

# Evaluering av Kompetanseløft 2020

## Delrapport II



---

**FORFATTERE**

Lisbet Grut og Jan-W. Lippestad, SINTEF

Lars Chr. Monkerud og Hilde Hatleskog Zeiner, NIBR

Kjersti Nesje, Dorothy Sutherland Olsen og Per Olaf Aamodt NIFU

---

**OPPDRAKSGIVER**  
Helsedirektoratet

**OPPDRAKSGIVERS REF.**  
16/27840-9/Sigrun Heskestad

**PROSJEKTNR**  
102014768

**ANTALL SIDER:**  
67/2 vedlegg

### SAMMENDRAG

Rapporten er andre delrapport i følgeevalueringen av regjeringens satsing *Kompetanseløft 2020*. SINTEF as, NIBR og NIFU samarbeider om evalueringen. Kommunene i Norge jobber kontinuerlig med kompetanseutvikling, og søker støtte fra flere finansieringskilder. Interkommunale nettverk og oppfølging fra Fylkesmannen er viktig, og spesielt for mindre kommuner. Rapporten viser at Kompetanseløft 2020 er viktig, men trolig ikke tilstrekkelig, for å bidra til rekruttering, stabilitet og faglig kvalitet i helsetjenestene i små distriktskommuner. Kompetanseheving gjennom kortvarige kurs er enklere å realisere enn lengre utdanningsløp. Kortvarige kurs, som ABC-kurs, bør utvides til å omfatte flere temaer enn tilfellet er i dag, med tanke på at kommunene får stadig større helsefaglig ansvar for pasienter i alle aldersgrupper og med mange ulike sykdommer og helsebehov. Lederutvikling, spesielt styrking av enhetsledere, de som er nærmest praksisfeltet, er viktig. Kompetent ledelse vurderes som avgjørende for god drift, godt strategiarbeid, og er en forutsetning for rekruttering og kompetanseheving på alle nivåer. synes å være spesielt viktig. Kompetanseløft 2020 representerer et godt bidrag i arbeidet med rekruttering, kompetanseheving og styrket ledelse i kommunene. Alt i alt synes virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 å være formålstjenlige og representere et godt, men ikke tilstrekkelig, bidrag for å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene i de seks strategiene i Kompetanseløft 2020.

**PROSJEKTLEDER**  
Lisbet Grut

SIGNATUR



**KONTROLLERT AV**  
Line Melby

SIGNATUR

Line Melby  
Line Melby (22. apr. 2020)

**GODKJENT AV**  
Arne H. Eide

SIGNATUR

Arne H Eide  
Arne H Eide (22. apr. 2020)

**RAPPORTNR**  
2020:00383

**ISBN**  
978-82-14-06408-7

**GRADERING**  
Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**  
Åpen

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	5
2	Del I: Resultater fra intervjuundersøkelsen .....	7
2.1	Tema og metode .....	7
2.2	Utvalget .....	7
2.3	Resultater fra intervjuundersøkelsen.....	9
2.3.1	Hva oppfattes som kommunens hovedutfordring på personell- og kompetansefeltet i helse- og omsorgstjenesten? .....	9
2.3.2	Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i små kommuner?.....	13
2.3.3	Hvordan planlegger kommunene sin strategi for kompetanseutvikling og rekruttering innen helse/omsorg.....	15
2.3.4	Hvilke virkemidler bruker kommunene i planleggingen og i rekruttering av nødvendig personell til helse og omsorgstjenesten.....	18
2.3.5	Hva trenger kommunene for at de skal gjennomføre systematisk planlegging for kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten?.....	20
2.3.6	Kompetanseplaner for helse og omsorg – politisk forankring .....	21
2.3.7	Bemanningsnorm i helse- og omsorgstjenestene som virkemiddel .....	21
2.3.8	Kommunenes satsing på økt lederkompetanse .....	22
2.3.9	Informantenes tanker om utfordringer framover.....	23
2.3.10	Fylkesmannens rolle i kommunenes strategiarbeid knyttet til kompetanseutvikling ..	24
3	Del 2: Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen 2018 og 2019 .....	27
3.1	Innledning.....	27
3.2	Representativitet etter fylke, sentralitet, befolkningsstørrelse og inntekter .....	28
3.3	Arbeidet med rekruttering og bemanning i helse- og sosialsektoren.....	31
3.4	Opplevd kvalitet i utdanningene og tilpasningen til kommunale tjenesters behov .....	39
3.5	Strategier for kompetanseheving i kommunen .....	43
3.6	Kommunenes bruker- og medvirkningsorientering .....	48
3.7	Søknad om midler og deres relevans for utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenestene .....	50
4	Oppsummering og avsluttende kommentarer.....	54
4.1	Oppsummering fra intervjuundersøkelsen .....	54
4.2	Oppsummeringer fra spørreskjemaundersøkelsen.....	59
4.3	Avsluttende kommentarer .....	60
5	Referanser .....	63

Vedlegg I Informasjonsskriv .....	65
Vedlegg II Intervjuguider .....	66
Intervju med ledere i kommunene.....	66
Intervju med representant for Fylkesmannen .....	67

## 1 Innledning

Denne rapporten er andre delrapport i følgeevalueringen av regjeringens satsing *Kompetanseløft 2020*. De tre forskningsinstituttene SINTEF as, NIBR og NIFU samarbeider om evalueringen. I første delrapport del I ble en analyse av registerdata og funn fra en spørreskjemaundersøkelse rettet mot kommunene presentert (Nesje et al., 2018). Den viser at svært mange kommuner søker midler over Kompetanseløft 2020, noe som peker mot at Kompetanseløft 2020 svarer på reelle behov i kommunene. I første delrapport del II (Grut et al., 2019) ble resultater fra intervjuer med et utvalg nøkkelaktører presentert. Intervjuene viser at kommunene lager oversikter over behov i egen kommune, og planarbeid ligger som grunnlag for utviklingsarbeidet. Intervjuene den gangen viste også at mange av tilskuddene, spesielt midler til høyere- og videreutdanning svarer på kommunenes behov og stimulerer faglig utvikling.

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020 (Helsedirektoratet, 2019). Tiltak og virkemidler i Kompetanseløft 2020 retter seg mot kommunene, tjenestene, lederne og de ansatte, samt mot utdanningsinstitusjoner og organisasjoner, herunder partene i arbeidslivet. Tiltakene består i stor grad av økonomiske insentiver, herunder tilskuddsordninger som forvaltes av Helsedirektoratet og landets fylkesmenn. Tilskuddsordningen *Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd* er et viktig virkemiddel i Kompetanseløft 2020, og kommunene kan søke Fylkesmannen om tilskudd til rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling, kunnskapsbasert praksis og innovasjon. Overordnet spørsmål for evalueringen er:

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

I denne andre delrapporten gis ført en presentasjon av resultater fra intervjuer med et utvalg små og mellomstore kommuner (del I). Deretter presenteres i del II resultater fra andre runde av spørreskjemaundersøkelsen. Til slutt gis en samlet oppsummering med anbefalinger.

Rapporten er et ledd i følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020. I følgeevalueringen kombineres elementer fra flere evalueringsteoretiske tilnærminger (Mathison, 2005). Perspektivet er både formativt og summativt ved at vi studerer både prosess (om tiltakene blir gjennomført som planlagt) og resultat (om tiltakene førte til et forventet resultat og hvilke effekter det er mulig å spore) (Finne, Levin, & Nilssen, 1995; Sletterød, 2000). Vi ser etter kunnskap som kan si oss noe om måloppnåelse, resultater og effekter av tiltak, samtidig som analyse av implementeringsprosessene kan bidra til å forstå hvorfor ting skjer som de skjer. Vi spør blant annet etter om virkemidlene og tiltakene i Kompetanseløft 2020 er formålstjenlig for å oppnå målene i Kompetanseløft 2020. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at mange kontekstuelle forhold vil påvirke hvordan Kompetanseløft 2020 forløper (Pawson, 2013). Eksempler på forhold som vil påvirke er pågående endringer i forvaltningsstrukturen, grad og type av interkommunalt samarbeid, andre tiltak og prosjekter som er rettet mot tjenesteutvikling, forhold på arbeidsmarkedet og forhold i og til utdanningsinstitusjoner.

## 2 Del I: Resultater fra intervjuundersøkelsen

### 2.1 Tema og metode

I rapportens del I presenteres funn fra en intervjuundersøkelse i et utvalg kommuner. Kvalitative intervju er godt egnet for å få tak i informantenes erfaringer og den meningen og de refleksjonene de knytter til disse (Silverman, 2005; Tjora, 2012). I denne intervjuundersøkelsen har vi konsentrert oss først og fremst om små, men også noen mellomstore kommuner. Oppmerksomhet mot små kommuner ble gjort på grunnlag av funn i første fase av evalueringen, der vi fant indikasjoner på at små kommuner, og spesielt distriktskommuner, har egne utfordringer knyttet til rekruttering og kompetanseheving. Alle kommuner, unntatt en bykommune, er distriktskommuner. Bortsett fra bykommunen har ingen kommuner i utvalget sykehus.

Intervjuene har gitt dybdekunnskap om forhold som ikke så lett lar seg kvantifisere, og representerer et selvstendig og viktig bidrag i evalueringen. Vi har konsentrert oss om følgende spørsmål:

1. Kommunens hovedutfordring på personell- og kompetansefeltet i helse- og omsorgstjenesten.
2. Planlegging og virkemidler.
3. Fylkesmannens rolle.
4. Særskilte utfordringer for små og perifere kommuner

### 2.2 Utvalget

Vi har intervjuet kontaktperson hos Fylkesmannen i fylkene Rogaland, Nordland og Innlandet, og nøkkelpersoner i til sammen ni kommuner i disse fylkene. I intervjuene søker vi å få belyst informantenes tanker om forhold som påvirker rekruttering og kompetanseheving, og hvorfor tiltak som Kompetanseløft 2020 eventuelt fører til ønsket endring, fordi dette vil gi kunnskap om hvilke betingelser som må være til stede for måloppnåelse.

Med et par unntak har vi i denne delen av evalueringen, som nevnt over, lagt vekt på å velge ut små kommuner, det vil si kommuner med mindre enn 5000 innbyggere (se tabell 1 nedenfor).

Tabell 1: *Oversikt over case-kommunene i prosjektet*

Fylke	Kommune/ folketall*	Utdanningstilbud i kommunen	Organisering av helse- og omsorgstjenesten**	Kompetanseplan
<b>Rogaland</b>	Liten	Videregående skole (hovedavdeling i annen kommune), ikke helsefaglinje.	Kommunen har i gang et arbeid som blant annet innebærer å velge mellom desentralisert eller sentralisert modell	Ja, politisk behandlet. Ny strategi under utarbeidelse.
	Liten	Ikke videregående skole i kommunen.	Desentralisert modell, vedtatt politisk.	Nei, men har startet opp arbeidet med en kompetansestrategi
<b>Innlandet</b>	Liten	videregående skole i nabokommunen m/helse- og oppvekstfag	Utstrakt interkommunalt samarbeid	Reviderer planen i 2020
	Stor	Videregående skole m/helsefaglinje med studiekompetanse	Deltar i interkommunalt samarbeid på flere områder.	Kompetanseplan
	Mellomstor	Høgskole m/helsefagutdanning	Deltar i Fylkesmannens søkeverksted	Kompetanseplaner revideres årlig
	Liten	Ikke videregående skole m/helsefaglinje i kommunen.	Deltar i interkommunalt samarbeid på flere områder	Skal revidere kompetanseplan og få den godkjent politisk.
<b>Nordland</b>	Liten	Ikke videregående skole i kommunen	Deltar i formalisert interkommunalt nettverk	Strategisk kompetanseplan for omsorgssektoren skal behandles politisk
	Liten	Videregående skole m/helsefaglinje i nabokommune, læreplass i kommunen	Deltar i formalisert interkommunalt nettverk	Kartlegging av kompetanse gjøres i tjenesten og legges fram til orientering i politiske fora.
	Liten	Videregående skole m/helsefaglinje	Formalisert samarbeid med nabokommuner	Kommuneplan skal revideres 2020. Håndteres av tjenesteledere.

\* Små kommuner er kommuner under 5000 innbyggere, mellomstore kommuner er kommuner mellom 5000 og 30000 innbyggere, store kommuner er kommuner over 30000 innbyggere.

\*\* Helse- og omsorgstjenesten er sentralisert dersom tjenestene er samlet på et sted i kommunen, og desentralisert dersom kommunene har flere tjenestesteder.



Likelydende skriftlig henvendelse om prosjektet og spørsmål om å delta i intervju gikk til kommunalsjef, kommuneoverlege, enhetsleder helse-/omsorgstjenester, rådmann i til sammen 16 kommuner. I kommuner som svarte ja til å delta, konfererte mottagerne med hverandre på forhånd, og enten kommunalsjef eller enhetsleder svarte på vegne av kommunen. I to kommuner har vi intervjuet kommunedirektør i tillegg til representant for tjenesten/administrasjonen. Brukerrepresentantene har representert kommunens eldreråd.

Vi har gjennomført 14 telefonintervjuer i til sammen ni kommuner. Intervjuene fulgte en tematisk intervjuguide. Intervjuguiden står i vedlegg.

## 2.3 Resultater fra intervjuundersøkelsen

Informantene ble bedt om å beskrive hovedutfordringene knyttet til personell- og kompetansefeltet i helse- og omsorgstjenesten, og hva som hemmer og fremmer kompetanseutvikling og rekruttering i kommunene. Ut fra en hypotese om at de små kommunene står overfor særlige utfordringer, har vi et eget punkt (3.1.2) hvor vi tar for oss hva som hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i små distriktskommuner. Som vist i tabell 1 ovenfor, er små kommuner definert som kommuner med færre enn 5000 innbyggere.

### 2.3.1 Hva oppfattes som kommunens hovedutfordring på personell- og kompetansefeltet i helse- og omsorgstjenesten?

Under dette punktet presenteres det kommunene oppfatter som hovedutfordringer på personell- og kompetansefeltet og hvilke faktorer som kommunene opplever hemmer og fremmer kompetanseutvikling og rekruttering.

Intervjuene viser at kommunale ledere bruker mye tid og store ressurser både på å rekruttere og beholde helsepersonell. Alle informantene er opptatt av at kommunene trenger variert kompetanse. Alle jobber målrettet for å redusere andelen ufaglærte i helse- og omsorgstjenesten, men alle har ufaglærte i deltidsstillinger, først og fremst i helger og i ferier. Noen ansetter ufaglærte med avtale om at de skal ta helsefagutdanning i løpet av en avtalt tid, og kommunen legger til rette for dette. Våre informanter er opptatt av at kommunen trenger personell med helsefagutdanning, og de trenger mange av dem. Den store utfordringen er tilstrekkelig tilgang på sykepleiere med generell kompetanse, men det er også behov for sykepleiere med spesialkompetanse. Informantene sier at kommunene først og fremst trenger mange sykepleiere med generell kompetanse, men behovet for spesialisert sykepleiekompetanse er økende. Kommunalsjef i en av de større kommunene i vårt utvalg sier:

*"På noen områder rekrutterer vi som bare det, og mange vil jobbe hos oss, men det er en utfordring på sykepleiersiden, for vi trenger mange, og antallet blir da en utfordring."*

En informant/kommunalsjef sier at noe av grunnen til det økende behovet for sykepleiekompetanse skyldes "en dramatisk endring i utskrivningspraksisen fra sykehusene".

Pasientene skrives ut raskere enn tidligere, og helse- og omsorgstjenestene har derfor fått ansvar for pasienter som er sykere og med behov for mer sammensatt og avansert oppfølging.

Spesielt i små kommuner kan det gå lang tid mellom hver gang de får faglige oppgaver som krever spesiell kompetanse. En kommunalsjef i en av kommunene reflekterer over dette dilemmaet:

*Det er en interessant diskusjon omkring hva er faglig forsvarlig. Innholdet i faglig forsvarlig har endret seg og er noe annet i 2020 enn i 2010. Hvilken formell kompetanse skal man ha, f.eks. når det gjelder respirator hjemme? Hvilken formell kompetanse må de ansatte ha for å kunne gjøre dette, hvilken opplæring må de få, hvilken erfaring bør de ha? Vi har hatt diskusjoner om dette med spesialisthelsetjenesten, med Fylkesmannen, og med andre kommuner om hvor skal man legge lista. Når du er inne i sykehuset så ligger du på intensiv-avdeling den ene dagen og den neste dagen er det forventet at alt skal ordnes i hjemmet – da er jo dette store sprang. Vi har blant annet hatt mange diskusjoner med spesialisthelsetjenesten om respiratorpasientene, for det er jo ingen sykepleier eller helsefagarbeider hvor respiratorpleie inngår i utdanningen. Det må man gå anestesi eller intensiv for å lære. Og så er denne opplæringen ferskvare – for hvis det er sånn at det teamet vi lærer opp blir borte en periode, sykmeldt for eksempel, så kan ikke en annen bare ta over, vedkommende må læres opp, så da blir pasienten innlagt på sykehus fordi kompetansen i kommunen ikke er tilgjengelig i en periode. Så hvis vi hadde fått en respiratorpasient nå, så er det ikke sikkert at de som fikk opplæring i dette for et par år siden er her nå. Da må vi bygge opp teamet på nytt, og det tar tid.*

Flere informanter sier at det er krevende å rekruttere i alle grupper av helsepersonell. Andre, igjen, sier de har ansatte som ønsker kompetanseheving, men kommunen har ikke tilstrekkelig ressurser. Spørsmålet om ressurser handler både om at kommunen ikke får eksterne midler de har søkt og at kandidatene ikke får studieplass. Dette kan gjelde både helsefag- og sykepleierutdanning.

*Det var en helsefagarbeider som ønsket å starte på en deltidsutdanning i høst, men vi fikk ingen plasser.*

En informant i en annen liten kommune viser til lignende erfaring:

*Vi hadde en sykepleier som ville ta helsesykepleie, men der er det få plasser og vanskelig å komme inn, og hun hadde ikke nok poeng.*

Mange eksterne forhold spiller altså inn for å rekruttere og beholde helsepersonell. Det kan også være forhold som hvorvidt kommunen kan tilby jobb til ektefelle/partner, barnehage, skole, bolig og sosiale og kulturelle tilbud som kan gjøre kommunen attraktiv å bo i. Lønn nevnes også som viktig rekrutteringstiltak av noen. Andre sier at lønn er underordnet for eksempel

muligheten for en faglig interessant jobb. En av informantene fra en liten distriktskommune beskriver hovedutfordringene slik:

*Hovedutfordringer i helse- og omsorgstjenesten er alderssammensetning og bosettingsstruktur, som begge er utfordrende. Det gjelder både innbyggerne og ansatte.*

På den annen side gir større kommuner i utvalget eksempel på at både rekruttering og kompetanseutviklingen er tilfredsstillende. Bykommunen i utvalget har fordel av sykehus og utdanning i kommunen:

*Vi er heldige her i kommunen – har sykepleierutdanning i kommunen – og vi har sykehus. Sett tilbake i tid, har vi hatt god tilgang på kompetanse. vi har hatt god rekruttering når det gjelder helsefagarbeidere og sykepleiere.*

En annen informant, som har sykehus i nabokommunen, sier at nærhet til sykehuset kan være en utfordring når det gjelder å beholde sykepleiere:

*Vi ser jo også at bemanningssituasjonen er ganske lik kommunene imellom innen regionen og vi sloss om de samme folkene. Og kampen står mellom kommunene og sykehusene.*

En av de større kommunene i utvalget deler utfordring med andre og mindre kommuner som har desentraliserte tjenester:

*Vi har et sykehjem litt utenfor allfarvei – vi sliter med å rekruttere, og de som begynner der, de slutter så snart de får tilbud om stilling et annet og mer sentralt sted.*

Så godt som alle vi har intervjuet sier at deres kommune deltar i nettverk med nabokommuner, og noen nettverk er mer formalisert enn andre synes å være. Informantene sier at nettverk av nabokommuner er en fruktbar strategi både for å ivareta faglig utvikling og for å søke eksterne midler for å videreutvikle tjenestene. En av informantene beskriver erfaringene slik:

*Kommunen søker dette sammen med de andre kommunene i nettverket. Dette fungerer godt, men selv om det er viktige tilskudd så får vi aldri nok til å dekke behovet.*

Mer eller mindre formalisert samarbeid med nabokommuner – nettverk – fremheves som svært viktig både for å støtte hverandre i søknader om midler, samarbeide om stillinger, gi hverandre råd om hva som er lurt å gjøre for å rekruttere ønsket kompetanse. Informanter fra kommunene i Nordland sier at Regionalt kompetansekontor (RKK)<sup>1</sup> og det formaliserte nettverks-samarbeidet (et for tjenesteledere og et for politikere) mellom nabokommuner gjør det lettere å få til ordninger som bidrar til å utvikle kommunene, blant annet ved å tilby kompetanseheving

---

<sup>1</sup> RKK har som hovedoppgave å se til at kommunene får tilbud om etterutdanning for sine ansatte i samsvar med kommunale, regionale og nasjonale planer og prioriteringer.

for ansatte som ønsker det. En tilsvarende erfaring gjør kommuner i Innlandet som deltar i nettverkssamarbeid.

Regionalt nettverk er også viktig i rekrutteringsarbeidet, spesielt fordi rekruttering er en vedvarende utfordringer for små distriktskommuner:

*Det er viktig å se at man ikke er alene om rekruttering. Det er ganske trøstesløst hvis man ikke har andre, og viktig å se at man ikke er alene om dette.*

Et godt samarbeid med nabokommuner er også faktorer som fremmer tilgangen på kvalifisert personell, men som en av informantene påpeker kan fylkesgrenser være en barriere:

*...regionen er et samarbeid mellom flere kommuner, men vi ligger jo tett opp til nabofylket, og det er en utfordring å få til samarbeid mellom kommuner på tvers av fylkesgrenser.*

Samtidig som kommunene samarbeider om rekruttering og kompetanseheving, er de også konkurrenter:

*Vi konkurrerer med nabokommunene, som også er distriktskommuner, om å tiltrekke oss personell.*

Det er stort behov for breddekompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og eksempel som nevnes er kompetanse om diabetes, hjerte/lungesykdom, etikk og kulturelle kompetanse, psykisk helse, sammensatte sykdomsbilder. E-læring nevnes av mange som en god måte å tilby kompetanseheving på. Ved at undervisning tilbys via storskjerm, samtidig som ansatte får hjelp fra en veileder i kommunen, kan det meste av kompetansehevingen gjøres i arbeidstiden. Flere informanter nevner at kompetanse er noe som må oppdateres og holdes vedlike kontinuerlig. Dette skyldes både at pasienter kommer med ulike behov, og det skyldes at ansatte slutter i jobben og nye kommer til:

*De siste årene har vi fått stadig flere med hjemmerespirator, men det er jo ikke nok med utstyr, vi må jo ha folk som kan betjene dette utstyret. Det meste skal og bør løses i hjemmet, og det er både personell- og kompetansekrevende.*

Økte krav til kompetanse, kan bidra til å gjøre det mer attraktivt for sykepleiere å søke jobb i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men det kan også fungere motsatt. En informant beskriver dette slik:

*Jeg hører at mange sykepleierstudenter synes det er skremmende å jobbe i kommunene, fordi du står veldig alene. Holdningen om at det er kjedelig, forsvinner mer og mer. Sykehusene skriver jo ut pasienter mye tidligere. Det krever kompetanse, og at du holder deg oppdatert. Du har ikke et akutt-team, du må ta avgjørelser alene, eller i samråd med en som ikke har samme kompetanse som deg.*

Igjen vil organisering av tjenestene og oppfølging av ansatte være av betydning. Jo mer desentraliserte kommunens tjenester er, jo mer spredt vil kompetanse være, noe som kan gjøre det vanskeligere å rekruttere og beholde fagutdannede. Særlig kommuner med større geografisk utstrekning kan oppleve konflikt mellom målsettingene om geografisk nærhet til tjenestetilbudet og kompetanseheving.

*Jo flere som kan få kurset, jo lettere er det å implementere det i det daglige arbeidet.*

Allikevel er det slik at enkelte sier at det er ikke mange sykepleiere som etterspør videreutdanning. Det dreier seg ikke om mangel på faglig interesse, men økonomien og omkringliggende praktiske forhold stopper det. Mange ansatte forventer full økonomisk kompensasjon, med full lønn og dekning av studieavgift og bøker. Når kommunen ikke kan tilby dette, takker noen ansatte nei til tilbud om utdanning.

Om legedekning, sier flere av informantene at det er ekstra vanskelig å beholde lege når legen jobber alene og langt vekk fra sykehuset. Dette er sårbare forhold med mye ansvar. Det hemmer også at fastleger må ha liste av en viss størrelse for å få og opprettholde spesialiteten i allmennmedisin. Dette er ikke alltid er lett å få til i små kommuner med korte legelister.

En faktor som fremmer tilgang på kvalifisert personell, er tilbud om faglig utvikling. Nyutdannede sykepleiere er ute etter utvikling, og kommunen må tilby interessante arbeidsoppgaver og faglig påfyll.

*Vi ser det at om vi har faglig interessante ansattgrupper, da blir det enklere å rekruttere også.*

Dette må balanseres mot de ulike kontekstuelle forholdene som påvirker om ansatte går i gang med, og gjennomfører, kompetanseheving. Informantene er også opptatt av at tilrettelagte turnuser, tilbud om kortere kurs og deltagelse på ulike fagdager og seminarer er virkemidler for å beholde kvalifisert personell.

Alder på ansatte er en faktor informantene er opptatt av når det gjelder hvorvidt ansatte søker videreutdanning. Yngre ansatte har gjerne familie og små barn, gjerne boliglån og studielån, og de vil ikke reise langt hjemmefra over lange perioder for å ta utdanning. Det samme kan gjelde for kommuner som har en aldrende stab, der mange kommer til å pensjoneres i løpet av de neste 5-10 årene. Informantene sier at denne gruppen som regel ikke er interessert i et lengre utdanningsløp, men at kortere kurs kan være mer aktuelt.

### **2.3.2 Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i små kommuner?**

Hvilke særlige utfordringer står små kommunene overfor? I vår undersøkelse har vi intervjuet representanter for små kommuner i alle de tre fylkene som inngår i utvalget.

Intervjuene vise at det er generelt vanskelig å rekruttere kompetent personell i små distriktskommuner. I mange distriktskommuner er utkant/periferi en faktor som påvirker alle sektorer. Utkantkommuner kan ha vansker med å rekruttere generelt, ikke bare helsepersonell. En informant fra en av de minste kommunene er opptatt av at søkere/ansatte må ville bo usentralt for å trives, og for å bli i stillingen:

*For å bosette deg her må du tenke litt på hvilke valg du gjør, folk må ville bo slik.*

Når det er sagt, kan god kommuneøkonomi (for eksempel "kraftkommuner") gjøre det mulig å tilby god lønn og gode rammebetingelser for både videreutdanning og kompetanseheving generelt. Andre kommuner, med stram økonomi, stoppes av at behovet for vikarer for hver ansatt som tas ut av tjeneste blir for dyrt. En informant uttrykker det slik:

*Det går ikke å ta ut folk og ikke erstatte dem med vikar i tjenesten.*

Et annet moment som våre informanter trekker fram, er at de minste distriktskommunene ikke har videregående skole. Ungdommene reiser ut av kommunen for å gå på skole etter grunnskolen. Noen pendler, mens andre bor på hybel. Det betyr at ungdommene ikke tar jobb i helse- og omsorgstjenesten i helger og ferier, kanskje bortsett fra i sommerferien. Dermed blir de heller ikke kjent med kommunen som en mulig arbeidsplass. Et par av kommunen forsøker å løse dette ved å informere på den videregående skolen om hvilke arbeidstilbud som finnes i kommunen.

I våre intervjuer har vi eksempler på hvordan små kommuner har inngått regionalt samarbeid for å møte de utfordringene de står overfor når det gjelder kompetanse og rekruttering. Vi har eksempler på interkommunalt samarbeid om felles lokalmedisinsk senter med ulike spesialistfunksjoner, samarbeid om kommunale akuttplaner, intermedisærplaner, senger innen psykiatri, interkommunal legevakt, interkommunal barneverntjeneste, avlastning rus, og interkommunal jordmortjeneste. Våre informanter viser til at man med et slikt samarbeid kan tilby et større fagmiljø, og også gå sammen om å utlyse hele stillinger som skal dekke flere kommuner, men hvor hver av kommunene alene kun trenger en liten prosent av stillingen.

Noen informanter nevner at sykepleiestudenter kan synes det er skremmende å jobbe i en liten kommunene fordi de ofte blir stående alene i oppgaven, og at dette gjør det vanskelig å rekruttere, men særlig vanskelig å beholde ansatte over tid. Tilbud om lokale kurs, særlig når de kan tilby kurs der flere kan delta – fremmer samhold.

Lønn, geografi, og liten og spredt bosetning oppgis som grunner til at små og perifere kommuner kan ha vansker med å både rekruttere og beholde kvalifisert personell – både leger og sykepleiere.

Andre faktorer som hemmer tilgang på kvalifisert personell, er at utdanningsinstitusjonene ikke alltid legger til rette for at studenter kan ha praksis i hjemkommunen. Dette kan skape problemer for små og perifere kommuner, som da "mister" mulige kandidater ved at elever og studenter ikke blir kjent med kommunen som er fremtidig arbeidsplass:

*Det er kritisk negativt for oss.*

Informantene sier at studenter kan ha en tendens til å søke jobb der de har hatt praksis, og når de da ikke har hatt praksis i hjemkommunen, svekker dette sannsynligheten for at studenten kommer hjem etter endt utdanning.

Plassering av arbeidsstedet kan også spille inn i små og grisgrendte kommuner. En kommunalsjef får tilbakemelding om at sykepleierne ønsker å ha arbeidsstedet sitt sentralt i kommunen for å være en del av et større fagmiljø. Samtidig legger bosettingspolitikken i kommunen til rette for at innbyggerne skal kunne bo desentralt. Tanken er å skape levende lokalsamfunn, og at brukerne skal ha et tjenestetilbud i sitt nærmiljø. Derfor ønsker kommunen desentraliserte tjenester med små enheter. Samtidig gjør dette det vanskelig å skape et faglig stimulerende miljø for ansatte, og dermed vanskelig å besette stillingene i utkanten, ifølge informanten.

I mindre kommuner kan det gå lang tid mellom hver gang de får faglige oppgaver som krever spesiell kompetanse.

Informantene fra et par små distriktskommunene forteller at de har pengene, politikerne i kommunen har forståelse og vilje til å bevilge, men de får ikke nok søkere verken til stillinger eller til tilbud om utdanning for ansatte:

*Vi har ledige stillinger, men ingen søkere selv om det er 100% stilling.*

Et annet hinder er at små kommuner ikke har stor nok stab til å ha flere under utdanning samtidig.

Legedekningen i de minste kommunene er et stort og vedvarende problem. Fastlegedekningen, både rekruttering og stabilitet, i de minste kommunene er generelt vanskelig. En kommuneoverlege sier at kompetansekravene til fastleger knyttet til spesialisering i allmenmedisin også gjør det vanskelig å beholde leger. I små kommuner kan pasientlistene være for korte, og det er vanskelig å tilby faglig veiledning.

### **2.3.3 Hvordan planlegger kommunene sin strategi for kompetanseutvikling og rekruttering innen helse/omsorg**

Kommuner er i stadig endring, og dette gjenspeiles i planlegging og strategier for helse- og omsorgstjenesten. Planlegging er ressurskrevende, men samtidig nødvendig for å holde oppmerksomheten kontinuerlig rettet mot framtidsutfordringer. Alle informantene sier at



kommunen en eller annen gang har laget en plan for helse- og omsorgstjenesten, men ikke alle kommunene har oppdaterte planer. Noen har nettopp lagt nye planer, andre planla for flere år tilbake, men sier de skal i gang igjen.

*Vi legger om alle tjenestene våre nå. vi ser at vi må gjøre ting på en annen måte. Vi holder på å planlegge fremtidens omsorg i kommunen. Det er politikk. Virkemidlene er lønn, kompetanseutvikling, videreutdanning, amu-midler.*

Et par informanter sier at planlegging også er nyttig for at ansatte skal vite hva som vil komme til å være behovet framover. Dette vil kunne gi ansatte informasjon om hva slags kompetanse kommunen vil komme til å etterspørre, og følgelig hva slags kurs eller utdanning det vil være mulighet for å få støtte til: *for da vet de hvor kommunen vil med hensyn til kompetanseheving.*

Strategiarbeidet gjøres i tjenesten, og er ledet av kommunalsjef og enhetsleder i samarbeid med rådmannsgruppen. Ferdige planer og strategier presenteres deretter i de politiske organene, som regel til informasjon, sjelden til diskusjon. I hovedsak sier informantene at dette med strategi og planlegging er delegert til tjenesteledelsen, og at politikerne er "lydhøre" og "forståelsesfulle", og tar planene til etterretning. Samtidig er det forskjeller mellom kommunene i hvor tett dialogen mellom politikere og administrasjon er. Kommunalsjefen i en av de minste kommunene forteller:

*Jeg representerer rådmannen i levekårsutvalget. Da har de [politikerne] veldig tett og korrekt informasjon fra meg som sitter på faget. De har jo møter i forkant av hvert kommunestyre, en gang i måneden. Da representerer jeg rådmannen på mitt felt, sammen med kommunalsjef for barn og oppvekst. Enten etterspør politikere selv, eller så lager vi meldingssaker. Det er vi som skriver sakene. Da melder vi opp, for eksempel om utfordringer på legesiden. Da kan jeg kalle inn kommuneoverlegen eller helsesjefen på sitt felt. Vi har en tett og god dialog med politikere. Det tror jeg er viktig. Det gjør at politikere prioriterer det.*

Spesielt i de minste kommunene er veien til det politiske nivået kort, fordi "alle kjenner alle", og derfor kjenner både politisk og administrativt nivå godt til behovene i kommunen og de utfordringene tjenesten har.

Bare i to av kommunene vi har intervjuet sier de at de gjennomfører systematisk kompetansekartlegging som omfatter mer enn bare formalutdanning. Der har de også kartlagt hva slags praksiskompetanse, kurs og fagspesifikk opplæring ansatte har fått, og når de gjennomgikk opplæringen.

*Alle ansatte fyller inn i et eget rammeverk, samt at kompetanse dokumenteres i medarbeider-samtaler. Vi har dermed dokumentert både formalkompetanse og realkompetanse – rutiner, hva ansatte faktisk gjør. Vi kan nå sjekke kompetanse mot turnus og raskt se om vi har riktig kompetanse på vakt.*

Dette gir ledelsen et godt verktøy for å kunne planlegge turnuslister, blant annet når de får pasienter som trenger spesiell faglig oppfølging, og det gir oversikt over hvilke ansatte som bør



få tilbud om kompetanseheving. Men systematisk kompetansekartlegging er ressurskrevende å gjennomføre, og må gjøres med jevne mellomrom for å holdes oppdatert.

I en av de større kommunene i utvalget, har de laget en egen kompetanseplan for helse og omsorg: *Vi etterutdanner jo selv, gir tilskudd og stipend til utdanninger eksternt, vi har mer enn 100 personer på kompetansehevede tiltak til enhver tid.*

Informanten fra kommunene beskriver kontakten med Fylkesmannen som tett og god, og tilskuddene derfra er avgjørende for at kommunen jevnlig kan tilby ansatte kompetanseheving og utdanning.

Fleksibilitet i turnus- og vaktordninger er også et virkemiddel som brukes i strategisk planlegging, og som et middel for å beholde ansatte. Et eksempel som nevnes er kreativitet i helgeturnuser, - som er upopulære vakter.

I en av de minste kommunene kan ansatte velge mellom tre alternative turnuser i helgene: *Ansatte kan velge mellom pest eller kolera, men ingen trekker seg på grunn av dette.*

Også deltagelse i ulike prosjekter er nevnt som nyttig i strategiarbeidet og for kompetanseutviklingen. Under Kompetanseløft 2020 nevnes både *Jobbvinner*<sup>2</sup> og *Menn i helse*<sup>3</sup> av flere av informantene som tiltak de har hatt god erfaring med, men også prosjekter knyttet til velferdsteknologi, rehabilitering og andre prosjekter nevnes.

*Vi er med i Pasientsikkerhetsprogrammet, Tidlig oppdagelse av forverret tilstand, hvor vi har fått midler fra Fylkesmannen. Andre ting: fall, ernæring, legemiddelhåndtering – intern opplæring, nettverk – demensomsorg og velferdsteknologi - abc-utdanningene er vi veldig glade i, for dette er det enkelt å gjennomføre i grupper og på tvers sånn at det ikke er bare en yrkesgruppe som tar et abc-kurs.*

Flere av informantene sier om sin kommune at de har ansatte på videreutdanning hele tiden, men spesielt de mindre kommunene kan ikke ha mange om gangen. De minste kommunene har kun ressurser til at én ansatt kan tas ut av tjenesten for å kompetanseheve seg. Små kommuner har få folk generelt, og dette gjør det vanskelig å omorganisere tjenesten for å erstatte den som går i permisjon. I tillegg må kommunen finansiere vikar for hver som tas ut av tjeneste. Små kommuner kan være avhengig av å rekruttere via vikarbyrå, noe som er dyrt. De større kommunene i utvalget har flere ansatte på ulike kompetanse- og utdanningsprogram til enhver tid: *... alt fra de som skal bli helsefagarbeidere, til sykepleiere som skal ta spesialutdanning, og også til de som skal ta lederutdanning.*

<sup>2</sup> <https://jobbvinner.no/> en nasjonal satsing med mål om å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

<sup>3</sup> <https://mennihelse.no/>

Flere informanter er inne på at kommunen trenger variert og bred kompetanse. Kortere kurspakker er populært både hos ledelsen og ansatte. ABC-kurs<sup>4</sup> og e-læringskurs er nevnt som eksempler. Disse er lite ressurskrevende for tjenesten. Ansatte kan ta kursene i arbeidstiden eller de kan bruke fritid og avspasere uten at dette krever stor omorganisering og planlegging i tjenesten, - og ansatte trenger ikke pendle eller søke om permisjoner som ved lengre utdanningsløp.

*Vi trenger mye bredere kompetanseheving enn at en sykepleier tar en master. En master redder ikke de små kommunene. Vi har mye mer behov for breddekompetanse innenfor mange sykdomsfelt. Du kommer ikke langt med bare en master i sykepleie.*

### **2.3.4 Hvilke virkemidler bruker kommunene i planleggingen og i rekruttering av nødvendig personell til helse og omsorgstjenesten**

Samtlige informanter sier at Kompetanseløft 2020 har vært svært viktig både for å rekruttere og kompetanseheve personell. Kommunene hadde ikke kunnet utdanne så mye personell som de har uten hjelp fra Kompetanseløft 2020. En informant fra en av de minste kommunene sier:

*Kompetanseløft 2020 har vært alfa og omega for å få til dette, vi er veldig fornøyde med dette og har fått utdannet mye personell med hjelp fra Kompetanseløft 2020.*

En informant fra en av de større kommunene sier:

*Når det gjelder kompetansehevingen, ville vi ikke kunnet ha satsset like mye dersom vi ikke hadde hatt kompetanseløftet. Som kommune er vi avhengig av støtte fra staten på dette feltet. Vi hadde aldri brukt 1.6 millioner kroner av egne midler på dette området.*

I dette utvalget er det noen små kommuner som har brukt egne ressurser for å skaffe kompetent personell til kommunen. Dette gjelder særlig fastleger og sykepleiere, men også i noen grad helsefagarbeidere og annet helsepersonell. En kommune har brukt egne ressurser til å skaffe psykolog, ergoterapeut og fysioterapeut. En kommune har finansiert allmennlegespesialisering for en lege gjennom stipend. En annen kommune har dekket full lønn for to sykepleierutdanninger. Disse sakene ble behandlet politisk før de kunne gjennomføres. Et par andre kommuner har tidligere dekket sykepleierutdanning mot pliktår, men gjør ikke dette lenger. En annen kommune praktiserer bindingstid: *Vi har bindingstid, jeg tror det er ett år, og det skal være tilpasset det man har fått av utdanning.*

Et par kommuner gir tilskudd til utdanning mot at studentene forplikter seg til å jobbe i kommunen under utdanningen i helger og ferier.

<sup>4</sup> ABC-kurs er virksomhetsinterne tiltak for kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene <https://abc.aldringoghelse.no/>

*Det vi gir folk i utdanning er at vi tilbyr en form for lærling eller deltidsutdanning hvor vi gir dem permisjon med lønn i de periodene hvor de har praksis på andre steder eller er på skole.*

*Vi har kartlagt hvor mange lærlinger har vi, hvor mange har vi som ønsker å ta en helsefagutdanning, hvor mange er det som har tenkt å ta høyskoleutdanning, hvor mange har tenkt å ta videreutdanning, eksempelvis innen helsefag, for høyskole. Og så har vi motivert til å ta kurspakker, for eksempel ABC, demensomsorgens ABC, som vi har planer om at alle våre ansatte innen helse og omsorg skal ta. I ABC betaler vi materiell og så får de litt på timebasis. Vi kan ikke krevet at folk tar slike kurs på fritiden, da gir vi dem avspaseringstimer eller lønn.*

En betingelse for å få støtte til utdanning er at tjenesten trenger denne kompetansen. For å bli støttet, få permisjon med lønn, støtte til å ta grunnutdanning eller videreutdanning, skal dette være en del av kommunens kompetanseplan: *Det er noe vi trenger, ikke bare ut fra hva de enkelte har lyst til.*

Og så kommer neste utfordring; vedkommende sin kompetanse må bli brukt i tjenesten slik at den ansatte også opplever at kompetansen blir verdsatt. Hvis ansatte skal motiveres til å gå i gang med et lengre utdanningsløp, må de oppleve å bli verdsatt etterpå ved at de ikke blir satt i de samme oppgavene som tidligere, men får mer ansvar og mer utfordrende – og mer faglig interessante – oppgaver. Dette er også viktig for at tjenestens ressurser skal brukes best mulig.

*Det er viktig for den enkelte at dersom man har tatt en videreutdanning, så blir den brukt også, og at ikke bare pasienter i din avdeling får glede av dette, men også på tvers i tjenesten.*

Men selv om kommunen er villig, og det finnes utdanningstilbud, er det ikke alltid lett å få kandidater. Informanter fra de små kommunene forteller at de både opplever at kandidater ikke får studieplass, og at ansatte ikke tar imot tilbud om kompetanseheving og/eller utdanning.

*Vi skulle få fire plasser på helsefag. De skulle jobbe 50 prosent og med 30 prosent lønn, pluss at kommunen dekket direkte utgifter inntil 30000 og semesteravgift. Det meldte seg én interessert.*

I en kommune har nyutdannede fått ti års ansiennitet for at kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass. Andre virkemidler som er blitt brukt med varierende hell, er tilrettelagt turnus og individuelt tilpasset arbeidstid.

*Vi ansetter ikke ufaglærte, men bruker ufaglærte på små helgestillinger. Hvis assistenter blir over lengre tid, så anbefaler vi dem å ta en utdanning innen helse og omsorg, enten ordinært forløp som lærling, tar desentralisert sykepleierutdanning som vi har tilbud om i regionen, eller tar et annet forløp gjennom NAV hvor du er praksiskandidat eller noe sånn. Vi har kjørt veldig mange gjennom disse systemene.*

Flere informanter nevner at de har prøvd ulike typer turnusordninger for å rekruttere og for at ansatte skal bli i jobben. Alle kommunene tilbyr kurs til alle som vil. For å kvalifisere ufaglærte til helsefagarbeider, eller for å rekruttere helsefagarbeidere, samarbeider flere av kommunene med videregående skoler i nærområder som tilbyr helsefagutdanning. Kommunene informerer elevene om jobbmuligheter i kommunen, og de tilbyr lærlingplasser. En kommune bruker aktivt NAVs praksiskandidattilbud for å skolere helsefagarbeidere. Flere av informantene nevner at en attraktiv hverdag med faglig påfyll er et viktig rekrutteringstiltak, spesielt for sykepleiere. I tillegg er lønn viktig, spesielt for å rekruttere leger.

### **2.3.5 Hva trenger kommunene for at de skal gjennomføre systematisk planlegging for kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten?**

Samtlige informanter sier at jevnlig planlegging er viktig. Informantene er opptatt av at planlegging er nødvendig for at kommunen skal ligge i forkant av framtid utfordringene. Flere informanter sier det er liten aksept for å bruke eget budsjett til annet enn drift, selv om enkelte forteller at det har vært gjort unntak. Eksterne midler, som Kompetanseløft 2020, er derfor helt avgjørende for tjeneste- og fagutvikling. Samtidig må midler passe med behovet i kommunen og med tilbudet av studieplasser. Et eksempel som flere nevner er behovet for å utdanne helsesykepleiere. Kommunen får pengene, men det er få studieplasser, og derfor vanskelig å komme inn på studiet. En informant sier at ingen sykepleier går i gang med å skaffe seg flere studiepoeng for å komme inn.

Kommunene trenger, og har god nytte av, å jobbe i nettverk med andre kommuner. Dette handler både om å hjelpe hverandre med å tenke strategisk om kompetanseutvikling, lage gode planer og ikke minst lage gode søknader.

Kompetansekartlegging er ressurskrevende, men et nyttig verktøy i den strategiske planleggingen. I en kommune har de brukt flere år på å lage konkrete kompetanseplaner som omfatter både ansattes formalutdanning og praksiskompetanse, og også hvilke rutiner de skal jobbe etter og hvilke oppgaver hver enkelt ansatte er kvalifisert for å gjøre. Planen er blitt et viktig verktøy i daglig planlegging og strategisk planlegging.

I små kommuner kjenner befolkningen og ansatte hverandre, og både tjenesteledere og politikere har god oversikt over behovene. Der er det lett å kartlegge og beregne framtidige behov. I større kommuner trengs det mer formalisert planlegging.

Noen informanter er inne på at kommunene kunne være "dristigere" til å ansette andre profesjoner enn helseprofesjoner i helse- og omsorgssektoren, - for eksempel pedagoger.

### 2.3.6 Kompetanseplaner for helse og omsorg – politisk forankring

De fleste kommunene har kompetanseplaner eller er i gang med å utarbeide slike planer. Det varierer imidlertid hvor involvert kommunepolitikere er i dette arbeidet.

*Det er til syvende og sist politikerne som gjør prioriteringer om bruk av midlene i kommunen, så der er det interessant at kompetanseplanen ikke behandles politisk. Samtidig er det vi i administrasjonen som legger til rette for hva vi ønsker at politikerne skal ha fokus på. Vi har stor påvirkningsmulighet*

Mens noen av casekommunene svarer at planer blir utviklet og behandlet i tjenesten og tatt til etterretning i de politiske foraene, har andre en tettere dialog med politikerne.

*Politikerne hos oss vedtar en strategi for omsorg – men det er ikke så nedpå at de vedtar en kompetanseplan – den vedtas administrativt.*

Informantene sier at politikerne har god forståelse for utfordringene de står overfor. De forteller at det er lett å få aksept for planer og behov, men noen sier at til tross for at de møter forståelse, må de forholde seg til svært stramme budsjett.

*Vi har en kompetanseplan som vi skal revidere nå, og vi har snakket om å få denne planen godkjent på politisk nivå så politikerne er klar over hva slags kompetanse vi vil ha behov for framover. Vi har hatt kompetanseplan lenge, men den er ikke tidligere behandlet og godkjent. Det er vi som ønsker en slik forankring, ikke politikerne som har bedt om det.*

Videre sier enkelte av informantene at andre politiske målsettinger blir viktigere enn kompetanseheving. Dette gjelder særlig i spørsmålet om desentraliserte tjenester, hvor noen av kommunene opplever at målet om tjenester der folk bor gjør det vanskeligere å rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft.

### 2.3.7 Bemanningsnorm i helse- og omsorgstjenestene som virkemiddel

Informantene sier at spørsmålet om bemanningsnormer er et vanskelig tema fordi bemanning må reflektere pleietyngde, og fordi kommunene har ulik prioritering mellom hhv. institusjon og hjemmetjenester. Enkelte informanter er inne på at hvis man skal ha bemanningsnormer, må dette differensieres slik at det både reflekterer kommunestørrelse, befolkningsprofil og hvordan tjenesten er organisert. Bemanningsnormer må ta utgangspunkt i pleietyngde og lokalt tilpassede løsninger. Noen kommuner har institusjoner med svært syke pasienter, og dermed behov for mange ansatte med høy kompetanse. Noen kommuner har få institusjonsplasser, og de er reservert for de aller mest pleietrengende. Andre kommuner har plasser tilgjengelig også for beboere med færre hjelpebehov. Noen kommuner har en befolkning med stor andel eldre, andre har ikke dette i samme grad. Alt dette påvirke bemanningsbehovet på ulike måter.

En informant for en større kommune svarer:

*Vi er ikke så glad i dette med bemanningsnorm – men kompetansekrav har jeg mer sans for – for da må man jo ta en utdanning. Vi er en kommune med mange institusjonsplasser, så våre sykehjemsbeboere er mindre pleietrengende i snitt enn i andre kommuner med færre institusjonsplasser. Så hvis vi skulle hatt samme bemanningsnorm, for disse to kommunene som har organisert seg så forskjellig, så blir det feil.*

En annen informant vurderer dette annerledes:

*Vi er veldig lavt bemannet i forhold til våre nabokommuner, så vi hadde kommet positivt ut av en bemanningsnorm. Ser jo etter hvert at de som ligger på sykehjemmet er de sykeste av de syke, de mest demente og de mest utagerende – så vi hadde hatt nytte av en norm.*

### **2.3.8 Kommunenes satsing på økt lederkompetanse**

En av de seks politisk vedtatte strategier i Kompetanseløft 2020 setter søkelys på å "bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt kompetanse for ledere". Helsedirektoratet, i samarbeid med KS, har gitt Handelshøyskolen BI i oppdrag å levere dette lederprogrammet (Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten) som en del av Kompetanseløft 2020. Utdanningen er rettet mot ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Høsten 2020 vil det bli tilbud om en klasse ved BI Stavanger og tre klasser ved BI Oslo. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten beskrives som et sentralt virkemiddel for å nå målene i arbeidet med utfordringene i tjenestene. Studieavgiften i den nasjonale lederutdanningen er dekket av Helsedirektoratet gjennom oppdraget til BI om å tilby utdanningen. Reise og opphold må dekkes av den enkelte.

Vi spurte kommunene i vår intervjuundersøkelse om deres erfaringer med Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Alle kommunene svarer at lederutdanning har vært et satsingsområde, men ingen av kommunene har erfaring med den nasjonale lederutdanningen som en del av Kompetanseløft 2020. Noen av informantene sier at kommunen har erfaring med lederutdanning gitt via Høgskolen Innlandet, men også andre lederutdanninger. Alle kommunene har tilbud om kvalifisering for sine ledere, også enhetsledere. I noen av kommunene gis det lønnet permisjon for at ansatte skal ta lederutdanning. Mange forteller at kommunene har hatt slike tiltak gjennom flere år. Dette har i hovedsak vært gjennom lederutviklingsprogrammet til KS, og alle sier de har hatt god nytte av dette. I en av de større kommunene har lederutdanning vært på programmet i flere år:

*Vi benyttet den forrige ordningen på en særdeles aktiv måte, så til jul i 2018 fullførte 40 ledere innen helse og omsorg 60 studiepoeng i ledelse i regi av høyskolen Innlandet og Fagakademiet. Dette var den gamle ordningen.*



Lederutdanning vurderes av alle informantene som helt avgjørende for god drift og et godt strategiarbeid. En av våre informanter uttrykker det slik:

*Skal vi drive fagutvikling og kompetanseheving, så er vi nødt til å ha ledere som er opptatt av dette. Derfor satser vi på lederutdanning.*

Videre pekes det på at lederutdanningen må innrettes mot alle ledernivåer, ikke bare ledere på overordnet nivå, men kanskje særlig på enhetsledernivå: *Det er jo her vi trenger gode ledere for å drive faglig rettet utviklingsarbeid.*

### 2.3.9 Informantenes tanker om utfordringer framover

Flere av informantene er opptatt av at de har oversikt over situasjon nå på intervjuetidspunktet, men de regner med at mye kan komme til å forandres på kort tid. Tilgangen på kvalifiserte ansatte kan svinge uten at det alltid er lett å se hvorfor eller hva som påvirker dette.

*Selv om man kan definere behovet framover, hva vi trenger av kompetanse og stillinger, så vet vi ikke hva slags ramme vi har å forholde oss til.*

*Men vi merker at det ikke er så mange søkere på sykepleierstillingene nå, enn tidligere, verken til faste eller vikariat. Så noe er i ferd med å skje.*

Flere er inne på at masterutdanninger er viktig, men ikke tilstrekkelig for å dekke behovet for kompetanse i tjenesten som helhet, og av og til heller ikke riktig kompetanse sett i forhold til oppgavene i tjenesten. En informant fra en av de større kommunene sier:

*Dette med master er krevende – vi erfarer at når man tar en master er det en forventning om at da skal man jobbe annerledes når man er ferdig. De fleste sykepleiere trenger vi rundt pasienten – vi har ikke mange stillinger som er administrative.*

Blant annet på grunn av at det store behovet handler om mer kvalifisert personell "ved sengen", er flere informanter inne på at mer oppgavespesifikk kompetanseheving er viktigere for tjenesten som helhet. Kortere kurs og kompetanseheving i arbeidstida gir "mengde" – flere ansatte får oppgavespesifikke kunnskap og ferdigheter på kortere tid og med færre kostnader for kommunen. På spørsmålet om hva de ser av behov for sin tjeneste framover, svarer en informant fra en av de minste kommunene:

*Ønskeliste? Klart svar – ønsket meg en bedre helsefagarbeiderutdanning – den holder ikke mål sånn som den er i dag. gjorde hjelpepleierne mye bedre rustet til å møte pasientene og en sykere pasientgruppe, enn det helsefagarbeiderne er i dag.*

En annen fra en litt større kommune, sier:

*Man burde ha fått til en mer helhetlig utdanning sykepleiere og helsefagarbeidere – for nå er forskjellen for stor. Dagens helsefagarbeiderutdanning er ikke tilpasset den situasjonen kommunene er i.*

Også en informant fra en av de større kommunene er inne på at den nye helsefagutdanningen ikke erstatter den gamle hjelpepleierutdanningen:

*En hjelpepleier hadde kompetanse på sykdomslære, det å observere utvikling og forverring. Helsefagutdanningen har mer oppmerksomhet mot omsorg. En helsefagarbeiderne kan vi ikke bruke til det samme som hjelpepleierne. Og utviklingen i pasientgruppen viser at vi trenger mye bredere kompetanse for ulike brukergrupper, sykdommer og aldre. Vi ser jo en fremtid hvor vi vil ha behov for mer personell generelt, og også mer spesialisert kompetanse. Vi er jo bare i startgropa når det gjelder eldrebølgen – og vi ser jo at sykehusene har virkelig "tatt av" – bare de 2-3 siste årene ser vi en dramatisk endring i utskrivningspraksisen fra sykehusene – og vi merker særlig endringer innenfor psykiskhelsefeltet.*

### **2.3.10 Fylkesmannens rolle i kommunenes strategiarbeid knyttet til kompetanseutvikling**

Intervjuene viser at fylkesmannsembetene arbeider noe ulikt med tanke på hvor tett og på hvilken måte de følger opp kommunene. Våre intervjuer viser forskjeller embetene imellom når det gjelder prioritering av utviklingsarbeid, når det gjelder kompetanse, og også hvordan embetene er organisert med hensyn til ansvar for oppfølging av Kompetanseløft 2020, - om dette er plassert i helse eller utdanning.

Informanter i kommunene i Rogaland sier at samarbeid med Fylkesmannen er godt. Kommunalsjefer herfra sier de har et nettverk, og der møter de ofte representanter fra både Fylkesmannen og KS. Fylkesmannen tar initiativ til å samle kommunene for å informere og diskutere strategier knyttet til statlige satsinger. Blant annet inviterer Fylkesmannen til en åpen tilskuddskonferanse i januar hvert år. Der er tilskudd, kompetanseutvikling og planarbeid tema. En av kommunene uttrykker det slik:

*"Det er ikke lang vei til Fylkesmannen. Når det gjelder midler, er de på tilbudssiden."*

I Nordland er det første og fremst opp til kommunene å ta kontakt med Fylkesmannen. Her er de interkommunale nettverkene og regionale samarbeidene viktig for kommunene, blant annet for å støtte hverandre for å diskutere nåværende og framtidige behov og strategier, hvordan man bør gå fram for å søke om tilskudd og for å fordele eventuelle tilskudd seg imellom. En av kommunene uttrykker det slik:



*"Fylkesmannen gir lite informasjon om hva vi kan søke og hvordan vi skal skrive en god søknad for å få midler. Fylkesmannen formidler ikke informasjon eller arrangerer samlinger for kommunene. Vi må selv ta kontakt og etterspørre. Vi lærer av andre kommuner".*

Kontakten mot Fylkesmannen går i hovedsak via nettverket, som beskrives som *"en motor som hjelper oss til å være på"*. Det regionale kompetansenettverket muliggjør samarbeid om felles søknader og oppfølging av kompetanseutvikling. Kommunene i nettverket går sammen om å søke midler, og får ifølge informantene bra med uttelling. Nettverket fordeler så midler i fellesskap.

Intervjuene med medarbeidere fylkesmannsembetet i tidligere Hedmark og Oppland fylker viser også at fylkesmennene har jobbet forskjellig og har forstått sin oppgave og sitt mandat noe ulikt. I Hedmark har man hatt et tilbud om søkeverksted, en arena hvor Fylkesmannen informerer kommunene og tilskuddsordningene. Erfaringene med søkeverkstedet uttrykkes slik av et par av kommunene:

*"Det er veldig nyttig for oss, for det er mange ulike ordninger å gjøre seg kjent med."*

*"Fylkesmannen arrangerer seminarer hvor de orienterer oss om hva vi kan søke på. Når det er kommet en ny veileder, en ny forskrift og så videre. Søkeverkstedet i regi av Fylkesmannen er en god ordning – her gis det informasjon om tilskuddsordningene. Vi blir invitert til søkeverksted en gang i året, og vi får informasjon om alle slags midler vi kan søke om. Det er veldig nyttig for oss, for det er mange ulike ordninger å gjøre seg kjent med".*

Tilsvarende har man ikke hatt i Oppland. Etter sammenslåingen innføres imidlertid søkeverksted for hele nye Innlandet fylke. I Oppland har man på sin side benyttet verktøyet Kommunebilde<sup>5</sup>, som viser hvilken kompetanse kommunene har og hva de mangler. I Hedmark har man ikke brukt Kommunebilde, men satset mer på rollen som veileder og rådgiver, og mindre på planarbeid. I Hedmark var det etablert en koordineringsgruppe for Kompetanseløft 2020 for systematisk arbeid med kompetansebehov, en gruppe bestående av kommunene, høgskolene, fagforeninger, sykehus og Fylkesmannen. En slik gruppe hadde ikke Oppland, men man prioritert heller å etterspørre kompetanseplaner fra kommunene.

Fylkesmannen får årlig et tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet hvor det står prioriteringer og regelverk for tilskuddet. Som illustrert ovenfor, viser våre intervjuer at fylkesmennene arbeider ulikt, noe som dels kan forklares med et ulikt utfordringsbilde fylkene imellom. Men som vist, varierer embetene med hensyn til hvor tett de følger opp kommunene, og på hvilken måte de gjør dette. Intervjuene med både informantene hos Fylkesmannen og informanter i kommunene viser at prioriteringene i tilskuddsbrevet virker førende for hva kommunene søker om. Samtidig viser flere intervjuer med kommunerepresentanter at fylkesmennene i stor grad lytter til signalene fra kommunene. Følgende ytring illustrerer dette:

<sup>5</sup> Kommunebildene er basert på 50 kvalitetsindikatorer for kommunal drift på de områdene Fylkesmannen har ansvaret for. Kommunen har en måned til å komme med innspill. Bildene danner grunnlag for dialog mellom Fylkesmannen og kommunen både på fag- og overordnet nivå

*"Tilskuddsbrevet peker ut en retning, men det bør være kommunene som selv vet hva de trenger og bør få prioritere ut fra dette, så da fordelere vi mest ut fra det kommunene rapporterte behov. For kommuner kan ha behov for eksempelvis flere helsefagarbeidere, ikke mer kompetanse innen palliasjon og ernæring. Så da hører vi på hva kommunene trenger. Dette er en frihet som vi tar oss".*

## 3 Del 2: Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen 2018 og 2019

### 3.1 Innledning

I dette kapittelet gjennomgås enkelte endringer i hovedtendensene som ble funnet i første delrapport fra prosjektet, samt en gjennomgang av tendensene for kommunenes arbeid med Kompetanseløft 2020 slik dette kan leses ut av data fra de *to spørreundersøkelsene sett under ett*. Funn i første delrapport er presentert i Nesje mfl. (2018), og strukturen i kapittel 4 følger strukturen i den første delrapporten. Den første spørreundersøkelsen ble sendt ut i begynnelsen av mars 2018, og den samme undersøkelsen ble, med enkelte mindre endringer, sendt ut på nytt i september 2019. Som forrige gang ble invitasjon til spørreundersøkelsen om kommunenes arbeid med Kompetanseløft 2020 sendt ut til rådmennene i kommunene, med anmodning om at lenke til undersøkelsen ble sendt videre til en medarbeider med kjennskap til feltet, eventuelt at rådmannen selv svarte. Ved årets slutt hadde 159 kommuner av totalt 423 (38 prosent) besvart hele eller deler av det siste spørreskjemaet.<sup>6</sup> I det følgende presenteres hovedmønstre i kommunenes svargiving, og resultatene presenteres *samlet* for *begge* undersøkelsene. Det listes opp svar fra kommuner som kun har svart på én av undersøkelsene (enten i 2018 eller 2019) *eller* også det *siste* svaret fra kommuner som har svart begge gangene. På denne måten får man en bred oversikt over «nivåene» i svarene, og arbeidet med Kompetanseløft 2020, innenfor en relativt kort tidsperiode av reformen. Til sammen er det kommet inn 261 svar fra kommunen gjennom de to spørreundersøkelsene, slik at 62 prosent (261 av 423 kommuner) har besvart hele eller deler av undersøkelsene.

Generelt egner ikke datamaterialet seg til å konstruere *endringsmål* – dvs. til presentasjon eller testing av *endring av adferd* hos kommunene. Både presisjonen i spørsmålene som (kan) stilles, et lavt antall kommuner som svarer begge gangene og den korte tiden som er gått mellom de to undersøkelsestidspunktene bidrar til dette. Her er det allikevel en fordel at man kan vise til eventuelle endringer *innenfor* en og samme kommune, slik at man kan fastslå med større sikkerhet at eventuelle endringer er reelle, og ikke bare skyldes forskjeller mellom utvalgene av kommuner på de to undersøkelsestidspunktene. Med denne typen tester finner vi i nær sagt alle tilfeller svært få og svake endringer i mønstrene som vi fant i den forrige runden, som vist i Nesje mfl. (2018). Med andre ord finner vi lite grunnlag for å si at kommunene har endret adferd (målt blant dem som svarer ved begge anledninger)<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Dvs. blant de 423 kommunene med gyldige rådmannsadresser. I første utsendelse svarte om lag 51 prosent av kommunene.

<sup>7</sup> Unntaket er i spørsmålet om kommunene ansetter personell med forskningskompetanse (se figur 16 og tabell 2 nedenfor).

Som i forrige runde, presenterer vi svarmønstre der kommunene grupperes etter kommune-størrelse, der dette er hensiktsmessig.<sup>8</sup> Vi presenterer svarmønstre etter hovedinndelingen i selve spørreskjemaet, dvs. det presenteres funn om kommunenes i) arbeid med rekruttering og bemanning, ii) opplevde kvalitet i og tilpasning av helse- og sosialutdanningene, iii) strategier for kompetanseøkning og iv) bruk av søkte midler og deres relevans.<sup>9</sup> I enkelte tilfeller presenteres resultater i form av tabeller som kan virke «tekniske». For å vise resultatene er ikke slike tabeller nødvendige å tolke i selv, men de presenteres likefullt for å sikre en viss gjennomsiktighet i analysene. Resultater ellers presenteres visuelt i ulike figurer.

Vi viser først kort til at datamaterialet, så langt vi kan se, er et noenlunde representativt utvalg av kommunene, med hensyn til fylkestilhørighet, befolkningsstørrelse og kommunale inntekter, noe som også var tilfelle med det noe «tynnere» materialet i forrige runde (Nesje et al., 2018).

### 3.2 Representativitet etter fylke, sentralitet, befolkningsstørrelse og inntekter

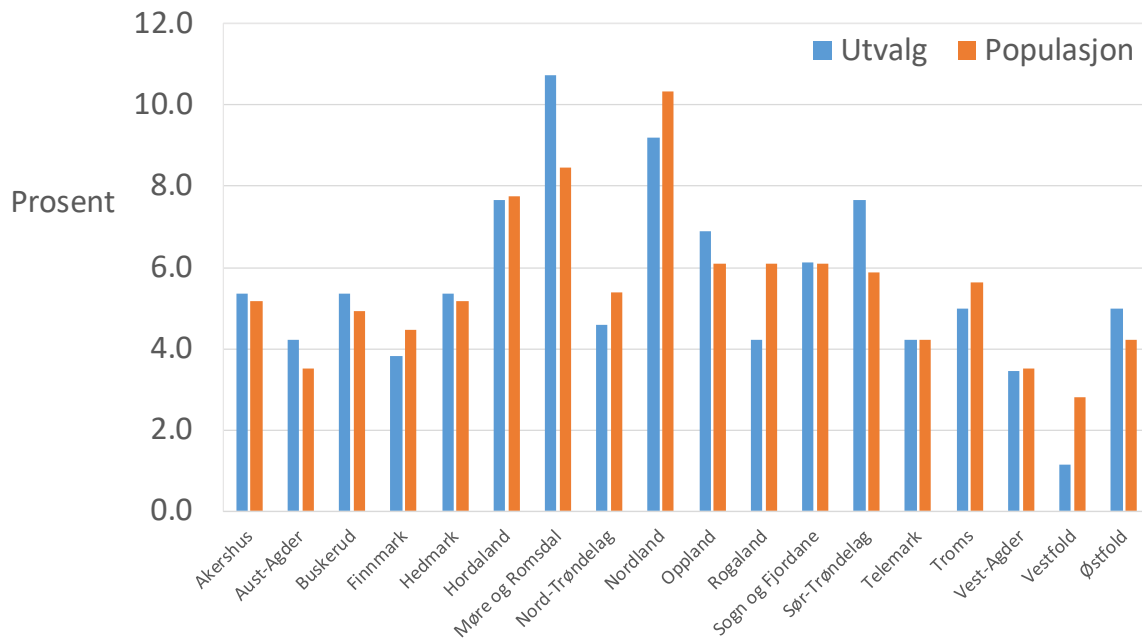
I figur 1 nedenfor er kommuner i både vårt utvalg og i populasjonen av norske kommuner gruppert etter fylkestilhørighet. I tillegg til kommunene som svarte i den første undersøkelsen (Nesje mfl. 2018) er det her også lagt til nye kommuner, som altså ikke svarte første gang. Hovedinntrykket i første delrapport, Nesje (2018), var at kommunene i det enkelte fylket synes å være noenlunde likt representert i både utvalg og populasjon, selv om kommuner fra enkelte fylker er noe overrepresentert eller underrepresentert. Med nye kommuner lagt til siden kartleggingen i 2018 er representativiteten på dette punktet nokså uforandret. Dette gjelder også når en ser på inndelingen av kommuner etter sentralitet<sup>10</sup>, slik som ses i figur 2.

<sup>8</sup> Gruppene her er av noenlunde samme størrelse, slik at en total «hovedtendens» kan leses ut av et snitt av gruppemålene. Kommunestørrelse kan fange opp organisasjonsstørrelse, men også fange opp andre forhold, slike som sentralitet, befolknings sammensetning og kommunale inntekter, som også kan påvirke svarmønstret. Som i Nesje mfl. (2018) utelates spørsmål som lister opp svært detaljerte svarmuligheter: Dels trenger slike spørsmål til en fornuftig gruppering av svaralternativer på forhånd, dels trenger også slike spørsmål et bedre datagrunnlag (dvs. høyere svarprosent) for å kunne belyses på en rimelig måte.

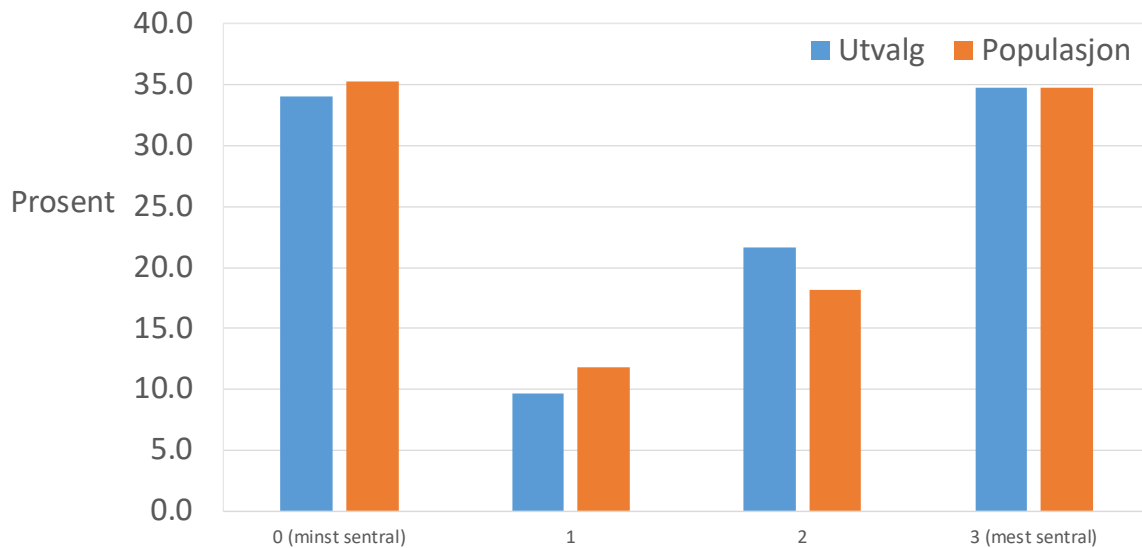
<sup>9</sup> Alle spørsmål er gjengitt i spørreskjemaet i appendikset i Nesje mfl. (2018).

<sup>10</sup> For definisjon av sentralitet, se <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/128/versjon/468>. Nedenfor legges «korrigerede frie inntekter» til grunn, dvs. inntekter fra skatt på inntekt og formue, samt inntekter fra rammeoverføringer, per innbygger, justert for lokale behov. Justeringen fremkommer ved at det tas hensyn til behov etter kostnadsnøkkel (bl.a. befolkningsandeler), slik at kommuner med særlig krevende behov får justert sine frie inntekter ned, mens kommuner med mindre krevende behov får justert sine inntekter opp. Målet angis i forhold til et landsgjennomsnitt (=100). Se:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/utgiftskorrigerede-frie-inntekter/id547765/>.

Figur 1. Svar etter fylke ( $N_{\text{utv.}}=261$ ,  $N_{\text{pop.}}=426$ ).

De minst sentrale kommunene er noe underrepresentert og de nest mest sentrale er noe overrepresentert i utvalget. Hovedinntrykket av god representativitet understrekes også når en ser på kommunenes innbyggertall og deres inntekter i henholdsvis utvalg og populasjon.

Figur 2. Svar etter sentralitet ( $N_{\text{utv.}}=212$ ,  $N_{\text{pop.}}=423$ ).

Av tabell 1 ser vi at utvalget også i denne runden har med den minste (Utsira) og den nest største kommunen (Bergen) i Norge, at snittet for befolkningsstørrelse kun er noe høyere enn i kommune-Norge ellers, og at spredningen også i utvalget er betydelig. Når det gjelder korrigerede frie inntekter ses dessuten at utvalget fanger opp hele bredden av forskjellige kommuner, fra den rikeste til den fattigste, og at snittet og spredningen for korrigerede frie inntekter i utvalget er svært nært de tilsvarende målene i populasjonen. Representativiteten på disse punktene er ellers ikke endret nevneverdig (i en sammenligning med tabell 1 i Nesje mfl. (2018)); slik det kan ses ved svært små endringer i gjennomsnitt og standardavvik).

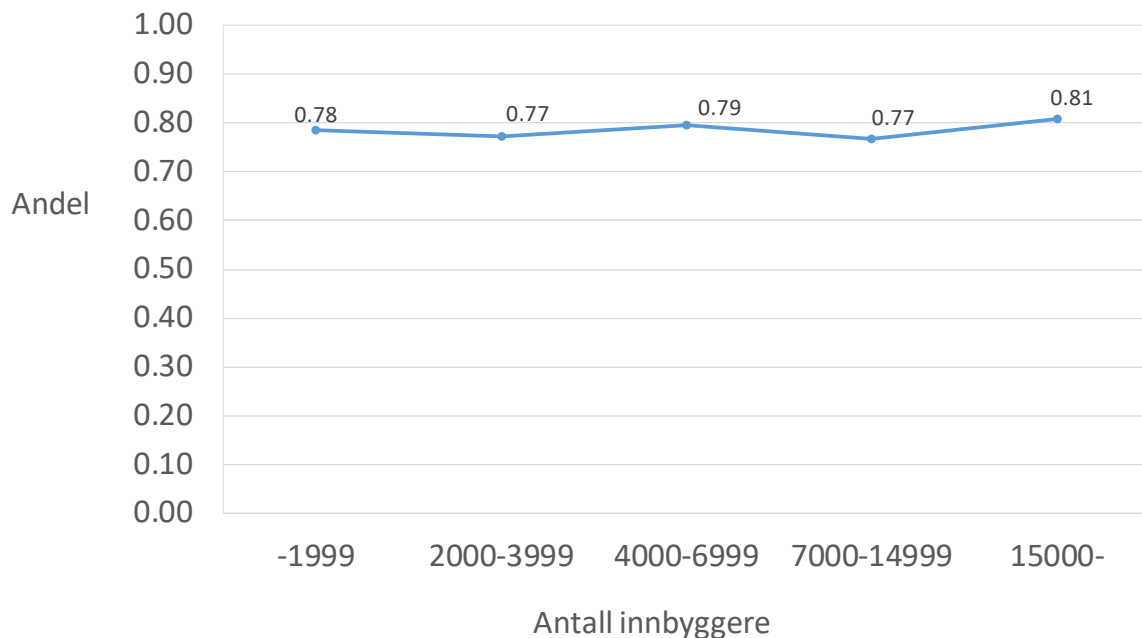
Tabell 1. Svar etter befolkningsstørrelse og korrigerede frie inntekter.

	N	min.	gjn.sn.	maks.	std.avv.
Utvalg:					
Bef.størrelse (2017)	261	201	12943.5	278556	25677
Korr. frie inntekter (2015)	260	93	103.1	167	10.1
Populasjon:					
Bef.størrelse (2017)	426	201	12343	666759	38520
Korr. frie inntekter (2015)	425	93	103.3	167	9.6

### 3.3 Arbeidet med rekruttering og bemanning i helse- og sosialsektoren

Første spørsmål i første del i spørreundersøkelsen var hvorvidt den enkelte kommunen hadde kartlagt behovet for kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Figur 3 viser svarfordelingen etter kommunistørrelse etter at flere kommuner har svart i siste runde av spørreundersøkelsen.

**Figur 3. Andel kommuner som har kartlagt behovet for kompetanse (spm. 1). Etter kommunistørrelse (N=234).**

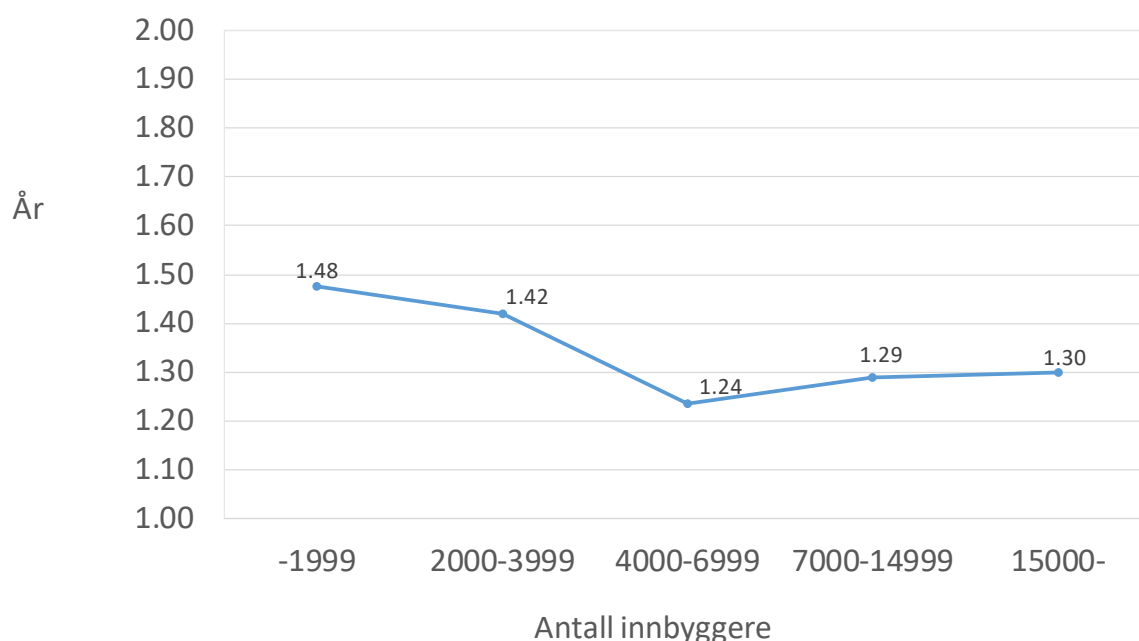


I Nesje mfl. (2018) så vi en tendens til at de minste kommunene skåret noe lavere enn andre, mens en ser at et mer fullstendig bilde viser at alle typer kommuner kan vise til en høy «kartleggingstilbøyelighet».<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Som nevnt i innledningen gjennomfører vi supplerende tester som undersøker om kommunene har endret seg på punktene spørsmålene tar opp. Slike tester (stort sett logistiske regresjoner med «faste effekter» for kommuner, dvs. stratifisert etter kommuner) gir ingen holdepunkter for si at kommunene har *endret adferd* fra 2018 til 2019 (i løpet av halvannet år), eller at enkelte kommunegrupper (gitt ved størrelseskategoriene) har endret adferd. I det videre er det den nevnte typen tester som legges til grunn, og det kommenteres ikke videre rundt tester som *ikke* viser tegn til endret adferd hos kommunene som helhet eller i kommunegrupper (stort sett ser en altså få tegn til endringer i løpet av knappe halvannet år fra 2018 til 2019).

Også i oppfølgingsspørsmålet, som stilles til kommuner som har gjennomført en kartlegging, ser vi fortsatt at det i snitt har gått noe lengre tid siden siste kartlegging i de minste kommunene (figur 4). Muligens kan dette reflektere at man i små kommuner, med større oversikt i en liten organisasjon, ikke har behov for en formell kartlegging like ofte som i større kommuner. Uansett er forskjellen på mindre enn et halvt år, og forskjellen mellom kommunegruppene er noe jevnere enn det som ble registrert i foregående spørreundersøkelse.

**Figur 4. Antall år siden siste kartlegging av kompetanse (spm. 1.1). Etter kommunestørrelse (N=195).**

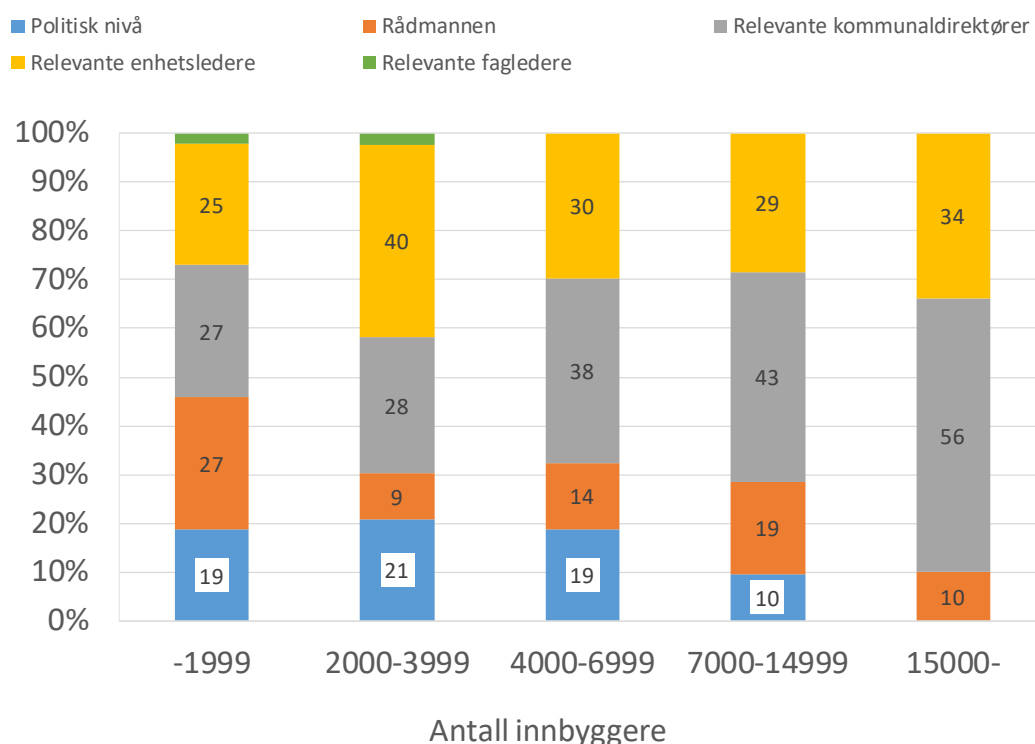


*Forklaring:* Beregningen legger til grunn kategorimidtpunktene i spørsmål 1.1 og 4,5 år for siste kategori («For mer enn fire år siden»), se vedlagte spørreskjema.

Figur 5 viser at fordelingen for hvilket nivå kommunene oppfatter er det viktigste beslutningsnivået for arbeidet med kompetanse i helse- og omsorgssektoren er noenlunde det samme som i Nesje mfl. (2018). Med nye kommuner lagt til, kommer det (om noe) enda tydeligere frem at det politiske nivået *ikke* oppfattes som det aller viktigste for noen av kommunegruppene, noe som særlig gjelder de store kommunene. Ingen av de største kommunene oppgir dette som viktig (mot knappe 10 prosent i 2018). Og materialet viser fortsatt at *kommunaldirektørene* heller enn *rådmannen* oppleves som viktigere når kommunestørrelsen øker, noe som kan reflektere at ulike sektorer blir «tyngre» og mer «selvstendige» i større kommuner.



**Figur 5. Oppfatning av viktigste beslutningsnivå i arbeidet med kompetansen (spm. 2). Etter kommunistørrelse (N=220).**

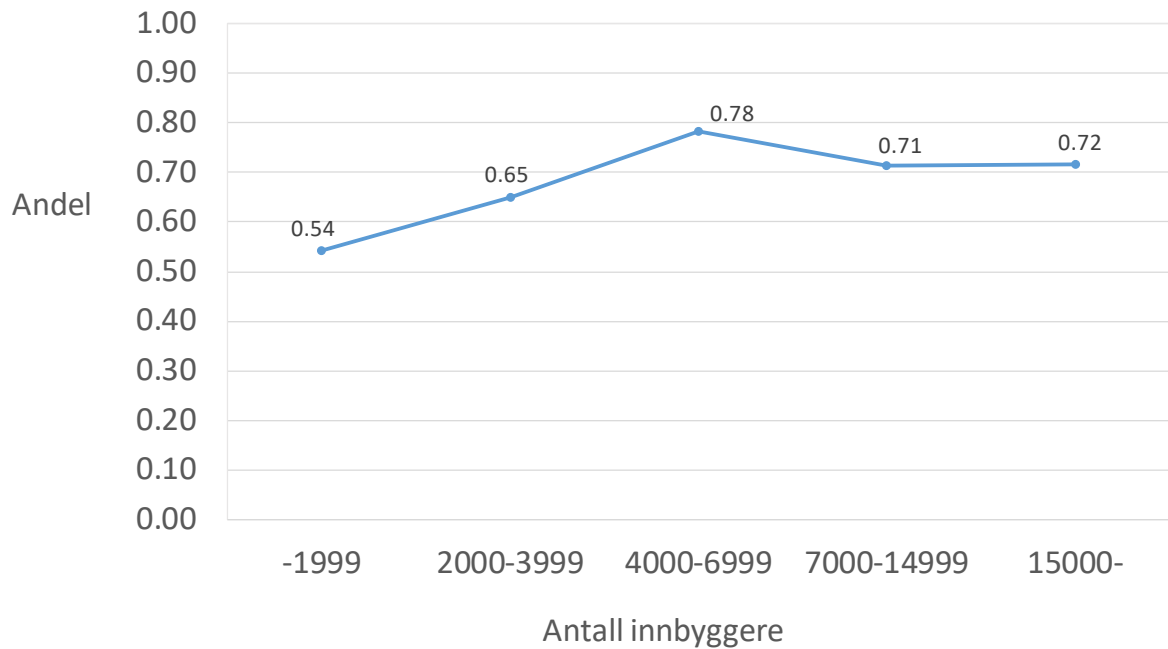


Spørsmålet om kommunene har utarbeidet en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene viste store forskjeller mellom kommunegruppene i første kartlegging, jf. Nesje mfl. (2018), et inntrykk som dempes noe når nye kommuner legges til i materialet. Figur 6 viser allikevel at tilbøyeligheten til å utarbeide egen kompetanseplan varierer mellom 54 (de minste kommunene) og 72 prosent (de største kommunene).<sup>12</sup> Blant kommunene som ikke har en slik plan nevner kompetanseheving i andre typer planer i samme grad som tidligere kartlagt (se figur 7).<sup>13</sup>

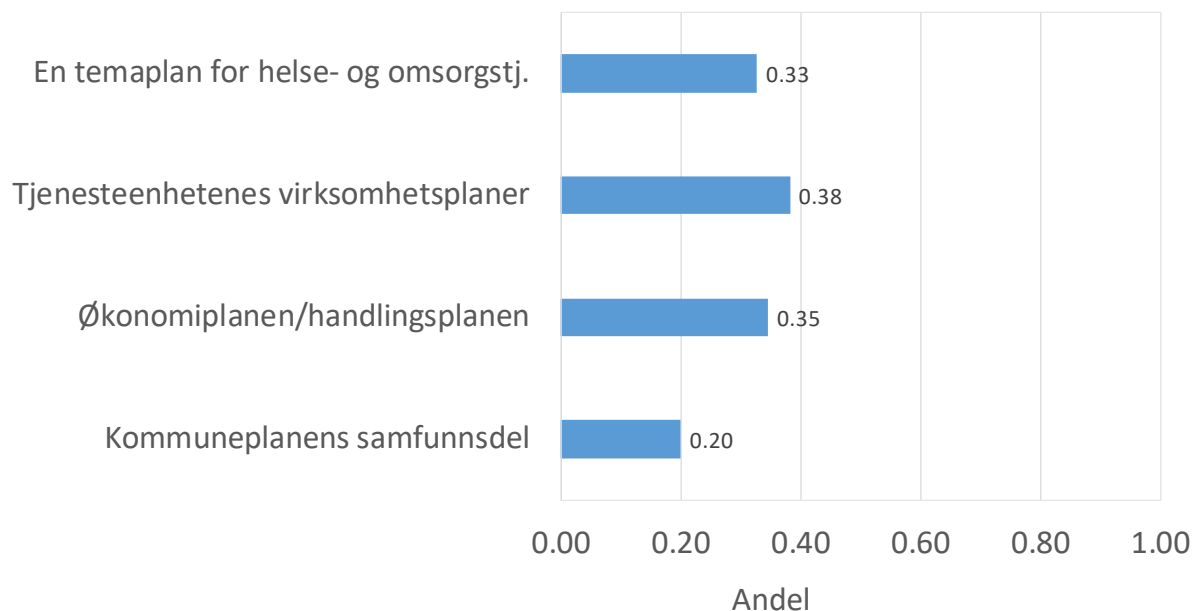
<sup>12</sup> Dette reflekterer muligens nevnte mindre behov i mindre kommuner (se ovenfor).

<sup>13</sup> Som nevnt i Nesje mfl. (2018) svarer ingen av kommunene at de behandler kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene i arealdelen.

Figur 6. Andel kommuner med egen kompetanseplan (spm. 3). Etter kommunistørrelse (N=220).

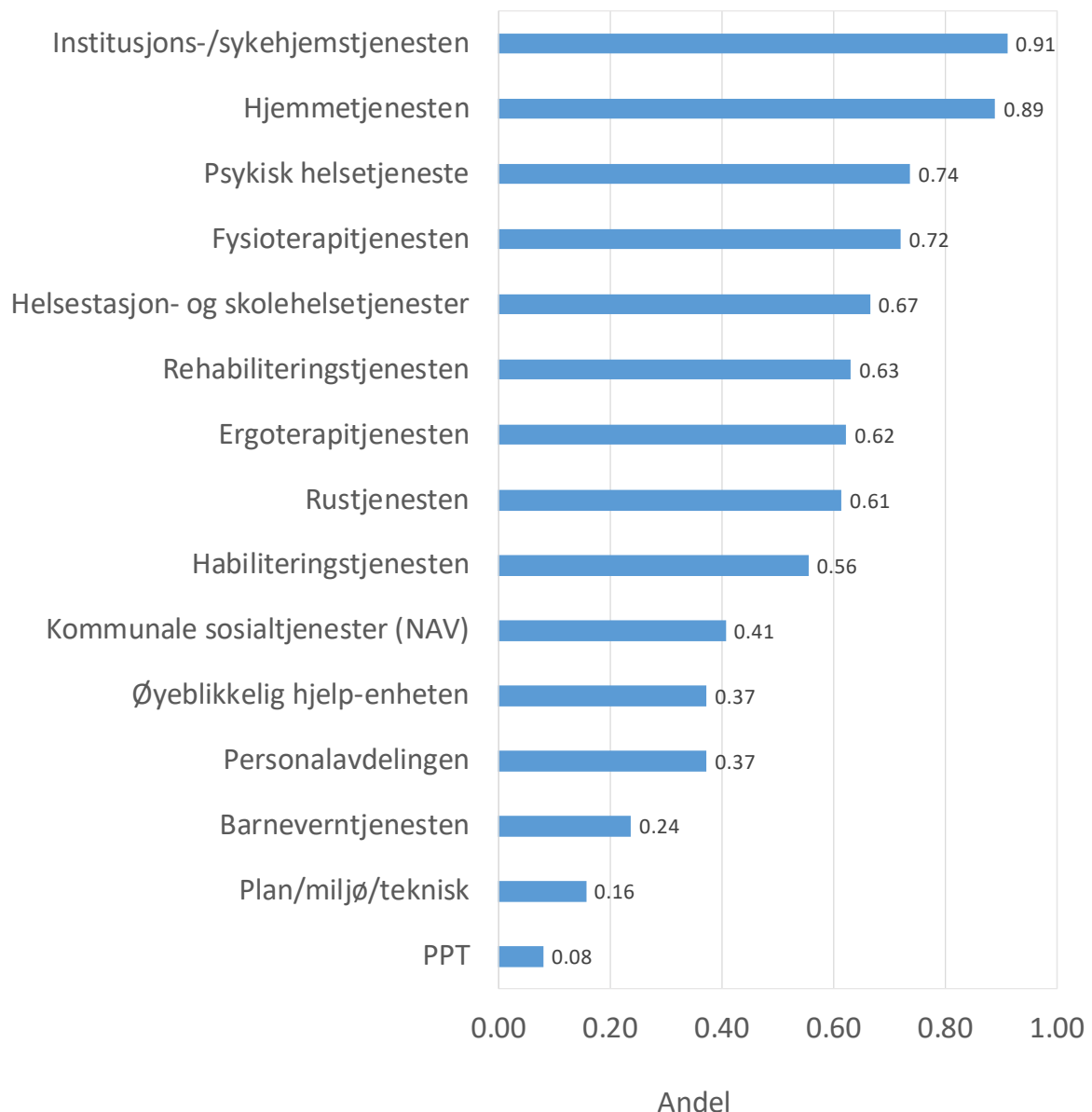


Figur 7. Andel kommuner uten egen kompetanseplan som omtaler kompetanseheving i ulike andre planer (spm. 3.1) (N=110).



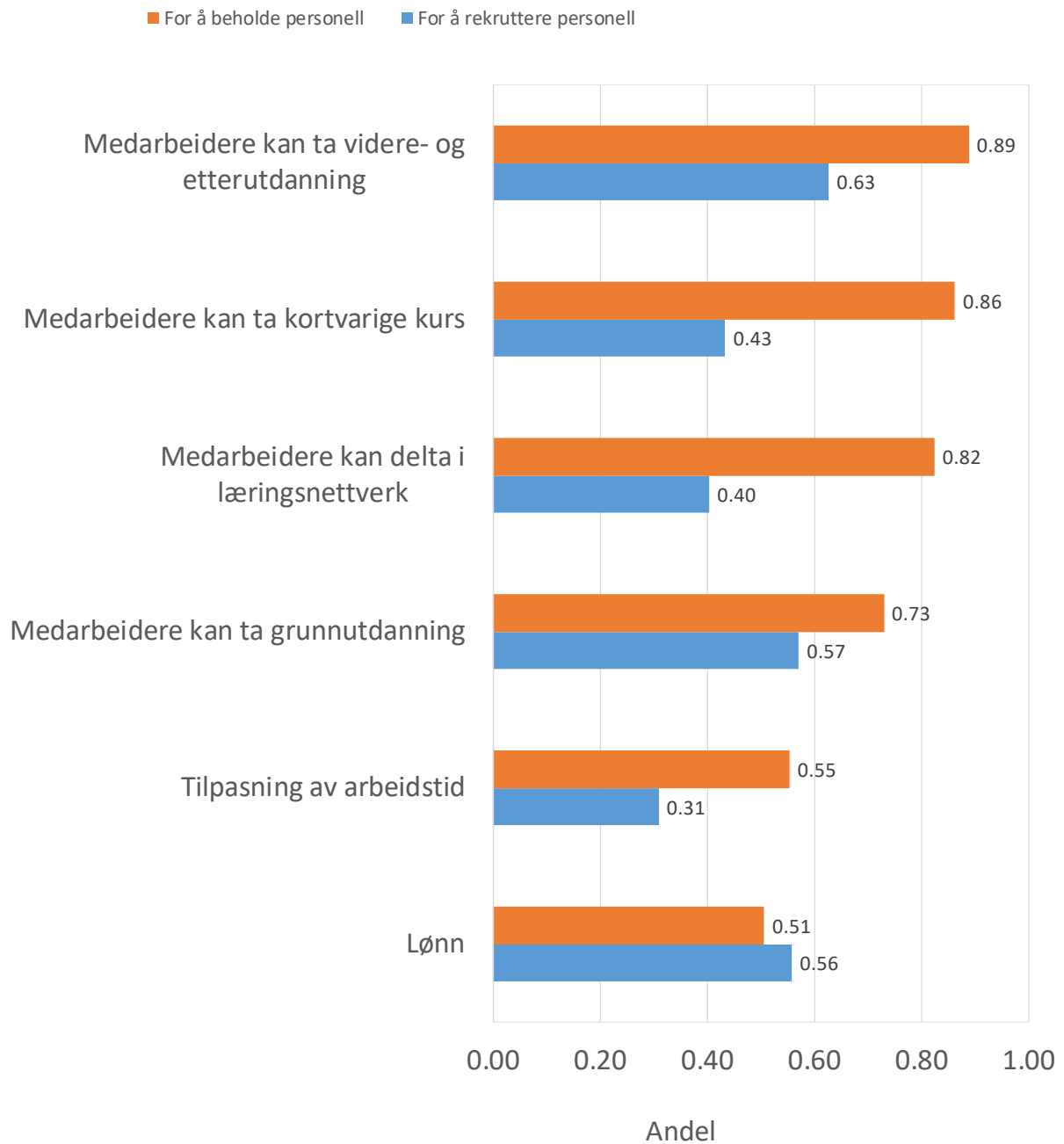
Oversikten over hvilke av de mange aktuelle kommunale enheter som deltar i planarbeidet knyttet til helse- og omsorgstjenestene (figur 8) viser praktisk talt det samme mønsteret som i den forrige kartleggingen: Institusjons- og sykehjemstjenesten, hjemmetjenesten, samt psykisk helsetjeneste og fysioterapitjenesten involveres oftest (i over 72 prosent av kommunene). Tilgrensende tjenester, som barnevern og PPT, involveres også i dette arbeidet i 10-25 prosent av kommunene.

**Figur 8. Andel kommuner som nevner ulike kommunale enheter som deltar i planarbeidet knyttet til helse- og omsorgstjenestene (spm. 4) (N=236).**



Mønsteret for hvilke virkemidler kommunene benytter seg av for å beholde og rekruttere personell i helse- og omsorgstjenestene, herunder i hvilket omfang de benytter seg av vikarer ved utdanningspermisjoner, endres ikke nevneverdig når flere kommuner svarer i undersøkelsen for 2019 (se figur 9 som er nærmest identisk med tilsvarende figur i Nesje mfl. 2018). Svarene viser at de aller fleste kommuner, over 80 prosent, tilbyr etter- og videreutdanning, kurs og deltagelse i læringsnettverk til sine medarbeidere som et virkemiddel for å *beholde* personell, mens de i mindre grad benytter seg av tilpasset arbeidstid og lønn (der sistnevnte brukes relativt mer for å *rekruttere* personell).

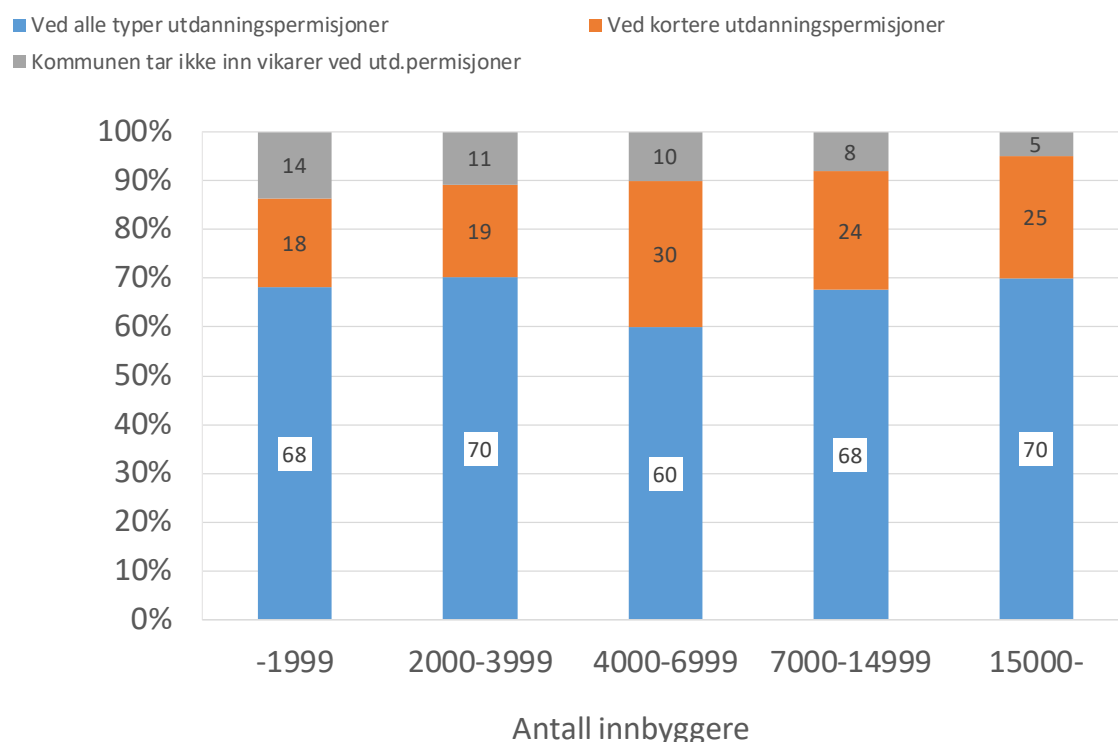
**Figur 9. Andel kommuner som benytter ulike virkemidler for å beholde og rekruttere personell til helse- og omsorgstjenestene (spm. 6) (N=233).**



Kommunenes bruk av vikarer når ansatte tar permisjon for å utdanne seg varierer også en del med kommunetype, og det overordnede mønsteret er noe annerledes enn vi fant i den forrige runden, jf. Nesje mfl. (2018). For det første viser figur 10 at bruken av vikarer øker *noe* med

økende kommunestørrelse, og at det er også en tendens til at større kommuner tar inn vikarer oftere generelt – ikke bare ved *kortere* utdanningspermisjoner, slik som funnet var hos Nesje mfl. (2018). Når flere kommuner legges til ser man altså mindre variasjon mellom kommunetyper.<sup>14</sup>

**Figur 10. Andel kommuner som tar inn vikarer når ansatte tar permisjon for å utdanne seg (spm. 8). Etter kommunestørrelse (N=188).**

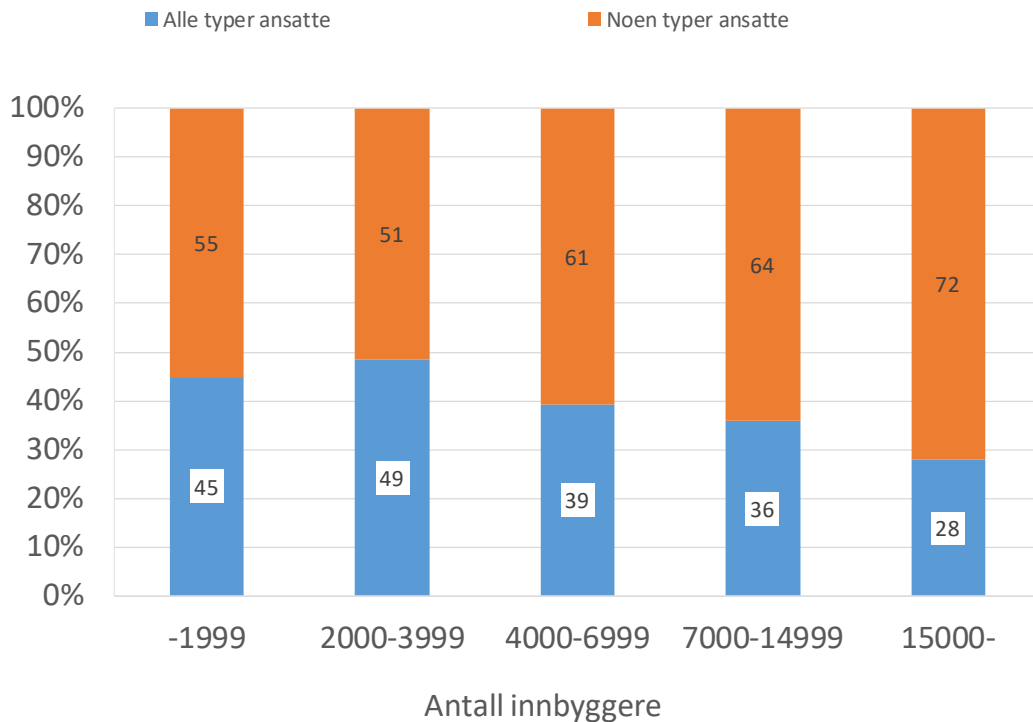


Også når det gjelder vikarbruk ved ulike typer utdanningspermisjoner kan det synes som større kommuner er mer restriktive enn mindre kommuner, men ikke så mye som antydnet i Nesje mfl. (2018). Man ser en jevnere sammenheng der bruken av vikarer for alle type ansatte faller moderat når kommunene blir større. Figur 11 viser at sistnevnte kommunegruppe i langt større grad kun tar inn vikarer når *noen typer* ansatte tar permisjon: 79 prosent av kommunene med

<sup>14</sup> Siden et slikt overordnet mønster endres en god del når nye kommuner legges til, og andre svarer i undersøkelsen for andre gang, skal det også understrekes på nytt at det *ikke* ses tegn til at mønsteret endres som følge av endret adferd (blant dem som svarer to ganger; som testet i logistiske regresjoner med kommune- og kommunegruppeeffekter, se diskusjonen om dette i innledningen og i note 6).

over 15000 innbyggere gjør dette, mot tilsvarende 44 prosent blant kommuner med færre enn 2000 innbyggere.<sup>15</sup>

**Figur 11. Andel kommuner som tar inn vikarer når ansatte av forskjellige typer tar permisjon for å utdanne seg (spm. 8.1). Etter kommunistørrelse (N=185).**



### 3.4 Opplevd kvalitet i utdanningene og tilpasningen til kommunale tjenesters behov

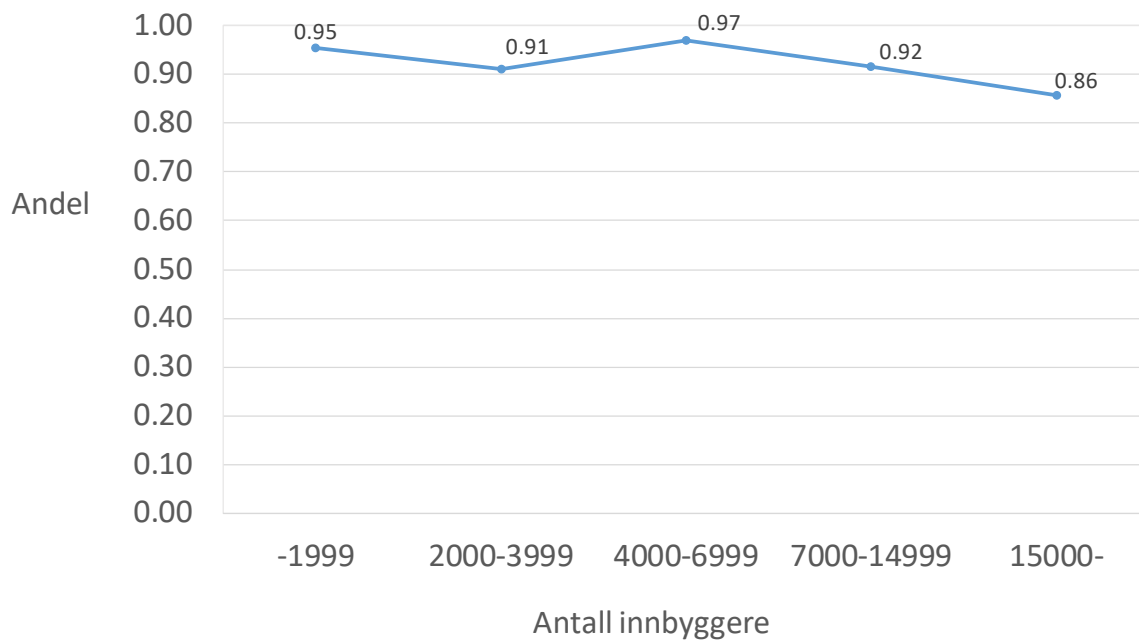
I spørreskjemaets del II stilles blant annet spørsmål til kommunene om deres opplevelser av kvaliteten på nyutdannede, hvordan kommunene legger til rette for å ta imot nyutdannede, samt hvordan de har tilpasset utdanningen til de behovene kommunen har.

Når undersøkelsene fra begge runder ses samlet, ser en i figur 12 en klar tendens til at nærmest alle kommuner (over 85 prosent) svarer at nyutdannede med helse- og sosialfaglig utdanning har kompetanse som er relevant for tjenestenes behov. Som i Nesje mfl. (2018) gjelder dette kommuner av alle størrelser, selv om de aller største, med over 15000 innbyggere, svarer at

<sup>15</sup> Data gir anledning til å undersøke nærmere hva som ligger bak svaret «noen typer ansatte» (noe som går ut over formatet i denne rapporten): Respondentene i kommunene kunne her spesifisere dette nærmere i et åpent spørsmål.

kompetansen hos nyutdannede er noe mindre relevant (86 prosent vs. 91–97 prosent i andre kommunegrupper). Her ser en altså at det overordnede mønsteret som funnet i Nesje mfl. (2018) er uendret mellom de to undersøkelsestidspunktene.

**Figur 12. Andel kommuner som opplever at nyutdannede med helse- og sosialfaglig utdanning har relevant kompetanse for tjenestenes behov (spm. 9). Etter kommunestørrelse (N=196).**

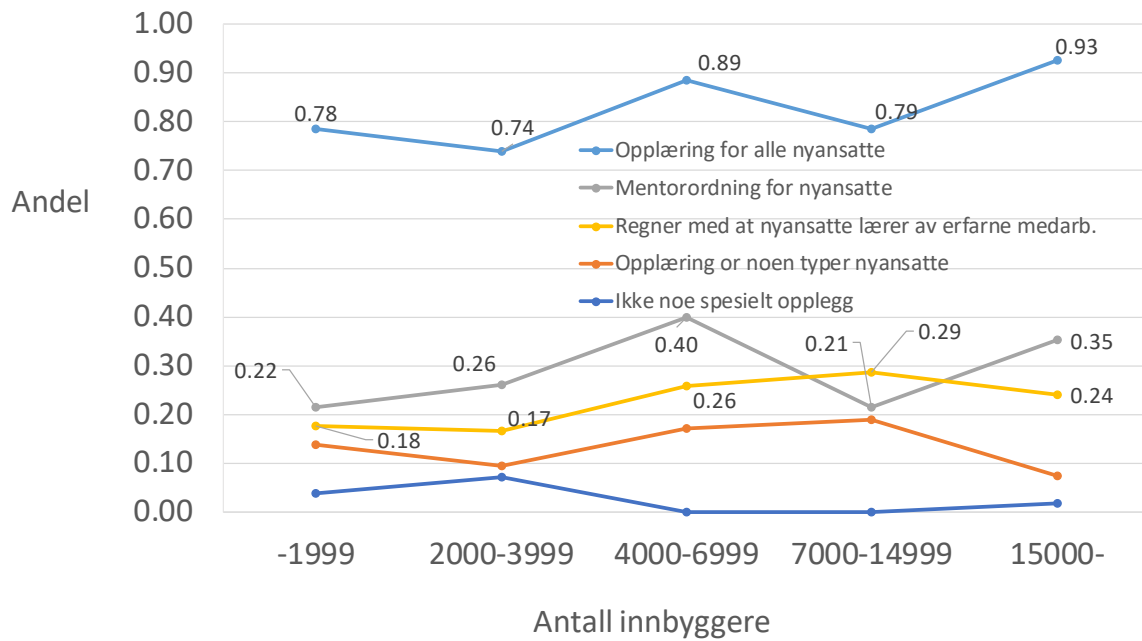


På spørsmål om hva man i kommunen gjør for at nyutdannede skal finne seg til rette, svarer kommunene i overveldende grad at de har opplegg på plass for opplæring av alle ansatte: Som figur 13 viser har over 75 prosent av kommunene slike opplegg – slik som også var funnet i Nesje mfl. (2018). Også når de to undersøkelsene ses under ett ser man en tendens til at andre typer opplegg er mindre utbredt: Mentorordninger og at nyansatte lærer av erfarne medarbeidere (mer uformelt) er opplegg som benyttes av kun 20–40 prosent av kommunene.

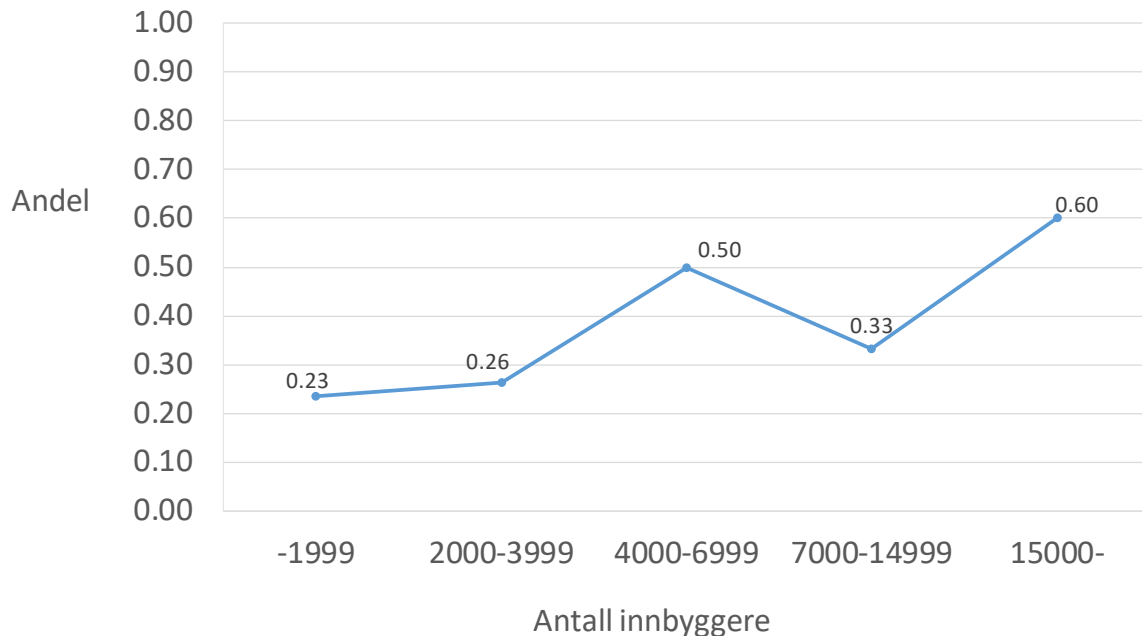
Mønsteret for hvordan kommunene samarbeider med utdanningsinstitusjoner for å skreddersy utdanninger til eget behov er praktisk talt uendret fra det en finner i Nesje (2018). Figur 14 viser at det er en tendens til at slike samarbeidsfremstøt er vanligere desto større kommunene er. Mens 23 prosent av kommunene med under 4000 innbyggere opplyser at de har hatt et samarbeid med utdanningsinstitusjoner, har hele 60 prosent av de største kommunene hatt dette.



Figur 13. Andel kommuner med ulike opplegg for at nyutdannede skal finne seg til rette (spm. 10). Etter kommunestørrelse (N=224).

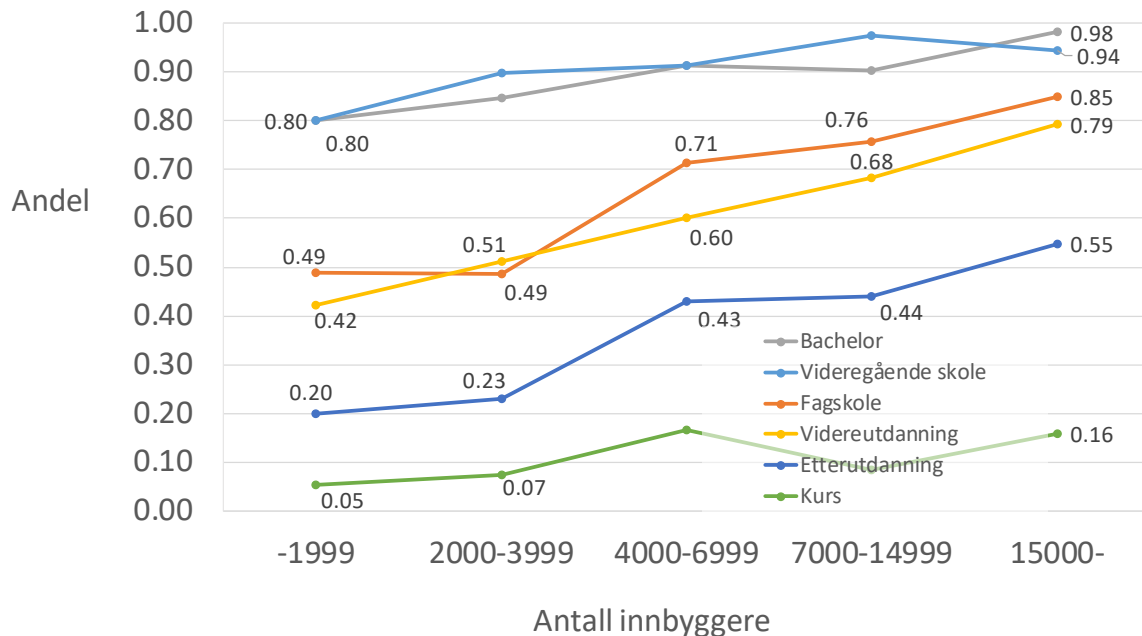


**Figur 14. Andel kommuner som har samarbeidet med en utdanningsinstitusjon for å skreddersy en utdanning til eget behov (spm. 11). Etter kommunistørrelse (N=205).**



Mønsteret er også uendret, sammenlignet med Nesje mfl. (2018), når det gjelder bruk av kommunen som praksisarena for elever og studenter. Her ser en fortsatt forskjeller mellom kommunetyper, slik som vist i figur 15. For det første er det slik at nærmest alle kommuner (80–98 prosent) er praksisarena for studenter og elever på bachelor- og videregående nivå. For det andre ser en at mens de større kommunene (over 4000 innbyggere) også har praksisstudenter på fagskole- og videreutdanningsnivå i relativt stor grad (60–90 prosent), gjelder dette for rundt 50 prosent av de mindre kommunene (under 4000 innbyggere), og kun 40 prosent av kommuner med under 2000 innbyggere er praksisarena for studenter under videreutdanning. En slik tendens ses også for studenter under etterutdanning, der 40–55 prosent av de største kommunene er praksisarena mot rundt 20 prosent for de minste kommunene.

Figur 15. Andel kommuner som har praksiselever og -studenter på ulike utdanningsnivåer (spm. 14.1). Etter kommune størrelse (N=213).



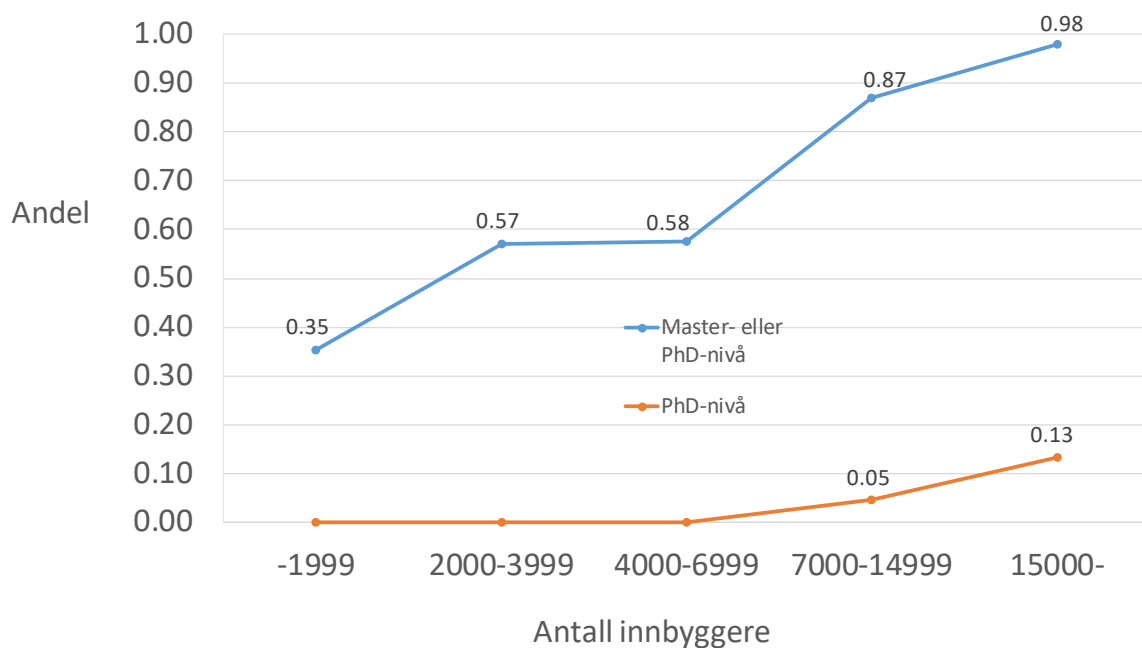
### 3.5 Strategier for kompetanseheving i kommunen

I spørreskjemaets del III spørres det om hvordan kommunen øker kompetansen hos ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis. I spørsmålet om kommunen har ansatte innen helseområdet med forskningskompetanse (dvs. med utdanning på master- eller PhD-nivå) viser resultatene fra undersøkelsene sett under ett et svært interessant mønster<sup>16</sup>. I figur 16 ses, for det første, en klar og monoton tendens til at større kommuner i langt større grad enn mindre opplyser at de har ansatte med slik kompetanse. Mens kun 35 prosent av kommunene med færre enn 2000 innbyggere opplyser at de har ansatte med forskerkompetanse, gjelder dette hele 98 prosent av kommunene med over 15000 innbyggere. I den grad ansatte med slik kompetanse representerer en stedlig ressurs i arbeidet med kompetanseøkning ser det altså ut til at mindre kommuner ikke i like stor grad kan benytte seg av dette. For det andre ser en at alle typer kommuner har økte andeler med ansatte med forskningskompetanse når

<sup>16</sup> I spørreskjemaet for 2018 er det ikke skilt mellom Master og PhD-nivå i spørsmålet mens det i spørreskjemaet for 2019 skilles mellom de to. Legg også merke til at det er spurt etter «forskningskompetanse», ikke «forskerkompetanse», der det i sistnevnte tilfelle mer er et «formelt» krav om PhD.

undersøkelsene ses under ett sammenlignet med det som man fant i Nesje mfl. (2018).<sup>17</sup> Her er det også holdepunkter for å si at kommunene har endret adferd i perioden – slik dette kan etterspores i en analyse av svarene fra kommuner som svarer på *begge* tidspunkter (i 2018 og i 2019; N=66 kommuner med to svar, N=25 kommuner med endringer mellom tidspunktene): *Alle* kommune grupper øker sine andeler med denne typen ansatte, noe som kommer frem av resultatene i tabell 2 nedenfor (kolonne I, med en klar positiv og signifikant effekt av indikatoren for det siste året, 2019, for undersøkelsen). Det er altså *ikke* holdepunkter for å si at noen kommune grupper øker andelen med forskningskompetanse *mer* enn andre grupper (se kolonne II i tabell 2). For det tredje, er det kun de største kommunene som oppgir å ansette personer innen helseområdet med utdanning på PhD-nivå.

**Figur 16. Andel kommuner som har ansatte innen helseområdet med forskningskompetanse (spm. 17). Etter kommunestørrelse (N<sub>2018,2019</sub>=204; N<sub>2019</sub>=108).**



<sup>17</sup> I Nesje mfl. (2018) andeler på hhv. 29, 57, 84 og 86 prosent i kommune gruppene rangert fra minste kommuner til største kommuner.

**Tabell 2. Sannsynligheten for å ha ansatte med forskningskompetanse innen helseområdet (med utdanning på master eller PhD-nivå). Betingede logistiske regresjoner<sup>a</sup> (N=50).**

	I	II
2019 (=1)	1.15 (0.47)*	1.10 (1.15)
Komm.strl. [2000, 4000> (=1) · 2019 (=1)		-0.41 (1.68)
Komm.strl. [4000, 6999> (=1) · 2019 (=1)		-0.81 (1.38)
Komm.strl. [7000, 15000> (=1) · 2019 (=1)		0.29 (1.61)
Komm.strl. [15000, -> (=1) · 2019 (=1)		17.10 (3661.30)
-2LL	27.55	22.88
Δ -2LL (p)		4.671 (0.20)

\*  $p < 0.05$ . <sup>a</sup>Betinget etter kommune.

I forbindelse med det siste poenget (ansatte med PhD) skal det understrekes at dette dreier seg om svært få kommuner: Én kommune blant 22 svarende i gruppen av nest største kommuner svarer at de har ansatte med PhD-nivå, mens dette gjelder 4 av 30 kommuner i gruppen av de største kommunene. Slik sett kan mønsteret her vanskelig tolkes som noen klar og utvetydig tendens. Det skal også understrekes at adferdsendringen som det vises til (se tabell 2) ikke i seg selv sier noe om en «reformeffekt». Andre forhold som endrer seg i perioden (for eksempel en generell skjerpning av konkurransen om ansatte) kan ligge bak det mønsteret en ser her.<sup>18</sup>

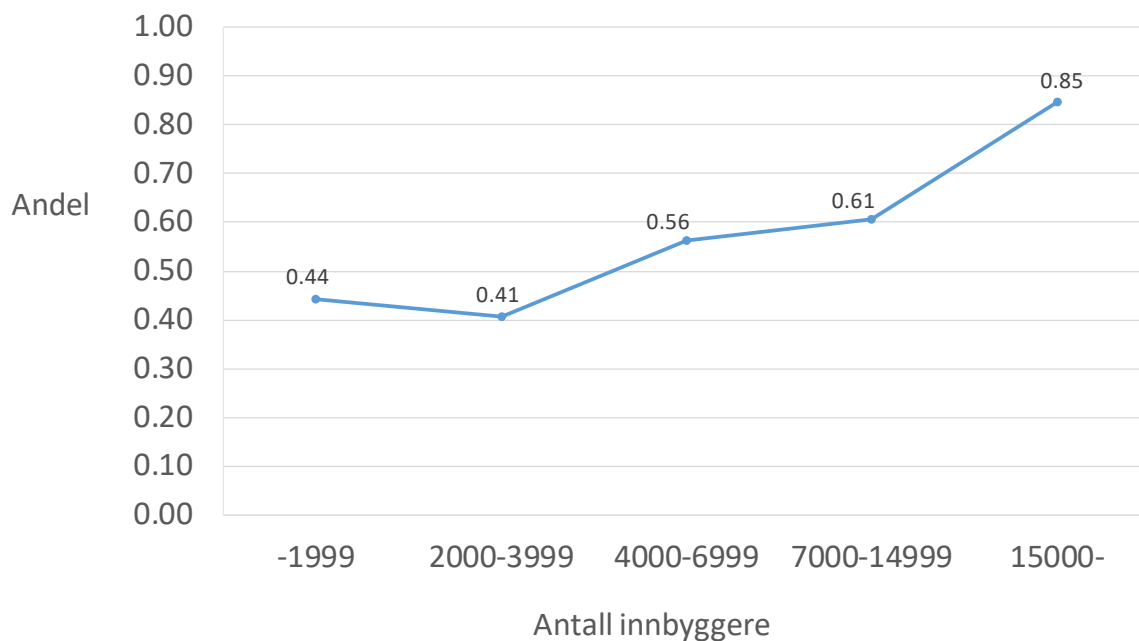
Også når det gjelder samarbeid med forskningsinstitusjoner for å drive frem utvikling og innovasjon viser figur 17 den samme klare størrelseseffekten som før (jf. Nesje mfl. 2018). Mindre kommuner har i mindre grad enn større kommuner etablert slike samarbeid. Både når det gjelder dette spørsmålet og det foregående (se figur 16), skal det som før (Nesje mfl. 2018) understrekes at årsakene til slike forskjeller kan være flere. Det kan for eksempel tenkes at forskjellene kan skyldes at små kommuner i stor grad ligger et stykke unna store befolknings-sentra, med de muligheter for rekruttering og nærhet til forskningsinstitusjoner dette gir. Det kan også tenkes at slike samarbeid det her siktes til er mer egnet i større organisasjoner.

I Nesje mfl. (2018) trakk vi frem at samarbeid med forskningsmiljøer også kan skyldes ulike *kapasitetsforhold*. Figur 18 nedenfor viser en viss tendens til at manglende kapasitet i økende grad oppgis å være en grunn til manglende forskningsinnsats ettersom kommunestørrelsen synker. Her skal det imidlertid igjen understrekes at dette nettopp gjelder kommuner som *ikke* har slike samarbeid som nevnes ovenfor (figur 17: samlet sett er det kun 72 kommuner som

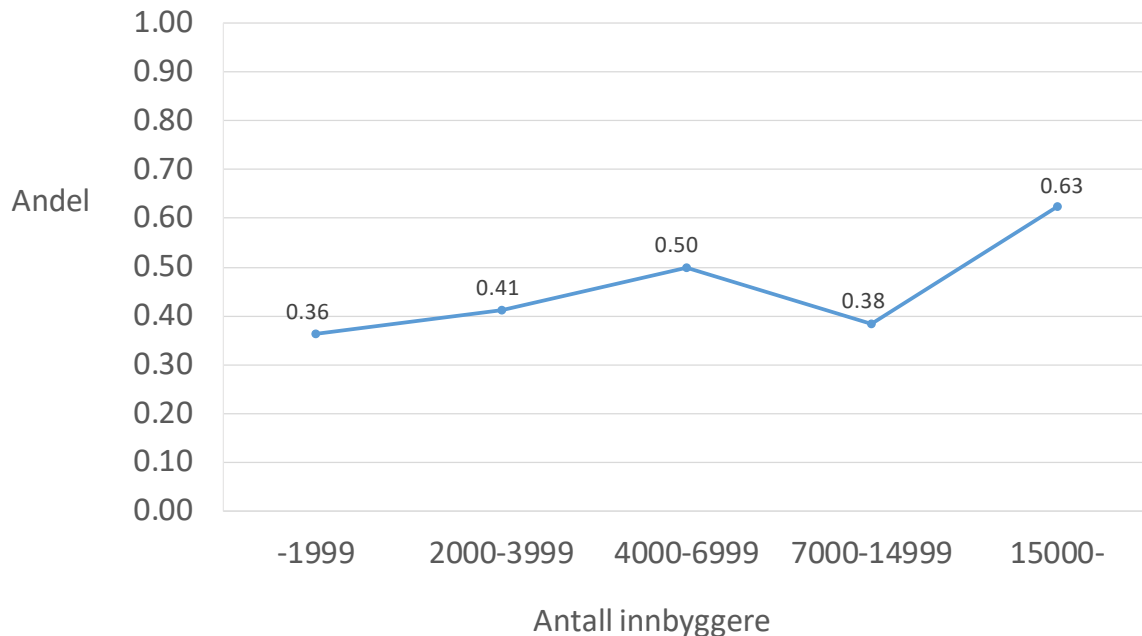
<sup>18</sup> Data her er lite egnet til å besvare et slikt spørsmål om en «reformeffekt» – andre typer data må supplere den tendensen til adferdsendring som en finner her.

oppgir å ikke ha et slikt samarbeid). Med andre ord er det svært få kommuner som ligger til grunn for denne oppstillingen.

**Figur 17. Andel kommuner som samarbeider med en forskningsinstitusjon om utvikling/innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (spm. 18). Etter kommunestørrelse (N=191).**

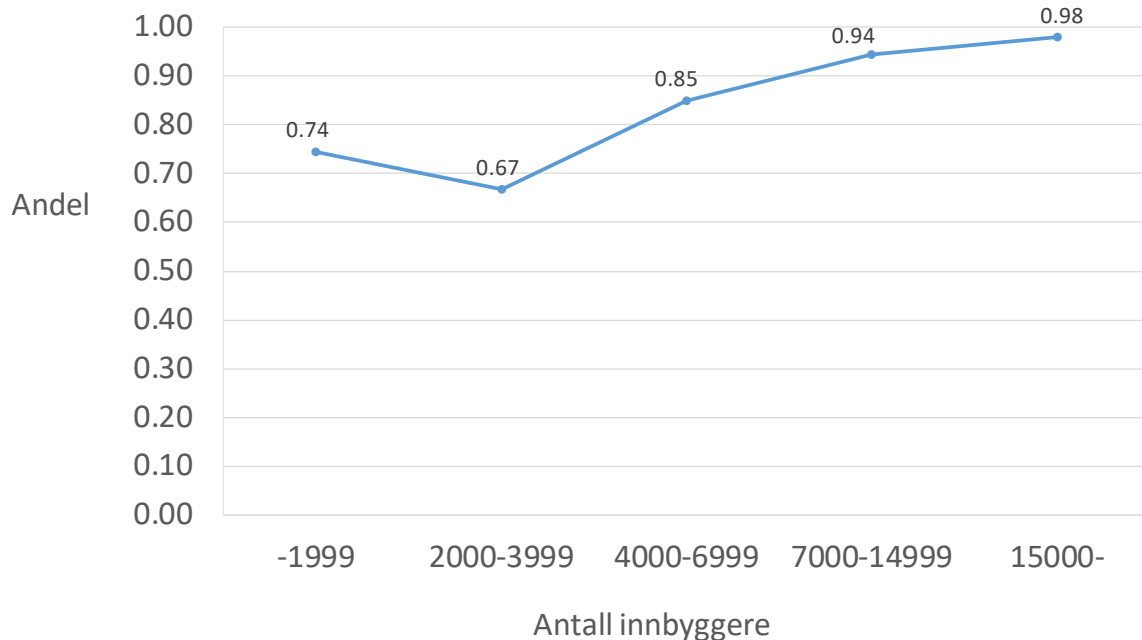


Figur 18. Andel kommuner som opplever å ha kapasitet til å delta i forskning om helse- og omsorgstjenester (spm. 18.1). Etter kommunestørrelse (N=72).



Svarene på det mer generelle spørsmålet om hvorvidt kommunene «arbeider med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene» viser, som før, en klar og nokså monoton tendens til at et generelt innovasjonsarbeid øker markant med kommunestørrelse. Figur 19 viser at mens noe rundt 70 prosent av de minste kommunene (under 4000 innbyggere) opplyser å arbeide med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, gjelder dette tilsvarende nærmest *alle* kommuner med over 7000 innbyggere. Muligens er dette et uttrykk for at små kommuner spesielt opplever at forsknings- og innovasjonsarbeidet kan lide på grunn av utfordringer knyttet til tjenestekapasitet (rekruttering, bemanning mv.).

**Figur 19. Andel kommuner som arbeider med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (spm. 20). Etter kommunistørrelse (N=197).**



### 3.6 Kommunenes bruker- og medvirkningsorientering

Spørreskjemaet har også et spørsmål som dreier seg om kommunenes arbeid med brukerorientering. I figur 20 ser man at de aller fleste kommuner benytter seg av eldrerådet/rådet for funksjonshemmede (over 80 prosent), mens andre arenaer for brukermedvirkning – slike som bruker- og pårørendeutvalg – benyttes i noe mindre grad (rundt 40 prosent av all sett under ett). Få kommuner (stort sett under 20 prosent) har permanente brukerutvalg for personer med psykiske lidelser, mens man i større grad har slike arenaer i større kommuner (for eksempel blant over 40 prosent i de største kommunene). Mønsteret i stort er det samme som ble funnet i Nesje mfl. (2018), og det gjelder fortsatt at det er de største kommunene som i størst grad gjør bruk av de ulike arenaene.<sup>19</sup>

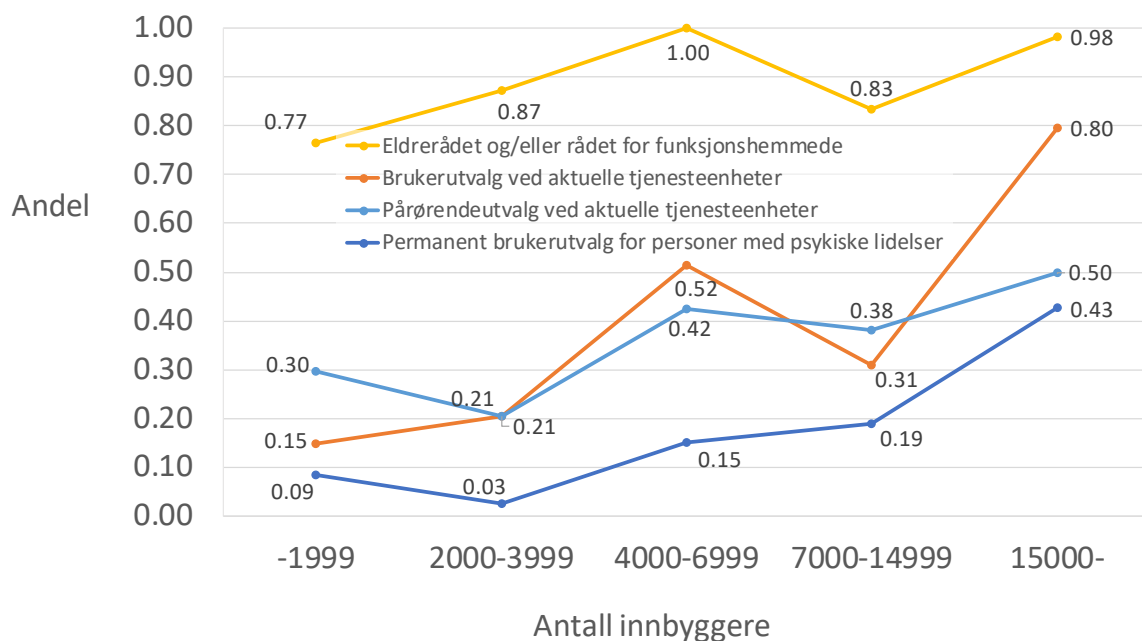
Også når det gjelder andre indirekte og supplerende medvirkningstiltak, som mer dreier seg om «tilbudssiden», er mønstret stort sett uendret fra det vi fant i 2018. I figur 21 ser man at grep i selve organisasjonen (som skal virke til en god brukerorientering) benyttes i mindre grad, og at det er «opplæring av ansatte» på området som benyttes mest (av om lag 35 prosent av

<sup>19</sup> Noe som kan skyldes at man i mindre og mer oversiktlige kommuner har mindre behov for å formalisere og organisere formelle arenaer, se Nesje mfl. (2018).

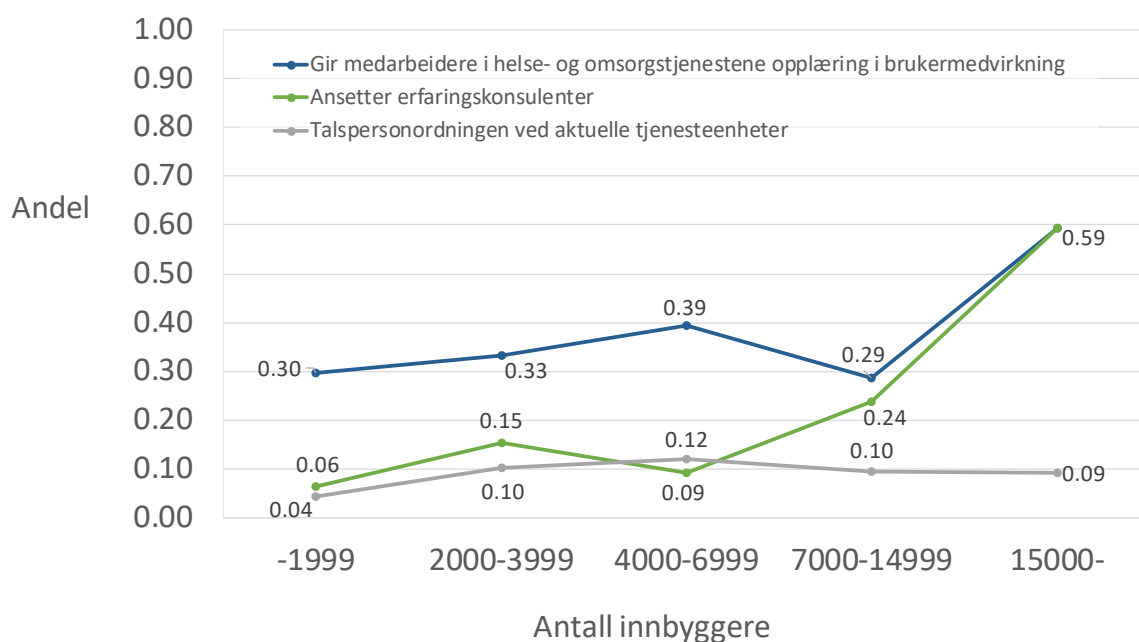


kommunene og 60 prosent blant de største kommunene). Også ansettelse av erfaringskonsulenter er et grep som enkelte av kommunene benytter seg av (om lag 20 prosent av kommunene og 60 prosent blant de største kommunene), mens kun et fåtall benytter seg av en talspersonordning (godt under 10 prosent). Sammenlignet med forrige undersøkelse ses også denne gangen en tendens, om enn noe mer uklar, til at tiltakene benyttes i størst grad i de største kommunene.

**Figur 20. Andel kommuner som oppgir ulike tiltak for innhenting av kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer (spm. 24). Etter kommunestørrelse (N=215).**



**Figur 21. Andel kommuner som oppgir ulike tiltak for innhenting av kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer (spm. 24). Etter kommunestørrelse (N=215).**



### 3.7 Søknad om midler og deres relevans for utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenestene

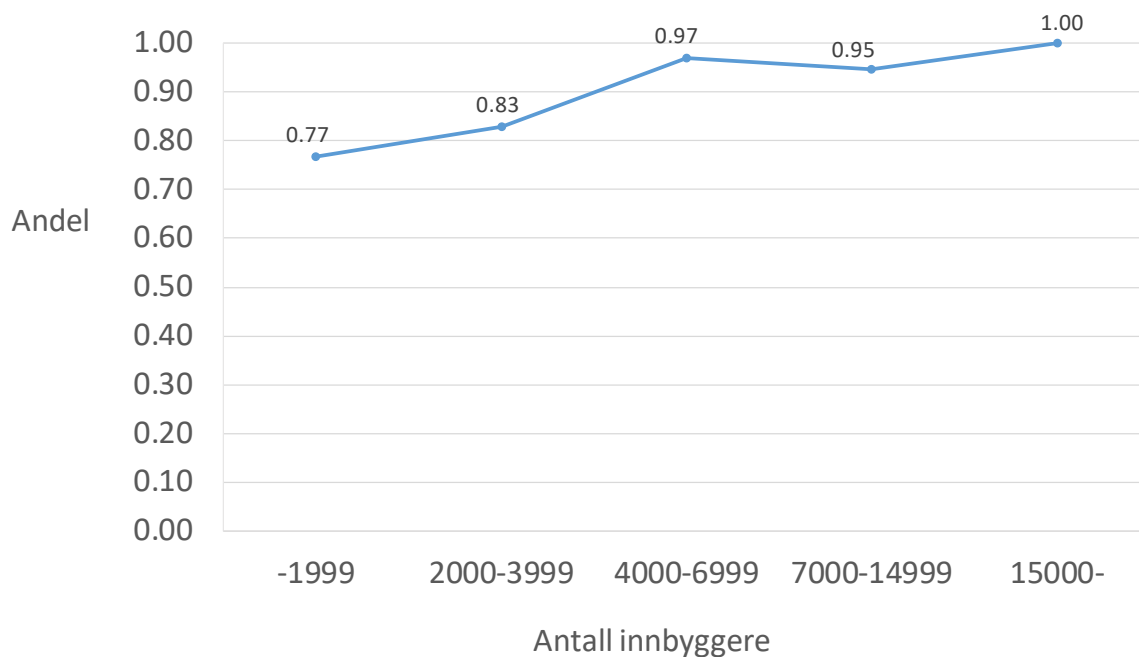
Avslutningsvis gir vi en oversikt over svarene på spørsmål til kommunene om midler som er søkt i forbindelse med Kompetanseløft 2020, samt om dette har bidratt til å møte utfordringene kommunene har (fra del IV og V i spørreskjemaet).

Som i Nesje mfl. (2018) viser figur 22 at de aller fleste kommuner uansett størrelse (over 80 prosent) opplyser at de har søkt om midler for å styrke utviklingen av tjenestene i helse- og omsorgssektoren. Om noe, er det en svak tendens til at de minste kommunene i noe mindre grad søker om midler (70-80 prosent vs. alle kommuner med flere enn 7000 innbyggere).

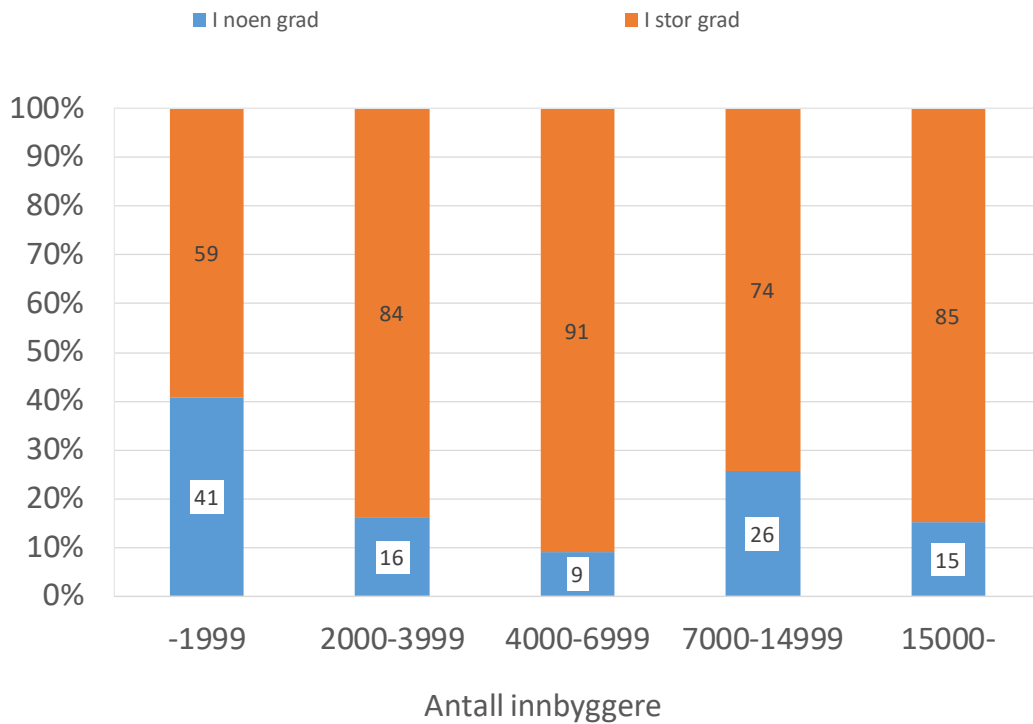
Figur 23 viser samtidig en svak tendens til at større kommuner svarer at tiltakene og midlene som kan søkes innenfor Kompetanseløft 2020 er mer relevante, og dette mønsteret er ikke nevneverdig endret fra oversikten i den forrige undersøkelsen. Mens 59 prosent av de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere) svarer at slike tiltak «i stor grad» er relevante, svarer 75–90 prosent av større kommuner det samme. Som allerede nevnt (Nesje mfl. 2018), henger dette godt sammen med svarene på det foregående spørsmålet, – at tilbøyeligheten til å

søke om midler og tiltak (i de enkelte kommunegruppene) øker med opplevd relevans av tiltakene.

**Figur 22. Andel kommuner som har søkt om midler for å styrke sitt arbeid med tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene (spm. 21). Etter kommunestørrelse (N=200).**



Figur 23. Andel kommuner som mener at tiltakene og de økonomiske midlene man kan søke på innenfor KOMPETANSELØFT 2020 er relevante for utfordringene kommunen har (spm. 26). Etter kommunestørrelse (N=206).





## 4 Oppsummering og avsluttende kommentarer

I dette kapitlet oppsummerer vi funn som belyser de overordnede spørsmålene i evalueringen. Vi gjør rede for resultatene fra intervjuundersøkelsen og fra spørreskjemaundersøkelsen hver for seg. Deretter kommenteres funnene, og vi trekker noen hovedlinjer ut av de to delundersøkelsene. Generelt synes resultatene fra de to undersøkelsene å være sammenfallende når det gjelder å beskrive erfaringer og utfordringer.

### 4.1 Oppsummering fra intervjuundersøkelsen

Intervjuundersøkelsen er først og fremst konsentrert om små kommuner, men det er også inkludert noen mellomstore kommuner og en bykommune. Bortsett fra én kommune er alle distriktskommuner. Fem av de ni kommunene har ikke videregående skole i kommunen, noe som kan ha betydning for rekruttering av helsefagarbeidere. Bare en kommune har høyskole i kommunen, og skolen har sykepleierutdanning. Kommunen har også videregående skole med helse- og oppvekstfag. Denne kommunene skiller seg derfor fra de andre åtte i utvalget. Fire kommuner har sykehus i nabokommunen.

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

I alle kommunene vi har intervjuet, jobbes det nærmest kontinuerlig med rekruttering og kompetanseheving av ansatte på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig virker det som om kommuner har liten aksept for å finansiere kompetanseutvikling og innovasjon over egne budsjetter. Dette til tross for at det er stort behov for kontinuerlig kompetanseutvikling i de kommunale helsetjenestene. Midler over Kompetanseløft 2020 er et svært viktig bidrag. Flere informanter sier de ikke hadde kunnet gjennomføre nødvendige kompetansehevende tiltak uten disse midlene. Informantene peker også på at det er viktig at Helsedirektoratet og fylkesmennene setter kompetanseheving på agendaen gjennom Kompetanseløft 2020.

Mange forskjellige omkringliggende forhold spiller inn og påvirker hvorvidt kommunen lykkes med rekruttering og kompetanseheving. Det kan synes som spesielt små kommuner i grise-grendte strøk er særlig sårbare for omkringliggende forhold som kan hemme både tjenesten og ansatte i å gjennomføre kompetanseheving, for eksempel at både kommunen og ansatte alt i alt synes det kan bli dyrt spesielt å gjennomføre lange utdanningsløp. Ansatte i kommuner som ikke har utdanningsinstitusjon kan også synes det blir praktisk vanskelig å gjennomføre et lengre utdanningsløp. ABC-opplæring blir ofte nevnt i intervjuene som eksempler på fruktbar kortvarig, tilgjengelig kompetanseheving. Kortvarige kurs, fagkonferanser, seminarer og fagdager synes å være lettere tilgjengelig både økonomisk og praktisk, men disse gir til

gjengjeld ikke den faglige fordypningen som kanskje myndighetene mener er nødvendig. Dette har også Bing-Jonsson og kolleger vært inne på (2016). De fant blant annet at myndighetene har forventning om mange ulike kompetanser hos helsepersonell, og det er et stort gap mellom politiske forventninger og idealer og muligheter for kompetanseutvikling.

Et eksempel på omkringliggende forhold kan være lang reisevei til utdanningsstedet, men også trekk ved arbeidsstyrken kan spille inn, som aldersprofil og antall ufaglærte eller andel med lav utdanning. Økonomi og familieforpliktelser er et moment for yngre ansatte som er i etableringsfase. Når det gjelder eldre arbeidstakere kan antall år fram til pensjon spille inn både for tjenestens vilje til å legge til rette for kompetanseheving og ansattes vilje til å gå i gang med et kanskje krevende kompetanseløp.

I små kommuner med forholdvis få ansatte vil fagmiljøet være lite, og dette ser ut til å kunne ha betydning for kontinuiteten og om ansatte blir i stillingen, og spesielt i små kommuner som prioriterer desentraliserte tjenester. Blant annet Hallin og Danielson (2008) har vist at det er viktig for, for eksempel, sykepleiere å oppleve faglig utvikling, noe som også understrekes i våre intervjuer. Arbeidsgiverne legger til rette for dette gjennom motivasjon og støtte til faglig kontakt og utvikling. Interkommunale nettverk og samarbeid, samt faglig veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten er eksempler som er nevnt i våre intervjuer. Hasson og Arnetz (2008) er også opptatt av at kompetanseheving er viktig, ikke bare for å yte tjenester av høy faglig kvalitet, men også for å skape arbeidsplasser med mindre fysisk og emosjonell belastning for ansatte. I intervjuene har vi eksempler på at små kommuner har inngått regionalt samarbeid for å møte de utfordringene de står overfor når det gjelder rekruttering, kompetanse og stabilitet i arbeidsstokken. Våre informanter viser til at man med interkommunalt samarbeid kan tilby et større fagmiljø. Et eksempel som nevnes er at kommuner i nettverket går sammen om å utlyse hele stillinger som skal dekke flere kommuner, men hvor hver av kommunene alene kun trenger en liten andel av stillingen.

I et annet prosjekt (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020) har også utfordringer med kompetanseheving og rekruttering vært et sentralt tema. I det prosjektet fant vi blant annet at kommuneinformantene pekte på at større vekt på lokal og hjemmebasert behandling stimulerer kommunen til å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten, men kommunene bruker mye tid, både internt og i forholdet til sykehuset, for å strukturere tjenesten og samhandlingen. Kontinuerlig kompetanseheving er viktig og nødvendig. I Rohde mfl. (2020) fant man at bistand fra sykehuset også er viktig for å sikre kompetanseheving i kommunene.

- På hvilken måte arbeider kommunene for å få til dette, og er det forskjeller mellom kommuner og innen ulike fag- og tjenestoområder i kommuner?

Alle våre informanter sier at kommunen kontinuerlig jobber med rekruttering av helsepersonell og med kompetanseheving i ulike former. Det tar tid å bygge opp kompetanse og gjennomtrekk av personell gjør at det er kontinuerlig behov for opplæring på kort tid. Også Rohde mfl. (2020) fant at kommuner jobber systematisk med å rekruttere og å heve kompetansen hos bl.a.

sykepleiere, og at kommunene bruker store ressurser på dette. Enkelte av våre informanter sier at kommunen har hatt spesielle tiltak for å rekruttere, men som regel som engangstilfeller. Når det gjelder statlige midler, som Kompetanseløft 2020, er disse midlene nærmest kontinuerlige tilskudd for å få til faglig kompetanseheving av helsepersonell.

Når det gjelder skolering av ledere, synes dette ikke å være en like kontinuerlig aktivitet som skolering av ansatte ellers. Alle kommunene har hatt ledere i lederutviklingsprogram, gjerne mange og gjerne over flere år, men ingen av kommunene i intervjuundersøkelsen har erfaring med det lederutviklingsprogrammet som nå går over Kompetanseløft 2020 i regi av BI.

Alle våre informanter er opptatt av at langsiktig strategisk planlegging er viktig. Felles for alle er at planarbeidet gjøres i tjenesten av operativ ledelse, ikke i politiske organ. Alle informantene sier at planer presenteres for politisk ledelse, og de tas til etterretning.

- Er virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 formålstjenlige for å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene til de seks strategiene?

Virkemidlene i Kompetanseløft 2020 er viktige, men for kompetanseheving og for å sikre god og stabil kompetanse i små distriktskommuner, er virkemidlene trolig ikke tilstrekkelige. I flere av intervjuene problematiseres treffsikkerheten eller resultater av prioriteringene og regelverk for tilskuddet, som går fram av Helsedirektoratets årlige tilskuddsbrev til fylkesmennene. Eksempelvis vises det til at det i 2019 ble prioritert legemiddelhåndtering, mens det i 2020 ble satt søkelys på palliasjon og ernæring. En problemstilling som flere av informantene har nevnt, er at det burde være kommunene selv, som vet hva de trenger, som burde prioritere. Noen kommuner har eksempelvis stort behov for å utdanne helsefagarbeidere, og da blir kompetanseheving innenfor eksempelvis palliasjon og ernæring nedprioritert.

I henhold til strategiene skal Kompetanseløft 2020 blant annet bidra til å sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet, og er tilpasset tjenestenes behov. Strategien skal bidra til god praksis. I forlengelsen av "en tjeneste tilpasset tjenestenes behov", problematiserer våre informanter spørsmålet om faglig forsvarlighet. Innholdet i faglig forsvarlighet, og med dette tjenestenes behov, har endret seg, blant annet som følge av endret utskrivningspraksis fra sykehusene. Enkelte av de sykepleiefaglige oppgavene som i dag skal gis i brukernes hjem inngår ikke i utdanningen til verken sykepleiere eller helsefagarbeidere. Man kan spørre om virkemidlene er tilpasset behovene i små, usentrale kommuner. Overvurderes behovet for avansert sykepleie? Det kan virke som de mindre kommunene har vel så stort behov for støtte til å rekruttere generalister framfor helsepersonell med spesialistkompetanse. Dette kan dreie seg om både helsefagarbeidere og sykepleiere. Tjenesten har behov for lett tilgang til praksisnær kompetanseheving, for eksempel knyttet til de behov pasienter til enhver tid har. Kommunene trenger både generalister (mengdeproblematikk) og spesialister som kan ta de avanserte oppgavene, som i små kommuner forekommer sjelden og med ujevne mellomrom. Dette viser også at kommunene trenger ansatte som er innstilt på kontinuerlig faglig utvikling.



Kommunene hanskes med utfordringer både på kort og på lang sikt. De må løse dagens problemer og samtidig planlegge strategisk for hva som måtte komme i løpet av de neste årene. Langsiktig, strategisk planlegging både når det gjelder ledelse, organisering av arbeidsplaner, kompetanseheving, utdanning og rekrutteringer krever mye innsats der "belønningen" kan komme langt fram i tid. De av informantene som deltar i interkommunalt nettverk sier at nettverket er viktig for å håndtere langsiktig strategisk planlegging. Også Fylkesmannen nevnes som en viktig aktør der denne jobber utadrettet og tar initiativ til informasjon, diskusjon og veiledning. Fylkesmannsembetet skal formidle, veilede, føre tilsyn og kontroll på sentrale samfunnsområder som kommunene har ansvar for, herunder helse og sosiale forhold. Fylkesmannens rolle som rådgiver og veileder for små kommuner i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene ser ut til å være svært viktig og bør løftes tydeligere frem.

De Smedt og Mehus (2017) viser i sin studie at små kommuner i grisgrendte strøk (rural kontekst) kan ha særegne utfordringer, men at disse er lite beskrevet og synliggjort i forskning. Det finnes studier som viser at visse kontekstuelle forhold kan bidra til både rekruttering og stabilitet blant ansatte: forankring i lokalsamfunnet må være integrert i praksisen; både tjenesten og ansatte må ha støtte i et bredspektret formelt og uformelt nettverk; ansatte må kunne jobbe selvstendig og ofte alene; ansatte må kunne improvisere, og de må ha tilgang til ulike typer støtteverktøy og hjelpemidler, som for eksempel videokommunikasjonsutstyr (Eriksen & Huemer, 2019; Nilsen, Huemer, & Eriksen, 2012). *Sykepleien* (Gregersen, 2018) illustrerer i en reportasje godt hvilke utfordringer sykepleiere som jobber i grisgrendte strøk må håndtere, og hvordan de kan håndteres. De Smedt og Mehus (2017) skriver at helsepersonell som arbeider i grisgrendte områder ofte må håndtere å bevege seg i en gråsoner mellom sykepleiefaglig, medisinsk og sosialt arbeid.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin knyttet til Universitetet i Tromsø deltar i EU-prosjektet *Making it work - Framework for Remote Rural Workforce Stability*<sup>20</sup>. Prosjektet har utviklet anbefalinger og praktiske verktøy som kommuner bør kunne bruke. Der beskrives blant annet kontekstuelle forhold som påvirker rekruttering og stabilitet i små distriktskommuner, og det er utarbeidet en praktisk håndbok, "The Recommender"<sup>21</sup>, som kommuner kan følge.

- I hvilken grad og på hvilken måte bidrar Kompetanseløft 2020 og dens tiltak til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene, jf. intensjonen i Primærhelse-tjenestemeldingen om "pasientens helsetjeneste"?

Kommunene er i jevnlig dialog med både sykehus og fylkesmennene om hva som forventes av faglig kvalitet og forsvarlighet. Hvis ønsket om at tjenester skal organiseres og ytes nær brukerne og i dialog med sykehus, er det rimelig å si at Kompetanseløft 2020, sammen med andre tiltak, bidrar til en mer brukerorientert tjeneste. Kompetanseløft 2020 bidrar til at

<sup>20</sup> <https://rrmakingitwork.eu/>

<sup>21</sup> <https://www.miwrecommender.eu/activities/?f=plan>

kommunene jevnlig jobber med kompetansefremmende tiltak, men planen er trolig ikke tilstrekkelig, i hvert fall ikke for små kommuner.

I primærhelsetjenestemeldingen (*Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*), ble det pekt på at Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste, hvor pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten; «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.» For å oppnå dette kreves endringer:

*"Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene". (Meld. St. 26 2014-2015: Del I Innledning, utfordringsbilde og sammendrag s. 9)*

I Rohde mfl. (2020) ble det presentert et utvalg prosjekter som satte søkelys på koordinerte og helhetlige pasientforløp, tidlig innsats og tjenester nær der brukeren bor, og hvor tjenestene i større grad leveres i kommunen. Teambygging med kompetanse fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt ambulerende virksomhet er viktige elementer som inngår i prosjektene.

## 4.2 Oppsummeringer fra spørreskjemaundersøkelsen

I dette avsnittet oppsummeres hovedfunnene fra spørreskjemaundersøkelse til kommunen i forbindelse med deres arbeid med Kompetanseløft 2020. Mange av disse funnene ble allerede nevnt i forbindelse med den tilsvarende spørreundersøkelsen i del I første delrapport fra evalueringen (Nesje et al., 2018). På ett unntak nær, kan disse kun suppleres med små endringer når funn fra siste undersøkelse (2019) legges til.

Alt i alt, synes det viktigste beslutningsnivået i arbeidet med kompetansen i helse- og omsorgstjenestene å være relevante kommunaldirektører og enhetsledere. Rådmannen og politisk nivå synes å være viktigst i de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere), mens kommunaldirektører synes å være viktigst i større kommuner. Dette er i tråd med det vi fant i intervjuundersøkelsen.

De aller fleste kommuner med over 4000 innbyggere, rundt 75 prosent, har utarbeidet en kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene, mens dette gjelder 50–65 prosent av kommunene med mindre enn 4000 innbyggere.

De aller fleste kommuner, over 80 prosent, tilbyr etter- og videreutdanning, kurs og deltagelse i læringsnettverk til sine medarbeidere som et virkemiddel for å *beholde* personell. Etter- og videreutdanning ser også ut til å være det aller viktigste trekkplasteret for å *rekruttere* personell, slik det benyttes av over 63 prosent av kommunene, mens lønn benyttes av rundt halvparten av kommunene. Dette er i tråd med det vi fant i intervjuundersøkelsen.

Større kommuner (over 15000 innbyggere) tar i større grad kun inn vikarer når *noen* typer ansatte tar utdanningspermisjoner, dette gjelder 72 prosent av store kommuner. Mindre kommuner (færre enn 2000 innbyggere) tar i større grad inn vikarer for alle typer ansatte (gjelder 45 prosent av kommunene).

De aller fleste kommuner, over 80 prosent, har opplegg på plass for opplæring av alle nyansatte. Dette gjelder særlig kommunene med over 4000 innbyggere som opplyser at de har slike opplæringsopplegg, mens dette gjelder 75–80 prosent av kommuner med færre enn 4000 innbyggere. I tillegg til slike universelle opplæringsopplegg har kommunene også andre tiltak: Mange kommuner opplyser at de har mentorordninger (20-40 prosent) og 20-30 prosent krysser av for at de «regner med at nyansatte lærer av erfarne medarbeidere». Svært få kommuner opplyser at de ikke har noe opplegg i det hele tatt (under 10 prosent).

Kun 23 prosent av kommunene med under 4000 innbyggere opplyser at de har hatt et samarbeid med utdanningsinstitusjoner, mens hele 60 prosent av de største kommunene (mer enn 15000 innbyggere) har hatt slikt samarbeid.

Nærmest alle kommuner (80-95 prosent) er praksisarena for studenter og elever på bachelor- og videregående-nivå. De større kommunene (over 4000 innbyggere) har også praksisstudenter på fagskole- og videreutdanningsnivå i nokså stor grad (65-80 prosent), mens dette gjelder for under 50 prosent av de mindre kommunene (under 4000 innbyggere). Kun 42 prosent av

kommuner med under 2000 innbyggere er praksisarena for studenter under videreutdanning. Også for studenter under etterutdanning ses en tilsvarende tendens, der over 40 prosent av de største kommunene er praksisarena mot nærmere 20 prosent for de minste kommunene.

Større kommuner opplyser i langt større grad enn mindre kommuner at de har ansatte med forskningskompetanse (dvs. med master- eller doktorgrad). Mens kun 35 prosent av kommunene med færre enn 2000 innbyggere opplyser at de har slike ansatte, gjelder dette nærmest alle kommuner med over 15000 innbyggere. I en sammenligning av svar fra undersøkelsene i 2018 og 2019 – blant kommuner som har svart begge gangene – kommer det også frem at kommunene generelt har økt andelen ansatte med forskningskompetanse. I snitt dreier dette seg om en økning på 5-10 prosentpoeng. Kun et lite fåtall av de største kommunene oppgir (i 2019) at de har ansatte innen helseområdet med utdanning på PhD-nivå. Dette gjelder én kommune blant 22 i gruppen av nest største kommuner og 4 av 30 kommuner i gruppen av de største kommunene.

Mindre kommuner (færre enn 4000 innbyggere) etablerer i klart mindre grad enn større kommuner (flere enn 15000 innbyggere) samarbeid med forskningsinstitusjoner. Det ses også en viss tendens til at manglende kapasitet oppgis å være en grunn til manglende forskningsinnsats etter synkende kommunestørrelse. I tillegg ses også en klar og monoton tendens til at et generelt innovasjonsarbeid synker markant med minkende kommunestørrelse.

Data fra spørreundersøkelsene viser en svak tendens til at de minste kommunene i mindre grad enn de større søker om midler i forbindelse med Kompetanseløft 2020-arbeidet (rundt 80 prosent vs. opp mot 100 prosent blant kommuner med flere enn 7000 innbyggere). Samtidig ser vi en svak tendens til at større kommuner også i større grad mener at tiltakene og midlene som kan søkes om innenfor Kompetanseløft 2020 er relevante. Dette er i tråd med det vi fant i intervjuundersøkelsen.

### 4.3 Avsluttende kommentarer

Alt i alt er det rimelig å konkludere denne delen av evalueringen med at Kompetanseløft 2020 bidrar til at kommunene satser på økt kompetanse og rekruttering, men den er trolig ikke tilstrekkelig for å bidra til rekruttering, stabilitet og faglig kvalitet i helsetjenestene i små distriktskommuner. Både intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen viser at situasjonen synes å være vanskeligere på mange områder i små kommuner enn i større og mer sentrale kommuner.

Det synes som at alle kommuner jobber kontinuerlig med kompetanseutvikling, både med støtte fra statlige midler og med andre finansieringskilder. Interkommunale nettverk og oppfølging og støtte fra Fylkesmannen nevnes som viktig i utviklingsarbeidet, og spesielt for mindre kommuner.

I den grad det er et mål med en politisk forankring av arbeidet med rekruttering og kompetanseplaner, så viser våre undersøkelser at det politiske nivået sjelden eller aldri deltar i utviklingen av planer, men tar dem til etterretning. Det synes som at tendensen er at tjenesteområdet eller sektor helse/pleie/omsorg gis en økonomisk ramme, og administrasjonen prioriterer innenfor rammen.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at forholdvis færre små kommuner samarbeider med utdanningsinstitusjoner enn det store kommuner gjør, og de er sjeldnere praksisarena for studenter og lærlinger. Det siste er en utfordring i og med at studenter og elever fra små steder ofte reiser hjemmefra for å ta utdanning, samtidig som utdanningsinstitusjonene legger opp til at studenter og elever ikke skal ha praksis på hjemstedet.

Kortvarige kurs, som for eksempel ABC-kurs, er populære, og bør kunne utvides for å omfatte flere temaer enn tilfellet er i dag. ABC-opplæring omfatter ABC-permer på fagområdene eldre, demens, utviklingshemming, musikkbasert miljøbehandling. I tillegg finnes en modul for ABC til helsearbeiderfagbrev og en introduksjonsopplæring for vikarer og ufaglærte. I alt 96 prosent av landets kommuner har siden 2007 deltatt i eller er i gang med ABC-opplæring. Bortsett fra Velferdsteknologiens ABC er alle utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Det er grunn til å spørre om dette gjør kursene litt vel mye rettet mot eldreomsorgen med tanke på at kommunene mer og mer får helsefaglig ansvar for pasienter i alle aldersgrupper og med mange ulike sykdommer og helsebehov.

Våre undersøkelser viser at lederutvikling er et satsingsområde, selv om ingen av de ni kommunene i intervjuundersøkelse har benyttet lederutviklingsprogrammet i Kompetanseløft 2020. Intervjuene viser at god ledelse vurderes som avgjørende for god drift, godt strategiarbeid, og en forutsetning for oppmerksomhet mot rekruttering og kompetanseheving på alle nivåer i organisasjonen. Styrking av enhetsledernivå, de lederne som er nærmest praksisfeltet, synes å være spesielt viktig.

En utfordring som trekkes fram i intervjuundersøkelsen, men som må sies å være litt på siden av temaet Kompetanseløft 2020, er at dagens helsefagarbeiderutdanning er dårligere tilpasset behovene i kommunene enn hva den tidligere hjelpepleierutdanningen var. Innspill fra intervjuene viser at nyutdannede hjelpepleiere var bedre rustet til å møte pasientene og en sykere pasientgruppe, enn det helsefagarbeidere er, blant annet fordi hjelpepleiere hadde noe av praksisen sin på sykehus, noe helsefagarbeidere ikke har. Dette betyr at det faglig sett blir et gap mellom det (nyutdannede) sykepleiere kan og det (nyutdannede) helsefagarbeidere kan. Dette utgjør en del av utfordringsbildet i kommunene.

Basert på intervjuundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen i denne delrapporten, er det grunn til å konkludere med at Kompetanseløft 2020 representerer et godt bidrag i arbeidet med rekruttering, kompetanseheving og styrket ledelse i kommunene. Det er mange likheter når det gjelder kommunenes utfordringer, selv om vi ser en del variasjoner ut fra kommunestørrelse. Alt i alt synes derfor virkemidler og tiltak i Kompetanseløft 2020 å være formålstjenlige og representere et godt, men ikke tilstrekkelig, bidrag for å oppnå ønsket utvikling i tråd med

intensjonene i de seks strategiene i Kompetanseløft 2020: i) sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell, ii) sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset det tjenestene trenger, iii) øke kompetansen hos ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis, iv) legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon, v) bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning, vi) bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt kompetanse for ledere.

## 5 Referanser

- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37. doi:10.1177/0107408315601814
- De Smedt, S. E., & Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2). doi:https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4238/3940
- Eriksen, L. T., & Huemer, J. E. (2019). The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), 1691706. doi:10.1080/22423982.2019.1691706
- Finne, H., Levin, M., & Nilssen, T. (1995). Trailing research: A Model for Useful Program Evaluation. *Evaluation*, 1(1), 11-31.
- Gregersen, A.-M. (2018). «Rural sykepleie»: Slik er det å være sykepleier i Norges mest grisgrendte område. *Sykepleien*, 4.
- Grut, L., Lippestad, J.-W., Nesje, K., Aamodt, P. O., Olsen, D. S., Monkerud, L. C., & Hatleskog, H. Z. (2019) Evaluering av Kompetanseløft 2020. Delrapport I Del II. In: *Vol. 00317. Rapport* (pp. 26). Oslo: SINTEF.
- Hallin, K., & Danielson, E. (2008). Registered Nurses' perceptions of their work and professional development. *J Adv Nurs*, 61(1), 62-70. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04466.x
- Hasson, H., & Arnetz, J. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care : a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 468-481. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x
- Helsedirektoratet. (2019). Kompetanseløft 2020. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>
- Mathison, S. (2005). *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo.
- Nesje, K., Aamodt, P. O., Monkerud, L. C., Helgesen, M., Lippestad, J.-W., & Grut, L. (2018). *Evaluering av Kompetanseløft 2020. Første delrapport del I* (978-82-14-06866-5). Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2560389>:
- Nilsen, G., Huemer, J., & Eriksen, L. (2012). Bachelor studies for nurses organised in rural contexts--a tool for improving the health care services in circumpolar region? *International Journal of Circumpolar Health*, 71, 1-8. doi:10.3402/ijch.v71i0.17902

- Pawson, R. (2013). *The Science of Evaluation. A realist manifesto*. Los Angeles CA and London.
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J.-W., & Anthun, K. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. Oslo: SINTEF Digital Rapport 102020752.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research: a practical handbook*. London: Sage Publications.
- Sletterød, N. A. (2000). Følgeevaluering og følgeforskning – endringsagent i eller forsker på bedriftsutvikling? In Fostervold & Endestad (Eds.), *Ved Inngangen til Cyberspace – ergonomisk tenkning inn i et nytt årtusen*: Nordiska Ergonomisällskapet.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk



## Vedlegg I Informasjonsskriv

---

### Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet *Følgeevaluering av Kompetanseløft 2020*

---

#### Bakgrunn og formål

Kompetanseløft 2020 (K2020) er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot 2020. K2020 omfatter mer enn 50 ulike tiltak fordelt på seks strategier. Helsedirektoratet har engasjert forskningsinstituttene SINTEF, NIBR og NIFU for å gjennomføre en følgeevaluering av K2020. Målet med følgeevalueringen er å gi kunnskap om i hvilken grad og på hvilken måte K2020 bidrar til en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste i kommunene, og hvorvidt den bidrar til tilstrekkelig sterk og kompetent bemanning. Kunnskap om kommunale sektors erfaringer med K2020 er viktig for å kunne evaluere satsingen. Derfor spør vi deg om du vil delta i intervju om dine erfaringer og synspunkter.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å intervju deg om dine erfaringer og synspunkter knyttet til Kompetanseløft 2020. Vi ønsker også innspill som kan bidra til at K2020 kan lykkes enda bedre. Tid og sted for intervju vil vi avtale med deg. Intervjuet vil ta inntil en time. Hvis du samtykker, vil vi ta lydopptak. Lydopptaket vil brukes for å lage et referat og slettes etterpå.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt. Ingen andre enn forskerne vil ha tilgang til lydopptaket og referatet. Evalueringen skal etter planen avsluttes i desember 2021. Da vil all informasjon som du har gitt bli slettet. Vi vil skrive rapporter som beskriver erfaringer med tiltakene. Rapportene vil være tilgjengelig for alle via Helsedirektoratets nettsider og nettsidene til de tre forskningsinstituttene. I rapportene vil informasjon om alle som har deltatt være anonymisert.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Du samtykker ved å delta i intervjuet.

Dersom du samtykker til å delta eller har spørsmål om evalueringen, kan du ta kontakt med:

- Lisbet Grut, seniorforsker SINTEF Avdeling Helse, telefon 993 68 151  
[lisbet.grut@sintef.no](mailto:lisbet.grut@sintef.no)

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) og har referansenummer 54316.

Med vennlig hilsen

Lisbet Grut  
Prosjektleder  
SINTEF Avdeling Helse

## Vedlegg II Intervjuguider

### Intervju med ledere i kommunene

5. Hva oppfattes som kommunens hovedutfordring på personell- og kompetansefeltet i helse- og omsorgstjenesten?
6. Hvordan planlegger kommunene sin strategi for kompetanseutvikling og rekruttering innen helse/omsorg.
  - Bygger planen på systematisk vurdering av kompetansebehov sett opp mot kartlagte behov hos brukergruppen?
  - Brukes nettstedet Ressursportal.no som er etablert for å bistå kommuner i planlegging?
  - Hvem i kommunen har ansvar for å lede planleggingen, og hvem er involvert.
  - Hvordan vurderer kommunen sin kompetanse til planlegging i dette feltet?
7. Fylkesmannens rolle i kommunenes strategiarbeid knyttet til kompetanseutvikling, slik kommunene ser det.
8. Hvilke virkemidler bruker kommunene i planleggingen og i rekruttering av nødvendig personell til helse og omsorgstjenesten.
  - Lønn, utdanning, godt faglig miljø,
9. Blir kompetanseplaner for helse og omsorg behandlet politisk.
  - Eventuelt hvor ofte blir helse/omsorg behandlet?
  - Hvor kjent er lokalpolitikere med utfordringsbildet nå og framover for helse- og omsorgstjenesten på personell og kompetanseområdet?
  - Er utfordringsbildet, situasjon og ressurser en sak i kommunestyret eller blir det bare behandlet når det skjer nye ting?
10. Hva hemmer og hva fremmer kompetanseutviklingen og rekruttering i kommunene, slik informantene ser det.
11. Kommunenes erfaringer med den nasjonale lederutdanningen.
12. Hva trenger kommunene for at de skal gjennomfører systematisk planlegging for kompetanseutvikling i helse/omsorg. (hjelp fra Fylkesmannen, politisk støtte, annet?)

## Intervju med representant for Fylkesmannen

1. Fylkesmannens rolle i kommunenes planleggingsarbeid, slik Fylkesmannen ser det.
2. Hva oppfattes som kommunens hovedutfordring på personell- og kompetansefeltet i helse- og omsorgstjenesten, slik Fylkesmannen ser det?
3. Hvordan planlegger kommunene sin strategi for kompetanseutvikling og rekruttering innen helse/omsorg, slik Fylkesmannen ser det?
4. Hva hemmer og hva fremmer kompetanseutviklingen og rekruttering i kommunene, slik Fylkesmannen ser det.
5. Hvordan vurderer Fylkesmannens rådgivergruppe for Kompetanseløft 2020 betydningen av deres årlige rapporteringer om kompetanse og personell for det nasjonale, strategiske arbeidet på området?
6. Hvordan skaffer Fylkesmannen oversikt over personell og kompetansesituasjonen i kommunene i fylket, og hvordan bidrar de med ekstra råd og veiledning til kommuner som har store utfordringer, både i planlegging og mangel på nødvendig kompetanse? (bare formidler informasjon, har samlinger, tar kontakt med kommuner ut fra eget initiativ, gir tips og råd)