 8,6 prosent mens antall sysselsatte bare har økt med 10963 eller 6,8 prosent. Dette betyr en liten økning i den gjennomsnittlige stillingsprosenten (årsverk per sysselsatt) fra 71,3 prosent i 2008 til 72,5 i 2012. Dermed fortsetter trenden fra tidligere år med en sterkere vekst i avtalte årsverk enn i sysselsettingen.

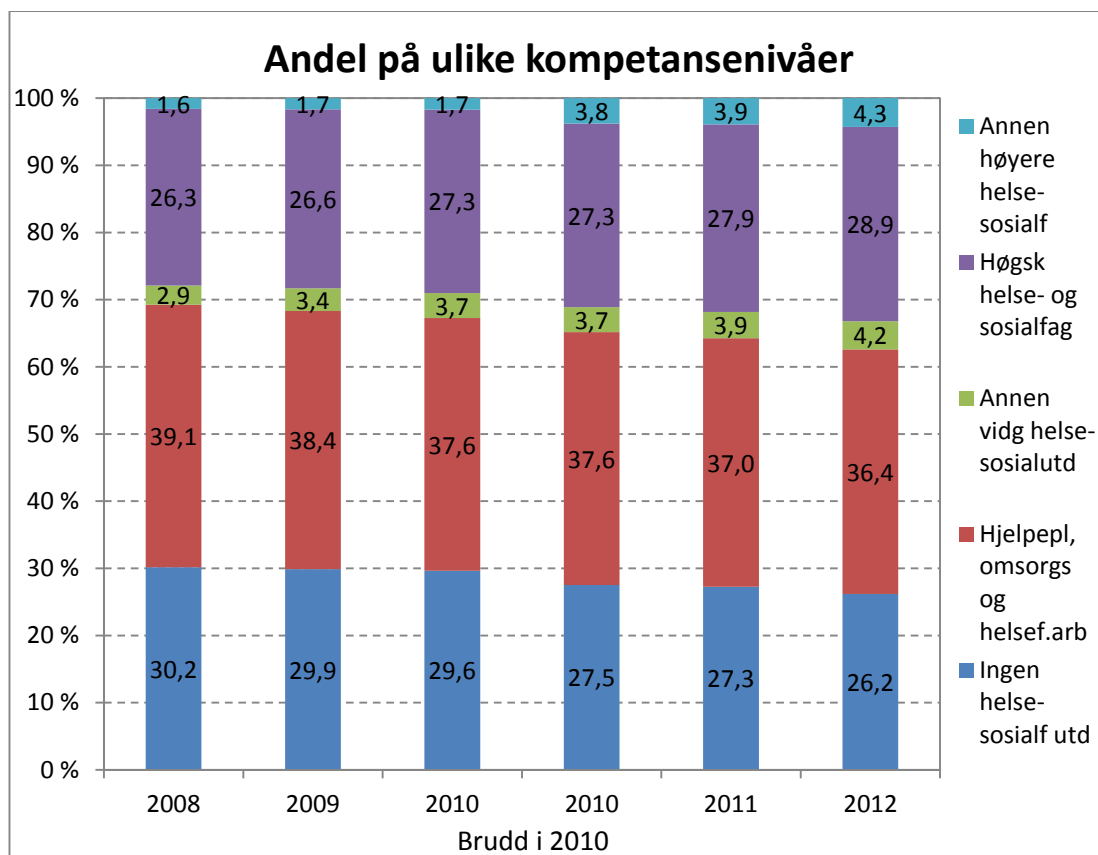
Kompetanseløftet har et delmål om 12000 nye årsverk i perioden 2008 til 2015. Fordøles disse årsverkene jevnt utover i perioden, innebærer det 1715 nye årsverk per år i perioden. Økningen i antall avtalte årsverk i perioden 2008-2012 var på 9938 årsverk, noe som innebærer en årlig økning på 2485 årsverk. Dermed synes man å være på god vei til å oppnå denne målsettingen.

Et annet delmål for perioden 2011-2015 er å «heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenesten». Det ser vi nærmere på i neste avsnitt.

3.3 Kompetansegrupper

Kompetanseløftet har for periodene 2011-2015 en målsetting om å heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene. Tabell 3.1 viser hvordan avtalte årsverk fordelte seg på ulike kompetansegrupper i perioden 2005-2012. Vi gjør oppmerksom på at endringer i tallgrunnlaget fra og med 2010, fører til at noe flere personer fanges opp i gruppen faglært og medfører et lite brudd i tidsserien i 2010. Tidligere var inndelingen basert på rendyrket uttrekk av helse- og sosialutdanninger. Grupperingen etter utdanning følger nå KOSTRA. I KOSTRA brukes både rene utdanningsgrupperinger og grupperinger som er en kombinasjon av utdanning og yrke. Omleggingen fører til at gruppen uten helse- og sosialfag utdanning går ned fra 29,6 til 27,5 og at gruppen annen høyere helse- og sosialutdanning øker fra 1,7 til 3,8. En figur kun basert på «gammel» gruppering finnes i vedlegg.

Figur 3.1 *Avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg etter kompetansenivå 2008-2012*



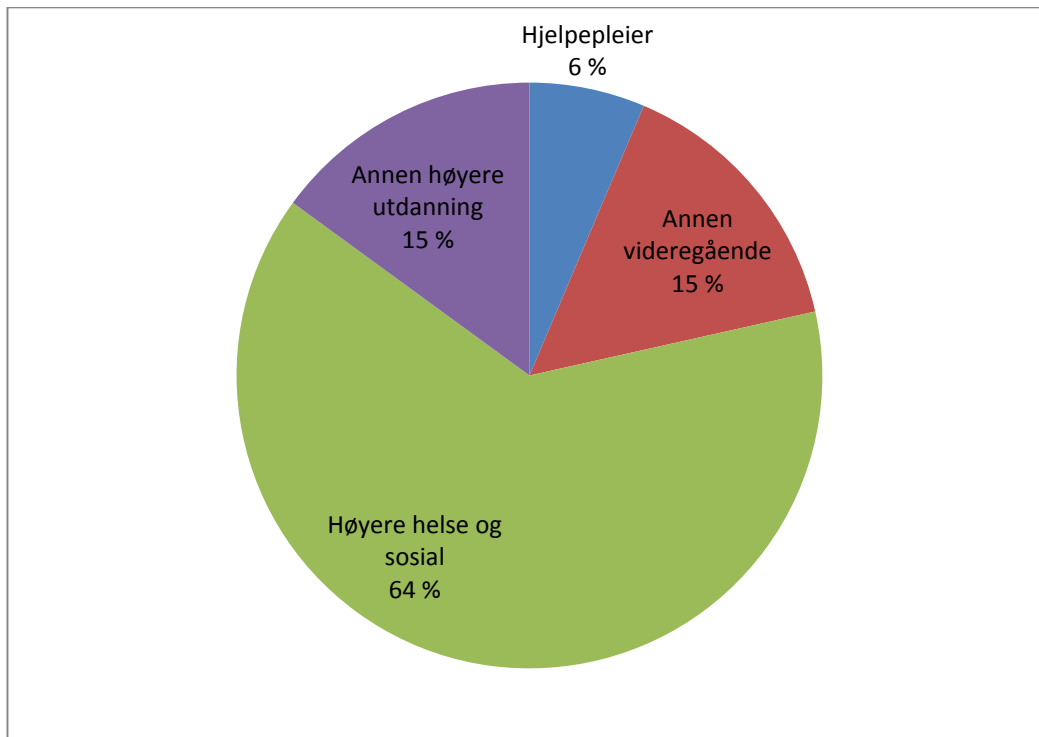
Det nye oppsettet gir først og fremst en nedgang i andelen uten helse- og sosialfaglig utdanning fra 29,9 til 27,5 prosent i 2010. Videre er det en økning i andelen i annen høyere helse- og sosialfaglig utdanning fra 1,5 til 3,8 prosent. Holder vi fast ved det gamle opplegget, så ser vi at andelen med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag har økt fra 24,9 prosent i 2005 til 29,2 prosent i 2012. Denne økningen er trolig for svak

til at til at andelen vil øke med 10 prosentpoeng i perioden 2005 til 2015. Hvis målet skal nås, må andelen årlig øke med mer enn ett prosentpoeng.

Andelen med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag (sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, og andre treårige helse- og sosialfagsutdanninger), har økt fra 27,3 prosent i 2010 til 28,9 prosent i 2012 (se figur 3.1) og andelen i annen høyere helse- og sosialfaglig utdanning har økt fra 3,8 til 4,3 prosent i samme periode. Dette innebærer at andelen av personalet med en høyere utdanning har økt fra 31,1 prosent i 2010 til 33,2 prosent i 2012. Andelen hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere har imidlertid gått ned fra 37,6 til 36,4, men denne nedgangen er delvis kompensert av en økning i andelen med annen videregående helse- og sosialutdanning fra 3,7 til 4,3 prosent. I samme periode har andelen uten fagutdanning gått ned fra 27,5 til 26,2 prosent. At andelen uten fagutdanning går ned, er en ønsket utvikling. Imidlertid er det grunn til bekymring når det gjelder gruppen hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som også viser en fallende tendens.

Figur 3.2 viser hvordan veksten i fagutdannet personell i perioden 2010 - 2012 fordeler seg på ulike kompetansegrupper. Sykepleierne alene sto for 44 prosent av årsverksveksten mens personell med en annen treårig høgskoleutdanning innenfor helse- og sosialfaglig utdanning (vernepleiere, ergoterapeuter, sosionomer osv.) sto for ca. 20 prosent av årsverksveksten. Personer med annen høyere helse- og sosialfaglig utdanning enn de tidligere nevnte, sto for 15 prosent av årsverksveksten. Det er først og fremst personer med annen videregående helse og sosialfagutdanning som bidrar til at det i det hele tatt er noen vekst i årsverkstallene blant personer med en fagutdanning på videregående skoles nivå.

Figur 3.2 *Årsverksvekst blant fagutdannet helse- og sosial personell 2010-2012 etter utdanningsbakgrunn*

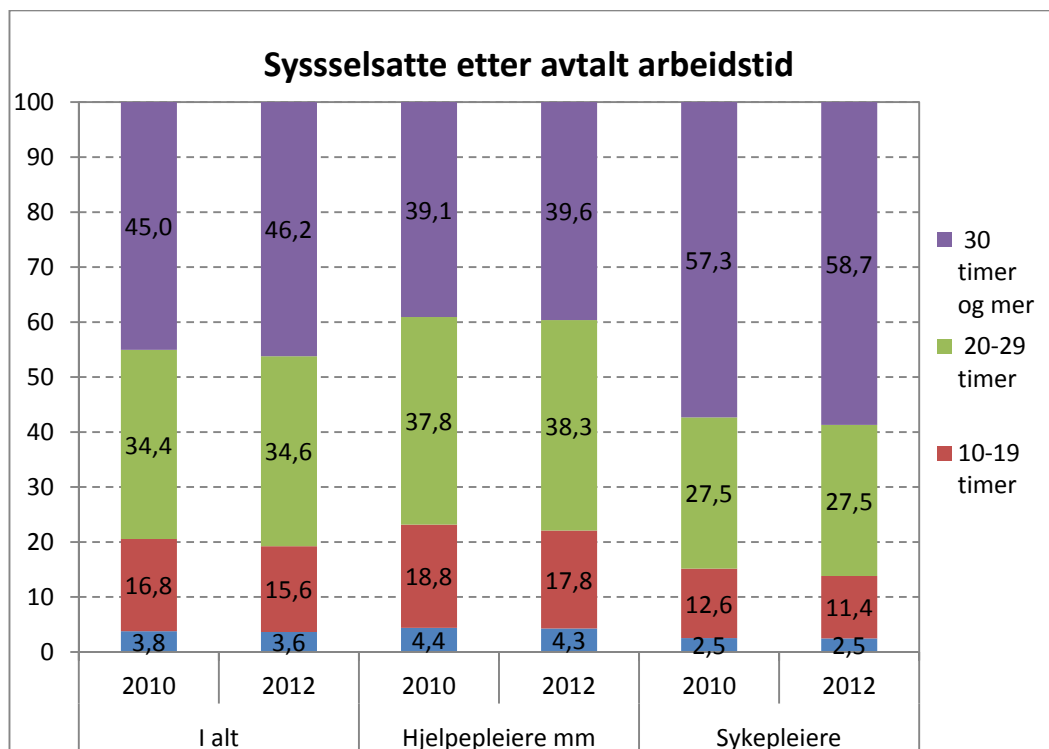


3.4 Arbeidstid og stillingsprosent

Det er ingen uttalte delmål i K2015 for perioden 2011-2015 som handler om at arbeidstiden bør øke eller at arbeidstakere i brukerrettet pleie og omsorg bør tilbys større stillinger. Likevel er dette noe vi ser på i evalueringen.

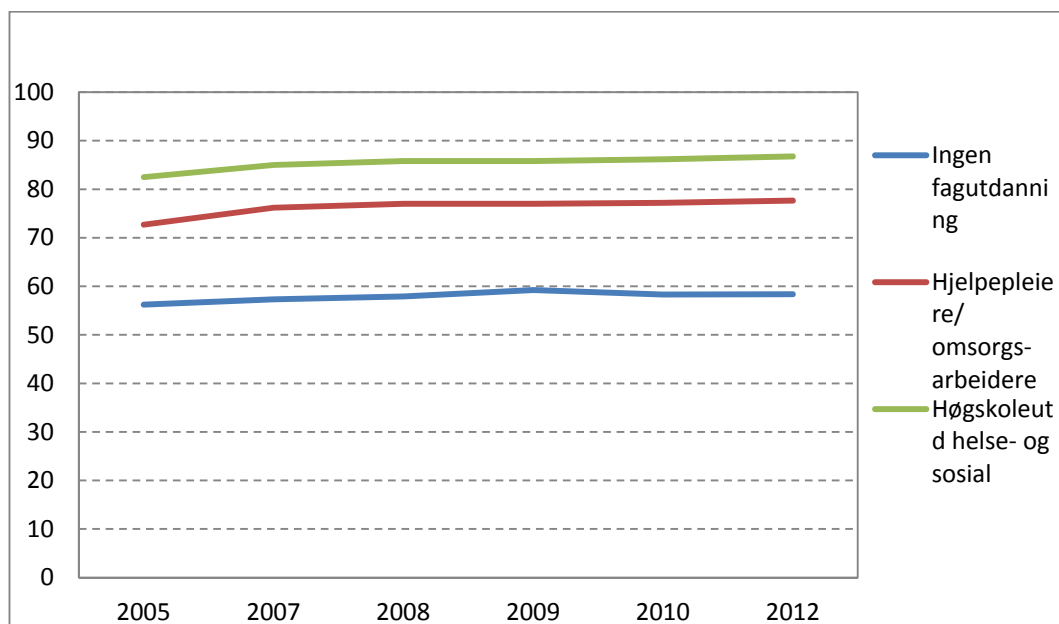
Figur 3.3 viser den avtalte ukentlige arbeidstiden for sykepleierne og hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere i 2010 og 2012. Vi ser at andelen med en arbeidstid på mindre enn 20 timer per uke er lav, og gikk ned fra 20,4 prosent i 2010 til 19,2 prosent i 2012 og andelen med en arbeidstid på 30 timer eller mer økte fra 45,0 i 2010 til 46,2 i 2012 når vi ser gruppene samlet. Videre ser vi at andelen med 30 timer eller mer per uke er betydelig høyere blant sykepleiere enn blant hjelpepleiere.

Figur 3.3 *Sysselsatte sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgs- eller helsefagarbeidere i brukerrettet pleie og omsorg etter avtalt arbeidstid 2010 og 2012*



Figur 3.4 viser den gjennomsnittlige stillingsprosenten for de ulike gruppene (antall årsverk per sysselsatt).

Figur 3.4 *Gjennomsnittlig stillingsprosent for utvalgte utdanningsgrupper*



Vi ser det er et klart hierarki når det gjelder gjennomsnittlig stillingsprosent. Personer uten fagutdanning hadde i 2012 den laveste stillingsprosenten med 58,4 prosent av full stilling, deretter kommer hjelpepleiere med 77,6 prosent og til slutt kommer personell med en høskoleutdanning i helse- og sosialfag med en stillingsprosent på 86,7. Det er en utflating av kurvene for fagutdannet personell noe som indikerer at det begynner å bli færre årsverk å hente fra de allerede sysselsatte. Veksten i årsverk vil i fremtiden vil i stor grad måtte skje gjennom nyrekruttering.

Fra 2010 til 2012 økte antall sysselsatte med 5664 personer mens antall avtalte årsverk økte med 5054. Dersom de sysselsatte hadde hatt uendret avtalt arbeidstid i perioden, ville årsverksøkningen bare vært 4534. Dette betyr at 1130 årsverk eller ca. en firedel av årsverksveksten kan tilskrives at de sysselsatte økte stillingsprosenten noe i perioden 2010 til 2012.

3.5 Utdanning av fagpersonell

Delmål for Kompetanseløftet 2015 for perioden 2011-2015 som vi skal se nærmere på i dette avsnittet er:

- heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenesten
- skape større faglig bredde
- styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning
- Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsearbeidere per år

En målsetting i Kompetanseløftet er å heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenesten. Det kan gjøres på flere måter. Man kan rekruttere flere med en helse- og sosialfaglig utdanning inn i sektoren, man kan utdanne personell som allerede er innenfor sektoren, men mangler helse- og sosialfaglig kompetanse (f.eks. kvalifisering til helsefagarbeider) eller man kan gjøre begge deler. For de som allerede har en fagutdanning fremheves kompetanseheving gjennom videreutdanning også som et viktig virkemiddel for å stabilisere personellsituasjonen.

Skal man rekruttere mer fagpersonale til sektoren, må det være noen å rekruttere. I St.meld. nr. 25 (2005-2006) s. 75 påpekes det at en forutsetning for en økning i andelen faglærte i sektoren, er at «utdanningskapasiteten på høskolenivå fortsatt holdes høy. Det kan se ut som man har maktet det, andelen av personellet som har høskoleutdanning har økt i perioden 2005 til 2012. Tilgangen på helsefagarbeidere har vært et problem etter overgang fra hjelpeleier og omsorgsarbeiderutdanningene.

3.6 Fagpersonell på videregående nivå

3.6.1 Søkning, opptak og antall uteksaminerte kandidater

Man kan bli helsefagarbeider hovedsakelig på to måter. Enten kan man gjennomføre to år i skole og to år som lærling før man tar fagprøven. Alternativt kan man gå opp til fagprøven som såkalt praksiskandidat. Det er et tilbud til ufaglærte som har minst

fem år «i allsidig praksis fra fagområdet». Ordningen er forankret i § 3-5 i Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringslova 1998).

I tillegg til disse to veiene til fagprøve, finnes det en tredje vei – Vg3 i skole. Det er opprinnelig ment som et tilbud til elevene som ikke får læreplass, og er ett ettårig tilbud med en blanding av praksis og skole som skal lede fram til en fullverdig fagbrev. I helsearbeiderfaget er det likevel en del eksempler på at man har startet egne løp for Vg3 i skole innrettet mot voksne. Dette gjør at det er langt flere som oppnår fagbrev etter Vg3 i skole i helsearbeiderfaget (10 prosent i 2012) enn det er for snittet for alle fag (2,5 prosent).

Som vist til tidligere, er det estimert at man trenger omtrent 4 500 nye helsefagarbeidere hvert år, og målet er at 1 500 av disse skal rekrutteres som ungdom og 3000 via voksenopplæringen, eller praksiskandidatordningen (St.meld. nr. 25 (2005-2006)).

I 2012 ble det avlagt i alt 2 219 fagprøver i helsearbeiderfaget. Det vil si i underkant av 50 prosent av det estimerte målet. De første startet utdanning i det nye helsearbeiderfaget høsten 2006, og var ferdigutdannet i 2010. Hvis vi ser på utviklingen fra 2010 får vi følgende utvikling:

Tabell 3.2 *Antall fagprøver i helsearbeiderfaget **

	2010	2011	2012
Elev	74	168	227
Lærling	649	946	1011
Praksiskandidat	658	886	981
Sum helsearbeiderfag**	1402	2032	2263
Omsorgsarbeidere	247	161	105
Sum omsorgsarbeidere og helsearbeiderfag	1628	2161	2324

* måles fra oktober til oktober, det vil si at 2010 er oktober 2009-oktober 2010

**summen er noe høyere på grunn av ikke alle er registrert som elev, lærling eller praksiskandidat

Hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen ble avvirket med siste kull fra 2006. Det utdannes fortsatt omsorgsarbeidere etter Reform 94-modellen. Dette er i hovedsak praksiskandidater. Antallet som tar fagprøve som omsorgsarbeidere er nedadgående.

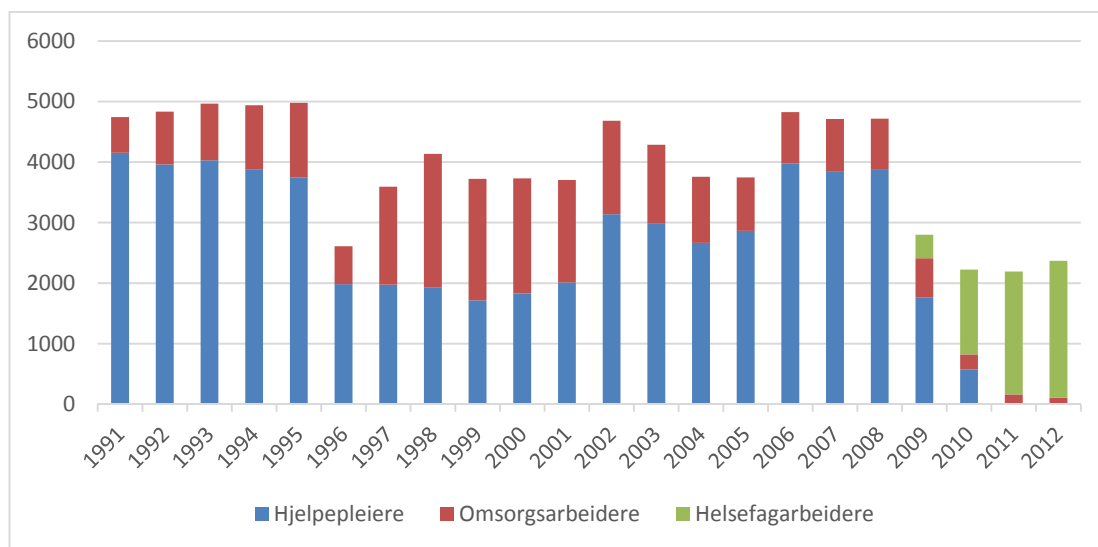
Den generelle trenden er at det har vært en viss økning i antallet som tar fagprøve fra 2011 til 2012. Det kan likevel skyldes den akkumulerte andelen av elever som bruker noe lengre tid enn to år på fagprøven. Det kan vi sjekke med å se på antallet som avlegger fagprøve som er 20 år eller yngre og sammenligne med de som er ett år eldre (det vil si de som går «normert løp»).

Tabell 3.3 *Unge, 20 år eller yngre som tar fagprøven i helsearbeiderfag*

	2010	2011	2012
20 år (eller yngre)	1	42	422

Tallene tyder på at det er en reell økning i antallet unge som tar fagbrevet, men samtidig viser det at svært få tar fagprøven i «normalalder». Det viser også at vi ennå må vente noen år, før vi får gode tall på hvordan utviklingen i antallet helsefagarbeidere vil være. Foreløpig er resultatet av den sterke satsingen på å få ungdom gjennom fagopplæring at man har fått en liten økning blant de yngste, men mer enn en halvering av nyutdannede blant de voksne. Dette ser vi også om vi ser på den historiske utviklingen i antallet helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere i sammenheng. Det er noe usikkerhet siden det ikke finnes gode tidslinjer for antallet som er utdannet. Disse tallene er basert på en rekke ulike kilder, som kan ha noe vekslende uttrekksmetodikk. Det vil likevel gi godt anslag for utviklingen i antallet kandidater på dette nivået.

Figur 3.5 *Antall uteksaminerte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere*



Kilde: SSB, Helsepersonellregisteret, Høst (2004).

Figuren over er en videreføring av figur 8.2 i sluttrapporten av første del av evalueringen av Kompetanseløftet (Tjerbo mfl. 2012). Figuren viser først et brudd etter Reform 94, som i hovedsak skyldes at det ble vanskeligere for voksne å ta hjelpepleierutdanningen (Høst 2004). Årsaken til at antallet er så lavt i 1996 er at det ikke kom ut noe kull fra videregående som følge av at utdanningene var forlenget gjennom Reform 94. Tallet økte likevel ut mot 2008. Tre år etter innføringen av Kunnskapsløftet får vi et nytt brudd da hjelpepleierne og omsorgsarbeiderfaget ble faset ut. Trenden de siste to årene er en viss økning i antallet som tar fagprøven som helsefagarbeidere, men vi er fortsatt langt unna nivået rett før innføringen av Reform 94 og rett før innføringen av Kunnskapsløftet, som var på rundt 5 000 uteksaminerte kandidater hvert år.

Vi viste over til at det ble vanskeligere for voksne å ta hjelpepleierutdanningen etter Reform 94. Denne utdanningen hadde i hovedsak vært en voksenutdanning. Dette bildet gjelder fortsatt for helsefagarbeideren; det er mange voksne som tar fagprøven:

Tabell 3.4 *Aldersfordeling på dem som tok fagprøve*

	2010	2010 %	2011	2011 %	2012	2012 %
21 år eller yngre	49	3 %	399	20 %	586	26 %
22-25	449	32 %	349	17 %	253	11 %
26-29	88	6 %	152	7 %	153	7 %
30-39	202	14 %	375	18 %	409	18 %
40-49	359	26 %	452	22 %	534	24 %
50 år eller mer	256	18 %	305	15 %	328	14 %
	1403	100 %	2032	100 %	2263	100 %

Andelen som er 30 år eller mer lå på 58 prosent i 2010, 55 prosent i 2011 og 56 prosent i 2012. Det vil si at utdanningen ennå i stor grad er en voksenalutdanning. Blant de som tok fagprøve som lærlinger er snittalderen noe lavere:

Tabell 3.5 *Aldersfordeling etter veg til fagprøve 2012*

	Elev	Lærling	Praksiskandidat	Total
21 år eller yngre	6 %	56 %	0 %	26 %
22-25	6 %	20 %	3 %	11 %
26-29	7 %	6 %	7 %	7 %
30-39	30 %	9 %	24 %	18 %
40-49	33 %	7 %	39 %	24 %
50 år eller mer	18 %	3 %	26 %	15 %
	100 %	100 %	100 %	100 %

Blant de som tok fagprøven som lærlinger var 18 prosent over 30 i 2012. Dette til sammenligningen med 90 prosent blant dem som tok fagprøve som praksiskandidater. Tabellen avslører også et annet viktig poeng. Vg3 i skole er en mulighet som først og fremst er tiltenkt unge som ikke har fått læreplass. Det er likevel ingenting i tallene som tyder på at dette er tilfelle i helsearbeiderfaget – 81 prosent av dem som tar fagprøve med bakgrunn i Vg3 skole, er 30 år eller mer.

Dette tyder tvert imot på at Vg3 i skole er blitt et voksentilbud i helsearbeiderfaget, i motsetning til i andre fag. Det er også et tilbud som i hovedsak blir tilbudt i tre fylker, Vestfold, Østfold og Møre og Romsdal – 87 prosent av alle som tar fagprøve i Vg3 i skole tar fagprøven i disse tre fylkene. I Møre og Romsdal utgjør Vg3 i skole 59 prosent av de som tar fagprøve i helsearbeiderfaget, i Østfold 35 prosent og i Vestfold 46 prosent. I alle andre fylker er det svært få som tar fagprøven etter Vg3 i skole i helsearbeiderfaget.

Som vi har sett av tallene over er det omtrent like mange som tar fagprøve som praksiskandidater og lærlinger. Endringer i antallet søknader vil slik kun påvirke antallet lærlinger, som altså utgjør omtrent 50 prosent av alle fagprøvene. Det er også slik at langt fra alle som blir lærlinger blir rekruttert rett fra videregående opplæring.

Vi ser først på søkere til videregående opplæring.

Tabell 3.6 *Søkere til videregående opplæring*

	2010	2011	2012	2013	2014
Vg1 Helse- og oppvekstfag	8429	8584	8325	8214	8170
Vg2 Helsearbeiderfag	2972	3065	2997	3119	3197
Vg3 Helsearbeiderfaget*	1398	1464	1599	1602	1824
Andel av Vg3 av Vg2	47 %	48 %	53 %	51 %	57 %
Andel søkere til Vg1 Helse og oppvekst av alle søkere på Vg1	11,2 %	11,3 %	10,8 %	10,8 %	11,0 %

*søkere til Vg3 Helsearbeiderfaget varierer om vi ser på søkertall fra videregående og søkere til fagopplæringen hos Utdanningsdirektoratet. Her tall fra videregående opplæring

Søkertallet har holdt seg jevnt de siste fire årene, med i overkant av 8 000 søkere til Helse- og oppvekstfag. Det har vært en nedgang i absolutte tall på i overkant 400 søkere siden en topp i 2011. Den samme tendensen finner vi likevel ikke på Vg2 Helsearbeiderfag. Her er tallet jevnt rundt 3 000, med en tendens til økning de siste tre årene. Det vil si at til tross for en nedgang i det absolutte antallet søkere til Vg1, har en økt andel som har søkt Vg2 Helsearbeiderfag, mer enn kompensert for denne nedgangen. Hvis vi ser på de som har søkt læreplass gjennom videregående opplæring, ser vi at omtrent halvparten av antallet som søker på Vg2, søker læreplass på Vg3. Det kan dermed se ut som bortvalg fra helsearbeiderfaget til påbygg, som har vært høyt de siste årene, har gått noe ned. Andelen søkere til helse- og oppvekstfag av alle søkere har ligget på elleve prosent siden 2010, etter en vekst på 19 prosent fra 2008 til 2010 (Helsedirektoratet 2012). Det var en viss tendens til nedgang i andelen i 2012 og 2013, men i 2014 er denne trenden snudd. Etter en vekst i andelen rett etter Kunnskapsløftet, og samtidig som en rekrutteringskampanje for å øke andelen som valgte Helse- og oppvekstfag, er det nå altså stabilt rundt 11 prosent på Vg1. Det er likevel viktig å merke seg at andelen som valgte det som da het Vg1 Helse- og sosialfag gikk noe ned etter innføringen av Kunnskapsløftet. Med veksten som vi så fra 2008 til 2010 er vi nå omtrent på samme nivå som før innføringen av Kunnskapsløftet.

Antallet søkere er ikke det samme som antallet som faktisk starter på utdanningen. Vi vil derfor kort se på utviklingen i antallet som får skoleplass de siste to år.

Tabell 3.7 *Antallet plasser på Vg1 Helse og oppvekst og Vg2 Helsearbeiderfag**

	2012	2013
Vg1 Helse- og oppvekstfag	7827	7710
Vg2 Helsearbeiderfag	2771	2895

*Dette er tall på førsteinntak. Faktisk elevtall vil være noe høyere²

I 2012 startet 7 827 på Vg1 og 2771 startet på Vg2 helsearbeiderfag. I 2013 startet 7710 på Vg1 og 2 895 på Vg2. Det vil si at 37 prosent av antallet som startet på Vg1 i 2012, startet på Vg2 i 2013.

² <http://www.udir.no/Tilstand/Analyser-og-statistikk/vgo/>

Som vi har vist til i de forrige kompetanseløftrapportene er det mange som går videre til påbygg etter Vg2 Helsearbeiderfag. Vi kan ikke gi oppdaterte tall på dette, siden det vil kreve at vi har longitudinelle individdata. Vi kan likevel se på andelen som søker og får læreplass. Dette vil likevel ikke gi et helt riktig bilde på andelen fra Vg2 som velger lære, siden det er mange som velger lære som er voksne, slik vi har vist over.

Det er en viss forskjell mellom søkertall rapportert i tallene for videregående opplæring vi refererte til over, og tallene fra fag- og yrkesopplæringen³ som vi skal vise her. Dette kommer av at man i fag og yrkesopplæringen oppjusterer søkertallene om noen som ikke har søkt læreplass likevel får det. Det er relativt vanlig at mange, spesielt voksne, ordner seg lærekontrakt med bedrifter uten først å søke læreplass gjennom fylkeskommunen (Høst mfl. 2014).

Tabell 3.8 *Søkere og antall lærekontrakter. Helsearbeiderfaget*

	2011	2012	2013
Søkere uten ungdomsrett	828	811	848
Lærekontrakter uten ungdomsrett	593	518	543
Søkere Ungdomsrett	1066	1237	1230
Lærekontrakter ungdomsrett	767	865	875
Lærekontrakter samlet	1360	1383	1418

I kvalitetsprosjektet så vi på antallet lærekontrakter som i 2009 og 2010 var rundt 1 000 nye lærekontrakter hvert år. Da spurte vi om det var mulig å nå målet om 1 500 fagprøver lærlinger som ligger i Kompetanseløftet (Aamodt mfl. 2011). Tall fra antallet fagprøver i 2011 og 2012 bekrefter at omtrent 1 000 stykker tar fagprøve som lærlinger hvert år. De siste årene har antallet søkere til lærekontrakt og antallet lærekontrakter økt noe, spesielt for de med ungdomsrett. Siden vi vet at de fleste som starter læretida oppnår fagprøve, kan det se ut som man vil komme i nærheten av det fastsatte målet på 1 500 fagprøver fra lærlinger, når vi skal oppsummere antallet fagprøver i 2014 og 2015.

Samtidig så vi at antallet fagprøver som helsefagarbeidere i 2012 var på 2 219. Det vil si at med en vekst på antallet fagprøver for lærlinger på 400, vil man komme opp i et samlet antall på omtrent 2 600 fagprøver i helsearbeiderfaget. Fortsatt er dette bare 60 prosent av det fastsatte målet på 4 500 hvert år formulert i Kompetanseløftet. Det er også verdt å merke seg at de som tar fagprøve som lærling i helsearbeiderfaget i veldig stor grad er i deltid. Bare 18 prosent av de som tok fagprøve i 2011 hadde fulltidsjobb (mer enn 32 timer i uka) første året etter fagprøven – en tredel var i kort deltidsstilling. Dette til sammenligning med 89 prosent som var i fulltid i rørleggerfaget (Nyen mfl. 2013). Andelen som er i kort deltid blant nyutdannede i helse- og oppvekstfag har også gått noe opp fra 2011 til 2012 (Nyen mfl. 2014). Oppsummert vil det si at én uteksaminert helsefagarbeider langt fra tilsvarer ett årsverk. Det er også slik at ikke alle som tar fagprøve, går videre til jobb i sektoren.

³ <http://www.udir.no/Tilstand/Analyser-og-statistikk/Fag-og-yrkesopplering/>

Vi viser til avsnittene 3.1 til 3.3 for en analyse av utviklingen til denne utdanningsgruppen i sektoren.

3.7 Høgskoleutdannede

3.7.1 Søking og opptak

I følge St. meld.nr. 25 (2005-2006) er det viktig å opprettholde høy utdanningskapasitet ved høyskolene for å nå målet om å øke andelen med høgskoleutdanning med 10 prosentpoeng i perioden 2005 til 2013. Evalueringen av første fase i Kompetanseløftet viste at søkingen til de viktige høgskoleutdanningene innenfor helse- og sosialfag tok seg noe opp i perioden 2008 til 2010 etter en mindre nedgang de forutgående årene.

Den internasjonale finanskrisen mot slutten av 2008 kombinert med en begynnende nedgangskonjunktur førte til at søkingen til høyere utdanning og de treårige helse- og sosialfagsutdanningene vi ser på økte med hele 13 prosent fra 2008 til 2009. Søkingen til høyere utdanning generelt og helse- og sosialfag spesielt, har fortsatt å øke om enn i et mer moderat tempo. Større ungdomskull og usikkerhet knyttet til finanskrisen i Europa er sannsynlige forklaringer på de siste års vekst i søkingen til høyere utdanning. I perioden 2008-2012 økte søkertallet med 22 prosent (Samordna opptak) mens søkingen til de treårige helse- og sosialfagutdanningene økte med 24 prosent altså omtrent det samme som søkingen generelt. Den økte søkingen til helse- og sosialfagutdanningene har resultert i at flere har blitt tatt opp til disse studiene. Veksten i antall studenter som er tatt opp til studiet, er imidlertid noe svakere enn veksten i søkertallene (jfr. tabell 3.9).

Tabell 3.9 *Søking og opptak til enkelte høgskoleutdanninger i helse- og sosialfag, 2008 og 2012*

	2008			2012			Prosentvis endring 2008-2012	
	Primær- søkere	Primær- søkere pr. plass	Opptak	Primær- søkere	Primær- søkere pr. plass	Opptak	Primær- søkere	Opptak
Barneverns- pedagoger	1 762	2,6	743	2 217	3,1	852	25.8	14.7
Ergoterapeuter	337	1,5	259	367	1,4	319	8.9	23.2
Fysioterapeuter	2 252	7,6	374	2 308	6,5	404	2.5	8.0
Sosionomer	1 974	2,8	915	2 628	3,2	1 009	33.1	10.3
Sykepleiere	7 516	2,0	4 333	9 144	2,1	5 136	21.7	18.5
Vernepleiere	1 467	1,8	894	2 363	2,5	1 078	61.1	20.6
I alt	15 308	2,3	7 518	19 027	2,6	8 798	24.3	17.0

Kilde: NSD, DBH

Søkingen til de enkelte fagene endret seg imidlertid noe i perioden. Mens søkingen til barnevernspedagog, sosionom, sykepleier og vernepleierstudiene økte sterk, var det ingen endring i søkingen til fysioterapi og ergoterapi. Antall primær-søkere per studieplass for utdanningene vi ser på, økte fra 2,3 i 2008 til 2,6 i 2012.

Ergoterapiutdanningen har i hele perioden hatt klart lavest søkning per studieplass. Likevel var ergoterapiutdanningen den utdanningen som hadde den sterkeste veksten i opptakstillene. Økningen i opptakstillene de siste årene, vil føre til at tilgangen på

nyutdannede kandidater vil øke de nærmeste årene. Det er særlig tilgangen på ergoterapeuter, vernepleiere og sykepleiere som vil øke.

3.7.2 Antall studenter og uteksaminerte kandidater

Det økte opptaket av studenter til de treårige helse- og sosialfagutdanningene, gir seg utslag i høyere studenttall og på sikt, økte kandidattall.

Tabell 3.10 *Antall registrerte studenter i (vårsemesteret) og antall uteksaminerte kandidater. 2009-2012*

Type utdanning	Antall studenter, vårsemester				Antall uteksaminerte			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Barnevernspedagogutdanning	2041	2 132	2 194	2 205	613	532	623	593
Ergoterapeututdanning	590	613	667	709	160	176	179	198
Fysioterapeututdanning	891	946	968	993	237	273	270	291
Sosionomutdanning	2 506	2 536	2 590	2 733	697	716	700	769
Sykepleierutdanning	12 102	12 281	12 730	13 108	3 373	3 179	3 294	3 506
Vernepleierutdanning	2 757	2 669	2 772	2 881	767	740	678	752
I alt	20 887	21 177	21 921	22 629	5 847	5 616	5 744	6 109

Kilde: NSD, DBH

Tabell 3.10 viser at både antall studenter og antall uteksaminerte kandidater i helse- og sosialfagutdanningene har, med unntak av barnevernspedagoger og vernepleiere, økt i perioden 2009 til 2012. Selv om veksten i tallet på sykepleiere er beskjeden, står sykepleierne for halvparten av veksten i antall uteksaminerte kandidater.

3.7.3 Desentraliserte høgstudier

I følge St. meld. nr. 5 2005–2006 s.75 var det en målsetting for perioden 2007–2010 å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte høgstudier. Denne målsettingen begrunnes ut fra en del kommuners positive erfaringer med å tilrettelegge for at erfarne hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere tar en desentralisert høgstudieutdanning. Tilbudet skal bidra til en mer stabil sykepleierdekning i kommunchelsetjenesten. Desentralisert høgstudieutdanning er et av de aktuelle tiltakene det kan søkes om bistand til innenfor K2015.

Målsettingen om å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte høgstudier i perioden 2007 til 2010 ble nådd. Tiltaket vurderes som et godt virkemiddel for å rekruttere høgstudieutdannet personell til distriktskommuner og derved til å heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene. Desentralisert høgstudieutdanning innenfor helse- og sosialfag har vært et etablert utdanningstilbud i flere år. NSDs Database for høyere utdanning (DBH) gir enkelte statistiske opplysning om det desentraliserte utdanningstilbudet.⁴

⁴ NSD opererer med følgende definisjon av desentralisert utdanning: *Studieprogrammer der undervisningen er lokalisert til andre steder enn institusjonens/avdelingens ordinære undervisningslokaler. Det er vanlig klasseromsundervisning med lærer/ student, gjerne gitt i bolker, som ukesamlinger, helgesamlinger etc. Tekniske*

Tabell 3. 11 viser opptaket til slike studier i perioden 2008 – 2012 som er den perioden vi har sammenlignbare data for.

Tabell 3.11 *Opptak til studier og opptak til desentralisert utdanning, 2008-2012*

	2008		2009		2010		2012	
	Totalt	Desentralisert	Totalt	Desentralisert	Totalt	Desentralisert	Totalt	Desentralisert
Barnevernspedagoger	743	40	856	94	813	33	852	35
Ergoterapeuter	259	-	286	-	288	-	319	-
Fysioterapeuter	374	-	368	-	380	-	404	-
Sosionomer	915	37	982	51	1008	51	1009	36
Sykepleiere ¹	4 333	200	4 800	352	4885	170	5136	181
Vernepleiere	894	115	986	213	1016	149	1178	137
I alt	7 518	392	8 278	710	8390	403	8 798	389

Kilde: NSD, DBH

Tabell 3.11 viser at antall studenter tatt opp til desentral utdanning er på samme nivå som i 2008, 2010 og 2012, men betydelig lavere enn i 2009. Opptaket til desentrale studier varierer en del over tid (tallet for 2011 som ikke er vist her, var 555). Det er derfor vanskelig å si noe konkret om opptaket til desentrale studier vokser i takt med opptaket til de ordinære studiene.

Vi ser av tabell 3.12 at tallene for registrerte studenter i desentral utdanning varierer fra 1323 registrerte studenter høsten 2008 til 1647 våren 2012. Sett under ett har det i perioden 2008 – 2012 vært en utvikling i retning av flere studenter i desentralisert utdanning og denne veksten er sterkere enn den totale studenttallsveksten for de aktuelle høgskoleutdanningene. Vi vet lite om hvor mye av denne veksten som kan tilskrives Kompetanseløftet. Ifølge Prp. 1 S (2013–2014) har om lag 330 personer fullført desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag i 2012 og tiltaket vurderes som et godt virkemiddel for å rekruttere høgskoleutdannet personell til distriktskommuner. Dersom mye av veksten kan tilskrives Kompetanseløftet, må vi forvente at rekrutteringen går ned etter hvert som midlene til Kompetanseløftet fases ut.

hjelpemidler blir i liten grad benyttet til formidling av lærestoff. Omfatter ikke programmer som representerer samarbeidsavtaler mellom andre universiteter eller høgskoler.

Tabell 3.12 *Registrerte studenter i desentraliserte utdanninger, 2008-2012*

	2008		2009		2010		2012	
	Vår	Høst	Vår	Høst	Vår	Høst	Vår	Høst
Barnevernspedagoger	135	139	131	183	175	192	169	168
Ergoterapeuter	-	-	-	-	-	-	-	-
Fysioterapeuter	-	-	15	13	14	13	11	12
Sosionomer	142	144	143	155	144	154	189	183
Sykepleiere	625	629	643	657	759	690	790	729
Vernepleiere	421	404	454	473	456	450	447	555
I alt	1323	1316	1386	1481	1548	1499	1606	1647

Kilde: NSD,DBH

DBH gir ikke oversikt over hvor mange av dem som fullførte en høgskoleutdanning som også hadde fulgt et desentralisert studium. I prinsippet skulle man kunne plukke dem ut manuelt, men upresis informasjon fra lærestedene gjør det vanskelig å skille ut desentrale utdanninger fra rene deltidsutdanninger. De 330 kandidatene Prp. 1 S 2013-2014 viser til, som har fullført desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag i 2012, kan derfor oppfattes som et minimumsanslag.

3.7.4 Videre- og etterutdanning blant høgskoleutdannet personell

I St. meld. nr. 25 (2005–2006) s. 76 framgår det at det var en målsetting å gi videreutdanning til 3000 personer i perioden 2007–2010. Begrunnelsen for denne målsettingen er at videre- og etterutdanning anses å være et godt tiltak for å øke rekrutteringen og holde på arbeidskraften. På s. 76 heter det at «... videreutdanning virker stabiliserende på personellsituasjonen: Muligheten til å ta videreutdanning er en viktig grunn til den gode rekrutteringen av sykepleiere, vernepleiere og andre høgskoleutdannede grupper». Videreutdanning innenfor fagfeltene aldring og geriatri, demenslidelser, veiledning og rehabilitering var prioriterte områder som utløste mulighet for økonomisk bistand fra Kompetanseløftet. Det var og er fremdeles et krav at videreutdanningen skal være kompetansegivende og tilsvare minst et halvt års studium på full tid. Målsettingen i St. meld. nr. 25 (2005–2006) s. 76 om å gi videreutdanning til 3000 personer i perioden 2007–2010 ble oppfylt.

For perioden 2011 til 2015 er det ikke satt egne måltall for videreutdanning utover at man skal «styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning» og «heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene». Dette gir grunn til å følge med på den videre utviklingen i videreutdanning.

NSDs Database for høyere utdanning (DBH) gir en del informasjon om videreutdanning. I følge NSD er det omtrentlige anslag ettersom praksis for å kategorisere videreutdanningsprogrammer har variert over tid. Vi har tatt utgangspunkt i helsefaglige studieprogrammer som er definert som videreutdanninger. Vi fanger da opp flesteparten av de aktuelle videreutdanningene.

Tabell 3.13 viser opptak til aktuelle videreutdanninger og registrerte studenter i høstsemesteret i perioden 2008 til 2012. I tillegg til de videreutdanningene som er nevnt i St. meld. nr. 25 (2005–2006), har vi også tatt med videreutdanning innenfor

psykisk helsearbeid og rusomsorg siden det er gitt Kompetanseløftmidler til gjennomføring av disse samt noen andre ikke- spesifiserte videreutdanninger.

Tabell 3.13 *Opptak til aktuelle videreutdanninger i perioden 2008-2012 og registrerte studenter i høstsemesteret 2008-2012*

	Opptak				Registrert student, høstsemester			
	2008	2009	2010	2012	2008	2009	2010	2012
Eldreomsorg og aldersdemens	424	328	266	239	544	477	394	336
Rehabilitering	293	272	293	49	338	257	237	64
Psykisk helsearbeid	608	607	605	514	1103	1039	978	802
Rusomsorg	335	293	553	292	416	397	446	295
Veiledning	661	513	642	431	511	432	548	170
I alt	2321	2013	2359	1525	2912	2602	2603	1667

Kilde: NSD, DBH

De enkelte gruppene er ikke gjensidig utelukkende. For eksempel omfatter mange av utdanningene innenfor rusfeltet også psykisk helsearbeid. Disse lar vi inngå i gruppen «rusomsorg» i tabell 3.13.

Tabellen viser at tallet på henholdsvis opptatte studenter og registrerte studenter i de aktuelle videreutdanningene har gått kraftig ned i perioden 2008–2012. Det er særlig i perioden fra 2010 til 2012 at nedgangen var sterk. Nedgangen i studenttallet var særlig sterk innenfor rehabilitering og veiledning. Den noe usikre datakvaliteten gjør at vi må være forsiktige med å trekke bastante konklusjoner angående rekrutteringen til de aktuelle etter- og videreutdanningene.

I tabell 3.14 ser vi nærmere på antallet som avsluttet en videreutdanning med relevans for Kompetanseløftet i løpet av perioden 2008–2012.

Tabell 3.14 *Kandidater som fullførte videreutdanning i løpet av perioden 2008-2012*

	2008	2009	2010	2012
Eldreomsorg og aldersdemens	293	303	263	277
Rehabilitering	412	230	291	37
Psykisk helsearbeid	697	584	663	562
Rusomsorg	319	370	520	320
Veiledning	762	785	587	333
I alt	2483	2272	2324	1529

Kilde: NSD, DBH

Tabellen viser at det var en nedgang i antall kandidater som avsluttet en videreutdanning innenfor de aktuelle områdene i perioden 2008 – 2012 (fra ca 2500 til 1500), men i perioden 2008 til 2010 var nedgangen i kandidattallene samlet sett svært liten. I perioden 2008-2012 var nedgangen spesielt sterk i rehabilitering, men også innenfor veiledning var nedgangen sterk. Ifølge Prop. 1 S(2013–2014) gjennomførte i alt 1560 personer videreutdanning i høyskole med støtte fra kompetanseløftet

Hvis tallene i tabellene 3.13 og 3.14 gir et korrekt bilde av virkeligheten, vil tilgangen på «nyutdannet» personell med videreutdanning innenfor Kompetanseløftets prioriterte områder bli lavere enn vi har hatt de siste årene. Spesielt gjelder dette tilgangen på personer med spisskompetanse innenfor rehabilitering, der nedgangen vil bli særlig sterk, men også innenfor veiledning vil det bli en merkbar nedgang.

Antallet personer som avsluttet en videreutdanning innenfor aldring og aldersdemens var stabilt i perioden, men både opptakstall og studenttall tyder på at antallet personer som fullfører en slik utdanning vil gå ned i nærmeste framtid. Også når det gjelder psykisk helsearbeid, har tilgangen på personell med slik kompetanse vært relativt stabil i perioden vi ser på. Både opptakstall og tallet på registrerte studenter gikk noe ned fra 2010 til 2012 og indikerer at tilgangen på personell med slik utdanning vil gå litt ned i nærmeste framtid.

4 Oppsummering

K2015 framstår som et treffsikkert redskap for å styrke kommunenes kompetanse i helse og omsorg, og 79 prosent av kommunene mener at det er viktig for deres arbeid med utdanning og etterutdanning av personell. Rådgivere hos fylkesmannen følger opp kommunene for at de skal søke om midler fra K2015, og nesten halvparten av kommunene mener de får noe igjen for arbeidet de legger ned i å søke inn midler fra K2015. Kommunene søker midler fra K2015 i tråd med sine kompetanse- og rekrutteringsplaner og andelen som har planer var i 2013 82 prosent. Det er to enkelttiltak innenfor kompetanseløftet som fler kommuner søker midler til enn andre, det er ABC-kurs og støtte til etter- og videreutdanning (henholdsvis 92 og 91 prosent, 82 prosent har gitt tilskudd til utdanning av helsefagarbeidere). Det er noe forskjell innenfor fylker angående hvor mange personer som fullfører utdanning ved hjelp av K2015.

Tall for utviklingen i avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorg i perioden 2008-2012, tyder på at vi er på god vei til å oppnå Kompetanseløftets delmål om 12 000 nye årsverk i perioden 2008 til 2015. Fordeles disse 12 000 årsverkene jevnt utover i perioden, innebærer det en årlig økning på 1 715 årsverk. I perioden 2008-2012 økte antall årsverk med 9 938 noe som innebærer en årlig økning på 2 485 årsverk.

Et annet delmål for perioden 2011-2015 er «å heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenesten». I perioden 2010-2012 økte andelen av personalet med en høgstskoleutdanning i helse- og sosialfag fra 31,1 prosent i 2010 til 33,2 prosent i 2012. Andelen hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere har imidlertid gått ned fra 37,6 til 36,4, men denne nedgangen er delvis kompensert av en økning i andelen med annen videregående helse- og sosialutdanning fra 3,7 til 4,3 prosent. I samme periode har andelen uten fagutdanning gått ned fra 27,5 til 26,2 prosent. Dette siste er en ønsket utvikling. Imidlertid er det grunn til bekymring når det gjelder gruppen hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som også viser en fallende tendens.

I perioden 2009 – 2011 var tallet på nyutdannede kandidater i de aktuelle høgstskoleutdanningene i helse- og sosialfag uendret, mens det var en økning fra 2011 til 2012. Ser vi på tallet på søkere og opptaket til disse utdanningene i perioden 2008 til 2012, finner vi at det har vært en økning både i tallet på søkere og i selve opptaket til utdanningene. Opptaket har økt med 1280 personer eller 17 prosent i perioden 2008-2012 og vil bidra til at tilgangen på nyutdannede kandidater vil øke i årene som kommer. Mellom halvparten og to tredeler av økningen gjelder opptak til sykepleierutdanningen.

Når det gjelder kompetanseheving innenfor prioriterte områder gjennom etter- og videreutdanning av høgstskoleutdannet personell, tyder tall fra DBH på at det i perioden fra 2008 til 2012 har vært en nedgang i antall kandidater som avsluttet en

videreutdanning. Det knytter seg stor usikkerhet til DBH-tallene når det gjelder opptak til aktuelle videreutdanninger og antall registrerte studenter. Hvis tallene fra DBH gir et korrekt bilde av virkeligheten, vil tilgangen på «nyutdannet» personell med videreutdanning innenfor Kompetanseløftets prioriterte områder bli lavere enn vi har hatt de siste årene.

Siden forrige evaluering av Kompetanseløftet, og siden siste tilgjengelige tall fra Helsedirektoratet (2012), har det skjedd noen endringer i rekrutteringen til lærefag fra Helse- og oppvekstfag. Det var en viss tendens til nedgang i andelen som søkte Helse- og oppvekstfag i 2012 og 2013, men i 2014 er denne trenden snudd. I tillegg ser det ut til at andelen ungdommer som går ut i lære i Helsearbeiderfaget fra helse- og oppvekstfagene øker noe, og man ligger i dag an til å komme nær det satte målet i Kompetanseløftet om ca. 1 500 fagprøver fra lærlinger i helsearbeiderfaget hvert år. Andelen som tar fagbrev som voksne, gjennom praksiskandidatordningen, har likevel ikke økt tilsvarende. Hvis vi tar hensyn til veksten i andelen som tar fagprøve som lærlinger vil vi ende opp med ca. 2 600 fagprøver i 2015. Dette er fortsatt bare 60 prosent av det fastsatte målet på 4 500 nye helsefagarbeidere hvert år.

Litteratur

- Hagen, T.P., D. P. McArthur, T. Tjerbo (2013): Midtveiseevaluering av Omsorgplan 2015: Effekter av pleieårverk og plasser i boliger og institusjoner. HERO, Universitetet i Oslo. Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2013:7.
- Helsedirektoratet (2012): *Årsrapport 2011, Omsorgsplan 2015*. Helsedirektoratet, Oslo
- Høst, H. (2004): "Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene." *Bergen. Rokkan-rapport* : 4-2004.
- Høst, H., Seland, I., Skålholt, A. og Sjaastad, J. (2014). *Kan organisering av lærlingformidling forklare store ulikheter i resultat? En studie av lærlingformidling i 3 fylker*, NIFU-rapport 7/2014. Oslo, Nordisk institutt for studier av forskning, innovasjon og utdanning
<http://www.nifu.no/files/2014/03/NIFUrapport2014-7.pdf>
- KMD (2014): *Kriterier for god kommunestruktur*. Delrapport fra ekspertutvalget. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo
- Nyen, T., Skålholt, A. og Tønder, A. H. (2013). Overgangen fra fagopplæring til arbeidsmarkedet og videre utdanning. i: Høst, H. (red.) *Kvalitet i fag- og yrkesopplæringen. Fokus på skoleopplæringen. Rapport 2 Forskning på kvalitet i fag- og yrkesopplæringen*, side 157-200. Oslo, Nordisk institutt for studier av forskning, innovasjon og utdanning
- Nyen, T., Skålholt, A. og Tønder, A. H. (2014). Fagbrevet som grunnlag for arbeid og videre utdanning. i: Høst, H. (red.) *Kvalitet i fag- og yrkesopplæringen. Fokus på opplæringen i bedrift. Rapport 3 Forskning på kvalitet i fag- og yrkesopplæringen*, side 127-162. Oslo, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
- Opplæringslova (1998): *Lov 1998-07-17 nr 61: Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)*. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, oslo
- Prop. 1 S(2013–2014): *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2014*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- St.meld.nr.25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- 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*
- Aamodt, P. O. og T. Tjerbo (2012): Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015. *NIFU/NIBR 2012*

Aamodt, P. O., Høst, H., Arnesen, C. Å. og Terje, N. (2011). *Evaluering av Kompetanseløftet 2015 - Undervisrapport 3*, NIFU-rapport 1/2011, Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
<http://www.nifu.no/files/2012/11/NIFUrapport2011-1.pdf>