Får vi nok personell til omsorgstjenestene?

Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015

PER OLAF AAMODT OG TROND TJERBO

NIFU
# Innhold

## Sammendrag........................................................................................................... 6

### 1 Bakgrunn og formål................................................................................................. 9
1.1 Om Kompetanseløftet 2015 ................................................................. 10
1.1.1 Målene for Kompetanseløftet: ..................................................... 11
1.1.2 Økonomiske rammer ................................................................. 11
1.2 Evalueringprosjektet ........................................................................ 11
1.3 Analytisk ramme: Hvordan skal Kompetanseløftet 2015 forstås? .......... 12

### 2 Mange av de sentrale målene er nådd .................................................................. 14
2.1 Betydelig vekst i antall årsverk ....................................................... 15
2.2 Økende kompetanse? ........................................................................ 15
2.3 Introduksjonen av helsefagarbeidere skaper utfordringer ................. 16
2.3.1 Sterk nedgang i antall utdannede ............................................. 16
2.3.2 Søkning og gjennomføring i helse- og sosialfag ........................... 17
2.3.3 Svak utvikling varsler nedgang i antall helsefagarbeidere/hjelpepleiere? ...... 18
2.3.4 Innvandringens betydning er økende ........................................ 19
2.3.5 Synspunkter i kommunene ....................................................... 20
2.4 Mindre deltidsarbeid? ....................................................................... 20
2.5 Andre kvalifiseringsveier ............................................................... 21
2.5.1 Fagskoler ................................................................................ 21
2.5.2 Desentraliserte høgskolestudier ................................................. 21
2.5.3 Videreutdanning for høgskoleutdannet personell ...................... 21
2.6 Hvor er det størst rekrutteringsproblemer? Betydningen av kommunestørrelse og sentralitet ...................................................... 22
2.7 Varierende måloppnåelse ................................................................ 23

### 3 Gode relasjoner mellom partene ......................................................................... 24
3.1 Organisering, styring og koordinering i sentralforvaltningen. .......... 25
3.2 Organisering og koordinering på regionalt nivå .............................. 25
3.2.1 Relasjonen mellom kommuner og fylkesmenn ................................ 26
3.3 Samspillet med utdanningsinstitusjonene ........................................ 26
4 Kommunenes arbeid med Kompetanseløftet ....................................... 28
4.1 Stort mangfold i kommunal sektor .................................................. 29
4.2 Det strategiske arbeidet i kommunene ............................................ 29
4.3 Regionale mønstre ...................................................................... 30
5 Samlet vurdering ................................................................. 31
5.1 En vellykket plan? ................................................................. 32
5.2 Noen kritiske faktorer ............................................................. 33
5.2.1 Tilgang av høgskoleutdannet personell ......................... 33
5.2.2 Svak rekruttering av helsefagarbeidere ....................... 33
5.2.3 Regionale forskjeller ........................................................ 33
5.3 Perspektivene framover ....................................................... 33

Litteratur ................................................................................. 36


Denne siste rapporten fra prosjektet tar sikte på å gi et kortfattet sammendrag og en samlet analyse av de viktigste resultatene fra evalueringen. Trond Tjerbo og Per Olaf Aamodt har stått for utformingen av denne rapporten, og har vært prosjektledere ved NIBR og NIFU. Prosjektgruppen har bestått av Inger Marie Stigen, Marit Helgesen og Trond Tjerbo fra NIBR, og Terje Næss, Clara Åse Arnesen, Håkon Høst, Nicoline Frølich og Per Olaf Aamodt fra NIFU. En referansegruppe bestående av Jon B. Warenius, Sarpsborg kommune, Irene Hanssen, Fylkesmannen i Hedmark, Karin Bergvik, Fylkesmannen i Østfold og Erling Steen, Aust-Agder fylkeskommune, har gitt nyttige innspill til prosjektarbeidet. Underveis i prosjektet er det holdt løpende kontakt mellom forskergruppen og Helsedirektoratet.

Oslo, januar 2012

Sveinung Skule
Direktør, NIFU

Hilde Lorentzen
Instituttssjef, NIBR
Sammendrag
Det har skjedd en betydelig vekst i sysselsetting og antall årsverk i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester i perioden fra 2005 til 2010. Veksten er på over 18 000 årsverk; av disse er over 16 000 fagutdannet personell. Kompetanseløftets mål om 10 000 nye fagutdannede årsverk fra 2004 til 2009 er dermed overoppfylt med over 50 prosent. En del av forklaringen på veksten i antall årsverk er at omfang av deltidsarbeid er redusert.


Det er en betydelig mobilitet i sektoren, og hver femte av de ansatte i 2010 var ikke i hovedstilling året før. Det klare flertallet av disse var uten godkjent helse- og sosialutdanning. Selv om det rekrutteres mange med fagutdanning, er majoriteten av de nyansatte uten slik utdanning. Disse utgjør igjen den viktigste rekrutteringsbasisen for helsefagarbeiderkategorien (tidligere hjelpepleierkategori). De befinner seg i et bredt alderssegment.

Av de rundt 1000 helsefagarbeiderne som er kommet med i personellstatistikken har omtrent hver tredje innvandrerbakgrunn. Svært mange fra Filippinene blir nå autorisert som helsefagarbeidere. I tillegg blir det fortsatt autorisert mange svensker som hjelpepleiere. Hele nettoøkningen i sysselsatte på dette utdanningsnivået de senere årene representerer av personer med innvandringsbakgrunn.

Innvandring er avgjørende også for veksten i antall sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren. Av en årlig vekst på rundt 1000 sykepleiere de siste årene, står sykepleiere med innvandringsbakgrunn for om lag 40 prosent. Også her er Filippinene og Sverige de viktigste leverandørene. De fleste sykepleiere i pleie og omsorg med annen nasjonsbakgrunn enn norsk er fra disse to landene. I statistikken over nye, autoriserte sykepleiere er svenskene den dominerende nasjonskategorien ved siden av de norske.

Implementeringen av Kompetanseløftet innebærer et komplekst samspill mellom aktører på ulike nivåer. Hovedinntrykket er at dette samspillet i det store og hele har forløpt positivt. Ikke minst er samarbeid og informasjonsflyt mellom fylkesmannsembetene og de enkelte kommunene en viktig forutsetning, siden det er fylkesmennene som tildeler de økonomiske tilskuddene til kommunene. Dette samarbeidet oppleves som konstruktivt av begge parter.

Informantene i kommunene har opplevd selve iverksettingen av planen og spesielt relasjonen til fylkesmannsembetene som positiv. De fleste av interviewpersonene mente i 2009 at deres kommune hadde en god dialog med fylkesmannens representanter. De oppfattet informasjonen som god og dialogen som enkel. Dette samsvarer med resultater fra NIBRs spørreundersøkelser til kommunene i 2008 og 2010. Når kontaktpersonene i kommunene blir bedt om å vurdere Fylkesmannens rolle i Kompetanseløftet er det klart flertall positive. Om lag åtte av ti er enige i at kommunikasjonen fungerer godt, at det er lett å henvende seg og at Fylkesmannen er tydelig på prioriteringer og tiltak som faller innenfor søknadsrammen.
Kommunene rapporterer om noe mindre vansker med å skaffe kvalifisert personell i 2010 enn i 2008. Dette kan tyde på at grunnbemanningen i pleie og omsorgssektoren faktisk har bedret seg i denne perioden. Vi kan selvfølgelig ikke, ut fra disse tallene alene, konkludere med at Kompetanseløftet 2015 har vært en direkte årsak til denne utviklingen, men funnene indikerer at det i løpet av de to årene har funnet sted en endring i ønsket retning.

De minste kommunene har større vansker med å rekruttere kvalifisert personell enn middels store og større kommuner. Men det er verdt å merke seg at de aller største byene også har betydelige problemer, noe som trolig henger sammen med sterkt konkurranse om arbeidskraften.

I hovedsak viser evalueringen at mange av de sentrale målene er oppnådd gjennom Kompetanseløftet, og selve implementeringen har i det store og hele gått bra. De ulike aktørene på ulike nivåer synes å ha samhandlet på en god måte, og kommunene opplever å ha fått god støtte. Selv om bevilingene fra Kompetanseløftet til kommunene er betydelige, er de likevel begrenset tatt i betraktning denne sektorens omfang. Evalueringsgruppens vurdering er derfor at man har fått positive effekter i forhold til de bevilgede beløpene.

Når det er oppnådd mange gode resultater, skyldes det at planen har hatt virkninger som går ut over det som følger av de økonomiske overføringene alene. Ikke minst har det trolig vært viktig at økonomisk støtte krever at kommunen arbeider aktivt og strategisk med bemannings- og kompetanseplaner, og at dette strategiske arbeidet i seg selv har bidragt til økt oppmerksomhet i kommunene. Det er likevel grunn til å reise spørsmålet om hvor strategisk kommunene arbeider med Kompetanseløftet.

Målene i Kompetanseløftet kan bare nås dersom kommunene selv iverksetter lokale tiltak. Dette kan gi seg utslag i økende forskjeller mellom kommuner.

Bakgrunn og formål
1.1 Om Kompetanseløftet 2015


Utviklingen av disse handlingsplanene illustrerer de store utfordringene vi står overfor med å bemannne den kommunale helsesektoren i de nærmeste tiårene som følge av blant annet den store veksten i antall eldre i befolkningen. Også Ansvarsreformen og Opptrappingsplanen for psykisk helse er et viktig bakteppe, og bidrar ytterligere til behovet for ikke bare en vekst i antall sysselsatte, men også for økt kompetanse i sektoren.

1.1.1 Målene for Kompetanseløftet

Målene for Kompetanseløftet 2015 er spesifisert på følgende måte (St.meld nr. 25, 2005–2006 s.74):

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


Tiltak under Kompetanseløftet 2015

- Aksjon helsefagarbeider: rekrutere til helsefagarbeiderutdanning og etablere læreplasser.
- Kvalifisering av personell: kvalifisere ulike personellgrupper som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole gjennom opplæring, tilleggsutdanning, fagprøve og vurdering av realkompetanse.
- Rekrutteringskampanje: rekruttere flere inn i omsorgstjenesten og oppnå større tverrfaglighet.
- Øke andelen med høyere utdanning: øke andelen med høgskoleutdanning.
- Desentraliserte høgskolestudier: legge til rette for desentraliserte studietilbud på høgskolenivå.
- Fagskoleutdanning for personell med videregående opplæring: videreutdanne personell gjennom fagskoleordningen.
- Videre- og etterutdanning for høgskoleutdannet personell: etablere videreutdanningstilbud innen blant annet geriatri, demens, veiledning og rehabilitering.
- Øke andelen som arbeider heltid: redusere bruken av deltid i helse- og omsorgssektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte.
- Flink med folk i første rekke: legge til rette for god ledelse og stimulere til ledelsesutvikling lokalt.
- Forbedring av arbeidsmiljø: legge til rette for godt arbeidsmiljø, for redusere sykefravær, minsker andel som går ut av sektoren til atføring eller uførepensjon
### 1.1.2 Økonomiske rammer


Ved siden av de økonomiske tilskuddene som tildeles som en del av planen, skulle kravet om kommunale planer og strategier bidra til å bevisstgjøre kommunene. Planarbeidet er ment å skulle stimulere kommunene til å handle mer strategisk i forhold til sine kompetansebehov i sektoren.

### 1.2 Evalueringprosjektet

I mai 2007 inviterte Helsedirektoratet (da Sosial- og helsedirektoratet) til anbud på en evaluering av Kompetanseløftet for perioden fram til 2011. I utlysningen ble formålet med evalueringen formulert slik:

1. Evaluere i hvilken grad tiltakene i handlingsplanen samlet og hver for seg fører til oppfylelse av mål og måltall
2. Evaluere sentrale helsemyndigheters monitorering av måloppnåelse, herunder å vurdere bruk av datakilder og datakildenes kvalitet
3. Undersøke om det finnes felles kjenneteign med hensyn til kommuner hvor handlingsplanen har god effekt, eventuelt liten effekt, på personellsituasjonen i omsorgstjenesten, og i særlig grad vurdere effekt i storbyer med særlige utfordringer
4. Undersøke i hvilken grad handlingsplanen imøtekommer krav til nye arbeidsformer og annen/relevant kompetanse i forhold til ulike brukergrupper
6. Evaluere bruken av handlingsplankonseptet og øremerkede midler for å nå målsettingene

Oppgaven med å evaluere handlingsplanen ble gitt til NIBR og NIFU, som deler på arbeidsoppgavene i prosjektet. NIFU har blant annet hovedansvaret å belyse hvordan måltallene er blitt oppfylt, mens NIBR har hatt sitt hovedfokus spesielt på hvordan Kompetanseløftet er blitt implementert i kommunene, men også på samspillet mellom de ulike aktørene.


I denne sammendragsrapporten er det først og fremst lagt vekt på å rapportere om måloppnåelse, samspillet mellom nivåene i iverksettingen, samt om virksomheten på kommunalt nivå.

I løpet av evalueringperioden er det gitt ut underveisrapporter fra både NIBR og NIFU:


1.3 Analytisk ramme: Hvordan skal Kompetanseløftet 2015 forstås?


Det andre sentrale elementet i modellen er de ressursene som stilles til rådighet for tiltaket, og da spesielt de økonomiske ressursene. Som nevnt i avsnittet om virkemidler, utgjør bevilgningsene i Kompetanseløftet 2015 relativt beskjedne beløp sett i forhold til omfanget av denne sektoren. I hvilken grad man kunne ha oppnådd sterkere resultater ved å fordele større midler er imidlertid et åpent spørsmål.


Et fjerde element i den analytiske modellen omhandler trekk ved iverksettingen, spesielt organisatoriske forhold og interorganisatoriske forhold. Det karakteristiske ved

I tillegg til de nevnte fire elementene, er det viktig å trekke inn generelle økonomiske og politiske forhold. Eksempelvis kan mulighetene for å rekruttere personell til pleie- og omsorgssektoren være enklere i perioder med svake økonomiske konjunkturer og stigende arbeidsledighet. Vi vet også at både etablerte rekrutteringsmønstre og tilbudet av utdanned arbeidskraft legger sterke føringer både på planene for og rekrutteringen til dette arbeidsfeltet (Høst 2012). Og ikke minst vil trekk ved kommunene selv spille inn, vi tenker her både på kommuneøkonomi og kommunestørrelse.

Mange av de sentrale målene er nådd
2.1 Betydelig vekst i antall årsverk


Figur 1 viser at det har vært en betydelig vekst i perioden fra 2005 til 2010. Antall sysselsatte har økt fra vel 150 000 til 167 400, og antall årsverk fra vel 102 000 til 120 400. Det er med andre ord blitt 18 200 flere årsverk i løpet av bare fem år. Veksten var sterkest i den første delen av perioden, og det er en tendens til utflating, selv om veksten tok seg litt opp igjen i 2010.

De aller fleste årsverkene i brukerrettet pleie og omsorg er knyttet til institusjoner og til hjemmetjenester. Disse to virksomhetene er om lag like store målt i antall årsverk, og utgjorde til sammen 97 prosent av hele sektoren, mens de resterende årsverkene var i aktivitetsentrene. Veksten i antall årsverk har vært sterkest i hjemmetjenestene, mens sysselsettingen har vært tilnærmet stabil i institusjonene. Det store flertallet av de sysselsatte finner vi i offentlig sektor. Veksten har vært klart sterkest i privat sektor, men utgjorde likevel ikke mer enn 6,7 prosent i 2010. Fra 2007 til 2010 økte antall årsverk i privat sektor med neste 30 prosent, mot 6 prosent i offentlig sektor. Stillingsprosenten er noe lavere i privat sektor, det vil si at en større andel av de sysselsatte jobber deltid.

2.2 Økende kompetanse?

Et av målene i Kompetanseløftet var at antall faglærte årsverk1 skulle øke med 10 000 i perioden fra 2005 til 2009 i forhold til nivået i 2004. Det var videre et mål at denne veksten skulle fordele seg med en tredel på hver av gruppene hjelpepleiere/helsefagarbeidere, sykepleiere og andre med høyere utdanning, samt at andelen med høyere utdanning skulle øke med ti prosentenheter, det vil si fra 24 prosent i 2004 til 34 i 2015.

\[ \text{Kilde: Helsedirektoratet, SSB} \]

\[ \text{Figur 1: Sysselsatte og avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorgstjeneste 4. kvartal 2005 til 2010.} \]

\[ ^1 \text{Som } \text{faglærte } \text{regner vi i denne sammenheng personer med høyere utdanning, hvor sykepleiere utgjør hovedtyngden, samt personell på videregående nivå, først og fremst hjelpepleiere, omsorgs- og helsefagarbeidere.} \]


Målet om at de 10 000 nye årsverkene med helsefaglig utdanning skulle fordele seg med en tredel på hver av de tre gruppene omtalt over, er imidlertid ikke oppnådd. Både antall med utdanning på videregående nivå og antall sykepleiere øker med rundt 40 prosent, mens veksten i annet høgskoleutdannet personell bare øker med vel 18 prosent. Til sammen ligger dermed den relative veksten i antall årsverk med høyere utdanning 9 prosentpoeng under målet.


2.3 Introduksjonen av helsefagarbeidere skaper utfordringer

2.3.1 Sterk nedgang i antall utdannede

Selv om det har vært en positiv utvikling i rekrutteringen av fagutdannede på videregående nivå i perioden, vesentlig hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, er det mye som tyder på at utfordringene her er i ferd med å bli større. Fra
2006 ble de gamle utdanningene erstattet med helsefagarbeiderutdanningen. Den nye utdanningen ble introdusert med støtte fra Aksjon helsefagarbeider, men resultatene er foreløpig ikke så oppløftende.

I første del av planperioden ble det utdannet svært mange hjelpepleiere, noe som kan forstås på bakgrunn av at det var kjent et den tradisjonsrike utdanningen skulle nedlegges. Da utfasingen av utdanningen startet gikk utdannede hjelpespeiere og omsorgsarbeider raskt ned. De første helsefagarbeiderne ble utdannet i 2009, og figur 3 viser med all tydelighet de utfordringene man står overfor i kvalifiseringen av fagarbeidere etter hvert som hjelpepleierutdanningen fases ut. Antall utdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har variert en del over de siste 20 åra, men har stort sett ligget i intervallet 3500–5000 per år. Introduksjonen av helsefagarbeiderutdanningen har ikke kunnet forhindre, men har snarere bidratt til, en foreløpig halvering av antall utdannede på dette nivået.

Vi må kunne forvente en viss økning i antall utdannede helsefagarbeidere i de neste årene, men det er tvilsomt om det er mulig å komme opp på det totale nivået fra før 2009, på kort sikt.

2.3.2 Søkning og gjennomføring i helse- og sosialfag


Ved starten av det tredje året var det vel 800 personer, eller ca. 19 prosent, som ikke var i utdanning, eller som var forsinket og fortsatt befant seg i andre året. Noen få elever befant seg også i Vg1. Antall lærlinger totalt var 1043, eller 24 prosent av Vg2-elevene i helse- og sosialfag, og antall lærlinger i helsearbeiderfaget var 576, eller.

13,4 prosent. Nesten halvparten, dvs. over 2000 av Vg2-elevene fra det forrige skoleåret, hadde valgt allmennfaglig påbygning.

Denne oversikten viser at til tross for at helse- og sosialfag er det største yrkesfaglige studieprogrammet med omtrent 5000 søkere i 2008, og til tross for at progresjonen er bedre enn i flere av de andre yrkesfagene, så ender man opp med at under 600, eller mindre enn 14 prosent, starter i lære som helsefagarbeider. Dette er et lavt tall i forhold til de målene som er satt for rekruteringen av helsefagarbeidere. Sagt på en annen måte: for å få én ny lærling i helsearbeiderfaget må det tas opp ti søkere til det første opplæringsåret. Det mest bemerkelsesverdige ved disse tallene er den store overgangen til påbygg for studiekompetanse, og at denne andelen har økt etter innføringen av Kunnskapsløftet (Vibe m.fl. 2011). Vi vet foreløpig lite om årsakene til dette under det halve av nivået fra et par år tilbake.


2.3.3 Svak utvikling varsler nedgang i antall helsefagarbeidere/hjelpepleiere? Med den nedgangen det har vært i den samlede tilgangen på nye hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere er det ikke overraskende at dette ser ut til å gi seg utslag også på den samlede sysselsettingen. Fra 2009 til 2010 er det en netto nedgang på antall sysselsatte helsefagarbeidere (inklusive hjelpepleiere og omsorgsarbeidere).

![Figur 3: Antall sysselsatte hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere i brukerretnet pleie- og omsorg 2005–2010.](image-url)

Det utdannes altså færre ungdommer gjennom lærlingordningen i helsearbeiderfaget enn det som var tilfellet med hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen før Kunnskapsløftet. Men det er den interne kvalifiseringen gjennom utdanning av egne ansatte uten fagutdanning som alltid har vært viktigst i pleie- og omsorgssektoren, og det er særlig denne som nå kan se ut til å svike. Mens det i 2010 ble registrert 1900 ansatte som kvalifiserte seg til fagutdanning på helsedriftsnivået, var nivået i 2009 på 2400. Fordi helsearbeiderfaget er nytt, er det for tidlig å vurdere i hvilken grad det er snakk om et overgangsproblem. Ser vi imidlertid tilbake på erfaringen med de to tidligere utdanningsordningene, så er det klart at hjelpepleierutdanningen ble foretrukket som voksenopplæring framfor omsorgsarbeiderutdanningen som lå under fagopplæringen og praksiskandidatordningen. Det peker i retning av at praksiskandidatordningen i mindre grad er egnet for å rekrutere og kvalifisere voksne innenfor denne sektoren.

### 2.3.4 Innvandringens betydning er økende

Et annet trekk ved rekrutteringen til dette feltet er den økte andelen av rekrutteringen som utgjøres av innvandrere. Totalt har antall ansett i pleie- og omsorgssektoren med innvandrerbakgrunn økt med 8300 i perioden 2005–2010. Det betyr at nesten halvparten av den totale økningen i sysselsetting i perioden kan tilbakeføres til ulike former for innvandring. De siste årene har innvandrere stått for det aller meste av veksten i sektoren. Som innvandrere er her inkludert bosatte innvandrere som er rekruttert til denne delen av arbeidsmarkedet, arbeidspendlere, spesielt sykepleiere fra Sverige, som jobber intensive økter mens de er i Norge, og helsepersonell, til dels sykepleiere, fra mer fjernebygde land, spesielt Filippinene.

Økningen gjelder på alle nivå; fra leger via sykepleiere og helsedriftsarbeidere/hjelpepleiere til gruppene uten godkjent helsedriftsutdanning. Det er et åpent spørsmål om den tilgangen på nye hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsedriftsfolk som vi så i figur 2 er tilstrekkelig til å oppretholde sysselsetting på et stabilt nivå.

Personer med innvandringsbakgrunn står for hele veksten i rekrutteringen til helsedriftsnivået de siste fire årene. Dette bidrar dermed til å forklare hvordan en kan ha vekst i antall med fagutdanning i en periode hvor antall nyutdannede går klart ned. Gruppen helsedriftsarbeidere/hjelpepleiere med innvandrerbakgrunn er sammensatt av personer med utdanning fra sitt eget hjemland, og innvandrere som tar utdanning i Norge. Den førstnevnte gruppen er imidlertid i stor flertall. Over 80 prosent av de nye, autoriserte hjelpepleiere og helsedriftsarbeiderne med annen nasjonsstatus enn norsk kommer enten fra Sverige eller fra Filippinene. Når utdanningsordningene i Norge sliter med å utdanne et tilstrekkelig antall helsedriftsarbeidere til å kompensere for avgang, er man dermed i ferd med å gjøre seg avhengig av arbeidskraft-import fra disse landene.

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

Innvandring er avgjørende også for veksten i antall sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren. Av en årlig vekst på rundt 1000 sykepleiere de
siste årene, står sykepleiere med innvandrings-bakgrunn for om lag 40 prosent. Også her er Filippinene og Sverige de viktigste leverandørene. De fleste sykepleiere i pleie og omsorg med annen nasjonsbakgrunn er fra disse to landene. I statistikken over nye, autoriserte sykepleiere er svenske den dominerende nasjonskategorien ved siden av de norske.

2.3.5 Synspunkter i kommunene

Av grunnutdanningsene er det sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere som er mest etterspurte i kommunene, mens det innen videre- og etterutdanning synes å være størst behov innenfor demensomsorg og psykisk helse. En høy andel deltidsstilling er oppfattet som et problem i rekrutteringsarbeidet.

2.4 Mindre deltidsarbeid?
Ett av målene i Kompetanseløftet var å redusere omfanget av deltidsarbeid. Dette er et viktig virkemiddel for å øke årsverksinnsatsen selv med stabilt antall sysselsatte, men det er i tillegg et mål i seg selv, blant annet for å gjøre jobbene mer attraktive. Man antar at en sektor med mange deltidsjobber er mindre attraktiv, men samtidig er det enkelte som ønsker å jobbe deltids i faser av livet.

I en avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten mellom KS og regjeringen har partene forpliktet seg til å legge forholdene til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger for å sikre stabilitet og kontinuitet for brukere og ansatte (St.meld. nr. 25 (2005–2006) s. 76).

2.4 Mindre deltidsarbeid?
I hele perioden 2005 til 2010 har veksten i avtalte årsverk vært sterkere enn veksten i sysselsettingen. Mens sysselsettingen økte med 17 251 personer eller 11,5 prosent, økte tallet på avtalte årsverk med 18 243 eller 17,9 prosent. Den sterkere veksten i avtalte årsverk sammenheng med at den gjenomsnittlige stillingsprosenten har økt i perioden fra 68,1 i 2005 til 71,9 prosent i 2010. Dette er en positiv utvikling sett i forhold til målsettingen om å redusere omfanget av deltidsarbeid. Det er her grunn til å understreke at det her dreier seg om avtalte årsverk, vi vet ikke om de avtalte årsverkene gjenspeiler en tilsvarende utvikling i faktisk utførte årsverk. Uten denne veksten i stillingsprosent ville veksten i antall årsverk ha vært langt lavere enn det vi har observert. For hele perioden kan omtrent 40 prosent av hele økningen i antall årsverk tilscribes den økte stillingsprosenten blant de sysselsettingen.

Den gjenomsnittlige avtalte arbeidstida er høy blant sysselsatte med høyere helse- og sosialfaglig utdanning. Den gjenomsnittlige arbeidstida i denne gruppen var 86,2 prosent av hel stilling i 2010. Stillingsprosenten synker med utdanningsnivå. Blant hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne var stillingsprosenten 77,2, og blant dem uten fagutdanning var stillingsprosenten i 59,0 i 2010. Det er nå relativt lite å hente gjennom økt stillingsprosent blant de høgskoleutdannede, og økningen i antall årsverk framover vil derfor primært måtte skje ved en økning i antall sysselsatte. Potensialet for å hente ut ekstra årsverk burde være større blant hjelpepleierne/omssorgsarbeidere enn blant høgskoleutdannede, men også i denne gruppen...
begynner stillingsprosenta å bli relativt høy, og det vil være et spørsmål om hvor mye ekstra det er å hente på sikt. Det er først og fremst blant de uforlærte at potensialet for å hente ut ekstra årsevne fra allerede sysselsatte personer er største, men her viser statistikken at det ikke var noen økning i stillingsprosent fra 2009 til 2010. Det er imidlertid denne gruppen man på sikt ønsker å få erstattet med mer kvalifisert arbeidskraft. Samtidig innebærer de betydelige forskjellene i stillingsprosent etter utdanningsnivå at et økende utdanningsnivå i seg selv vil bidra til å redusere andelen som jobber deltids.

2.5 Andre kvalifiseringsveier

Ut over de «ordinære» utdanningsveiene, er det etablert andre veier for kvalifisering med støtte over Kompetanseløftet 2015: Fagskoler, desentraliserte høgskoleutdanninger samt videreutdanning.

2.5.1 Fagskoler


2.5.2 Desentraliserte høgskolestudier


2.5.3 Videreutdanning for høgskoleutdannet personell

2.6 Hvor er det størst rekrutteringsproblemer? Betydningen av kommunestørrelse og sentralitet


Vi har her basert våre funn på NIRBs kommunedøperundersøkelse, data fra Sysselsettingsregisteret og intervjuedøper med informanter i kommunene. Fra Sysselsettingsregisteret kan vi hente data om vekst eller nedgang i sysselsettingen, antall årsverk i brukerrettet pleie- og omsorg i forhold til antall innbyggere og antall 67 år og over, samt kompetanseprofiler. Også kommunenes frie inntekter er trukket inn som en mulig forklaringsvariabel.

Hvis vi sammenlikner kompetanseprofilerne på fylkesnivå, finner vi noen overraskende trekk, og det er ganske store forskjeller. Mens Oslo og Akershus generelt har det klart høyeste utdanningsnivået blant de sysselsette, er bildet helt motsatt i pleie- og omsorgssektoren. Andelen uflafrøkt er klart høyere i Oslo og Akershus enn i andre fylker.


Et annet interessant mål er antall årsverk i pleie- og omsorg i forhold til antall eldre i kommunene. En bør være varsom med å fortolke antall årsverk per antall eldre som et mål på kvaliteten i tilbudene eller på kommunenes prioritering, men det er likevel en interessant størrelse. Vi finner da små forskjeller mellom kommunene, selv om det er et litt høyere forholdstall i de aller minst kommunene. Heller ikke mellom kommuner med ulik sentralitetsgrad er det noen klare forskjeller. Derimot finner vi en ganske klar sammenheng med kommunenes frie inntekter. Kommuner med mer enn kr. 60 000 i frie inntekter per innbygger har nesten 50 prosent flere årsverk i pleie og omsorg enn kommuner med kr. 20–30 000 i frie inntekter per innbygger.

Det behøver ikke å være noen entydig sammenheng mellom årsverksinnsats og kompetansesivå i pleie og omsorg og de vanskene kommunene mener at de har med å rekrutere kvalifisert personell. Informantene vil vurdere situasjonen i egen kommune, og neppe ser de sin situasjon i forhold til andre kommuner. Resultatene fra kommunundersøkelsen tyder på at det er større utfordringer med å rekruttere personell generelt, og med rett kompetanse, i små og mindre sentrale kommuner. Når mange mindre kommuner likevel har en relativt høy andel med fagutdanning på videregående nivå, skyldes dette trolig at man har lykkes i å kvalifisere en stor andel av de uten fagutdanning. Mindre kommuner kan ha vansker med å skape et attraktivt faglig miljø for personer med høy kompetanse. Kommuner i mindre sentrale strøk kan også ha større utfordringer med tilflytting, og dette kan svkke rekrueringen til pleie- og omsorgssektoren. Dette er ikke et overraskende mønster. Det er ikke unntakelig at det er krevende
å rekruttere til pleie- og omsorgssektoren i små kommuner med et begrenset tilbud av arbeidskraft, til tross for at antall stillinger som skal besettes ikke er så stort. Men på den annen side gjør et begrenset arbeidsmarked denne typen jobber relativt sett mer attraktive. I de store byene er forholdet omvendt, og pleie- og omsorgsyrkene har vanskeligere for å konkurrere om arbeidskraften. Dimensjonen små til store kommuner dekker dessuten over et mangfold av lokale forskjeller i pleiebehov, økonomi, generell tilgang på lokal arbeidstilbud og graden av konkurranse fra andre deler av arbeidsmarkedet. Ikke minst synes graden av økonomisk handlefrihet å bidra til betydelige forskjeller. Kommuner med betydelige frie inntekter utnytter denne frihetsgraden til å ha mange ansatte i pleie- og omsorgssektoren i forhold til antall eldre i befolkningen. Dette er nokså parallelt til det Hægland m.fl. (2007) fant for skoleressurser og eleveresultater i skolen i kommuner med betydelige kraftinntekter.

2.7 Varierende måloppnåelse

På noen områder har Kompetanseloftet 2015 lykkes godt. Antall årsverk med fagutdanning har økt mer enn det som var målsettingen, og andelen som jobber heltid har økt. Det har vært betydelig vekst i antall sysselsatte med høyere utdanning. Det er særlig andre høgskolegrupper enn sykepleierne som har økt mindre enn forutsatt. Utdanningen av helsefagarbeidere ser ut til å bli en kritisk faktor i de nærmeste årene, både fordi de unge elevene i helse- og sosialfag går over til allmennfag, og fordi en ikke har fått erstattet hjelpepleierutdanningen med et tilsvarende attraktivt tilbud til de voksne. Etter all sannsynlighet vil Norge i økende grad bli avhengig av arbeidsinnvandring for å sikre den nødvendige personelltilgangen i pleie- og omsorgssektoren.
3 Gode relasjoner mellom partene
3.1 Organisering, styring og koordinering i sentralforvaltningen

Når en skal vurdere samarbeidet og arbeidsdelen mellom de sentrale aktørene i Kompetanseløftet 2015, er det viktig å ha klart for seg at denne handlingsplanen er en del av et svært viktig politikkområde. Utfordringene for bemanningen av den kommunale pleie- og omsorgssektoren er et høytt prioritert politikkfelt som det er stor interesse for og lagt betydelig politisk prestisje i.


I løpet av planperioden har det vært relativt tett kontakt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, og relasjonen blir av våre informanter beskrevet som god. Spesielt blir arbeidet som er gjennomført i Helsedirektoratet beskrevet i rosende ordelag. Fordelingen av oppgaver og ansvar mellom direktoratet og departementet i dette tilfellet kan til dels forstås som en avveining av hvorvidt arbeidet med Kompetanseløftet er et politisk eller et faglig spørsmål. Rent faglige forhold og problemstillinger hører naturlig hjemme i direktoratet, men for saker der det er en klarere politisk interesse vil en sterkere departemental involivering være naturlig. Våre informantsamtaler i departement og direktorat tyder ikke på at disse avveiningene har vært spesielt vanskelige eller konfliktfylte.


3.2 Organisering og koordinering på regionalt nivå

Fylkesmennene har vært svært viktige aktører i iverksettingen av Kompetanseløftet 2015 i kraft av å være statens regionale representant i de ulike fylkene, og som tildeler av midler til aktiviteten i kommunen. Det er gjennom Fylkesmennenes arbeide de nasjonale målsettingene og planene blir forankret lokalt, og det er via Fylkesmennenes den sentrale forvaltningen får informasjon om satsningens virkemåte og dens effekter lokalt.

Da data om organiseringen ble samlet inn i 2009 var arbeidet med Kompetanseløftet organisert som et prosjekt innenfor arbeidet med Omsorgsplan 2015 i et flertall av fylkene, gjerne med en arbeidsgruppe eller en styringsgruppe for hele Omsorgsplanarbeidet. Det var i gjennomsnitt 2–3 personer pr. embete som hadde Kompetanseløftet som hovedfokus i sitt arbeid, men siden arbeidet med Kompetanseløftet gjører det tett koblet med og integrert med øvrig arbeid, er omfanget litt vanskelig å anslå. Arbeidet med satsningen var i de fleste tilfellene forankret i Helse- og sosialavdelingen eller Helse- og omsorgsavdelingen hos Fylkesmannen.

Kontakten mellom fylkesmannsembetene og Helsedirektoratet har skjedd i form av ett til to kontaktmøter i året og møter i Arbeidsutvalget.
Intervjuene i 2009 viste at de saksansvarlige kontaktpersonene i fylkesmannsembetene jevnt over var svært godt fornøyd med hvordan Helsedirektoratet ivaretar sin rolle i satsningen vis å vis fylkesmennene. Arbeidsutvalget vurderes som nyttig, men det etterlyses noe mer drøfting og det ble advart mot at kontakten kan bli rituell, på tross av god organisering og godt samarbeidsklima.

Relasjonen for øvrig til Helsedirektoratet var i hovedsak knyttet til søknads- og rapporteringsrutiner. I arbeidet kan fylkesmennene i stor grad utnytte eget skjønn og lokalsamfunnskunnskap. Til tross for at dette hovedsakelig vurderes som positivt, savnet noen informanter mer tilbakemelding på arbeidet til fylkesmannsembetene, og at fylkene ble stående noe alene i sine vurderinger. Det ble reist spørsmål om ikke direktoret kunne ha foretatt noe mer fortløpende vurderinger og tilbakemelding på de fylkesvise resultatene.

3.2.1 Relasjonen mellom kommuner og fylkesmenn
De fleste, men ikke alle, fylkesmannsembetene oppga i 2009 å ha etablert flere ulike informasjonskanaler ut til kommunene i forbindelse med Kompetanseløftet 2015. Alle har faste kontaktpersoner i kommunene, og kommunikasjonen skjer vanligvis elektronisk. Flere av embetene har også arrangert årlige dagskonferanser der Kompetanseløftet 2015 er tema.

I tillegg til de organiserte kontaktpunktene har fylkesmannsembetene løpende kontakt med enkeltkommuner. Denne kontakten har vært relativt hyppig, spesielt i forbindelse med søknadsarbeid, rapportering og om veiledning i å utarbeide kompetanseplaner. Hva angår rapportering, var det i 2009 åpenbart at kvaliteten på kommunenes rapporteringer var variere. Mange kommuner måtte også purres for at rapporteringene skulle komme innen fastsatt frist.

Enkelte fylker trekker fram at hyppige omorganiseringer i kommunene, utskiftninger av kontaktpersoner og at kommunene har ulik organisering er en utfordring for kontakten. Utfordringer i forhold til innføring av tonivåmodeller (såkalt flat struktur) trekkes særlig fram.

Informantene i kommunene har opplevd selve iwerksettingen av planen og spesielt relasjonen til fylkesmannsembetene som positivt. De fleste av intervjuopprinnene mente i 2009 at deres kommune hadde en god dialog med fylkesmannens representanter. De oppfattet informasjonen som god og dialogen som enkel. Dette samsvarer med det intrykket en får gjennom NIBRs spørreundersøkelser til kommunene i 2008 og 2010. Når kontaktpersonene i kommunene blir bedt om å vurdere Fylkesmannens rolle i Kompetanseløftet, er et klart flertall positive. Om lag åtte av ti er enige i at kommunikasjonen fungerer godt, at det er lett å henvende seg og at Fylkesmannen er tydelig på prioriteringer og tiltak som faller innenfor søknadsrammen.

Implementeringen av Kompetanseløftet bygger på et komplekst samspill mellom aktører på ulike forvaltningsnivåer. Hovedintrrykket er at dette samspillet i det store og hele har forløpt positivt. Ikke minst er samarbeid og informasjonsflyt mellom fylkesmannsembetene og de enkelte kommunene viktig, siden det er fylkesmennene som tildeler de økonomiske tilskuddene til kommunene. Dette samarbeidet oppleves som godt av begge parter.

3.3 Samspillet med utdanningsinstitusjonene
Samspillet mellom institusjonene som utdanner helsefaglig personell og den kommunale omsorgssektoren varierer mellom utdanningsnivåene. Fylkeskommunene har ansvaret for opplæringen på videregående nivå, men siden helsearbeiderutdanningen er plassert i lærlingordningen, skjer deler av opplæringen ved sykehus og i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Erfaringene er så langt at de aller fleste kommuner tar helsefagarbeiderlæringer, men antallet er lavt i hver enkelt kommune, noe som i størst grad skyldes mangel på søkere (Hagen m.fl. 2011). Kommunene inngår dermed i arbeidet med å framskaffe både læreplasser for fagopplæringen og praksisplasser for helsefaglige høgskoleutdanninger. Dette er en form for samarbeid som kommunene har mye erfaring med, mens rollen som «bestillere» av kompetanse er av nyere dato. Men som en del av tiltakene for rekruttering og kompetanseheving har over halvparten av kommunene hatt samarbeid med fagskoler, deltatt i organisering av desentraliserte utdanninger, organisert samarbeid med fylkeskommunen, eller betalt for studieplasser ved høgskoler. En noe lavere andel av kommunene har betalt for elevplasser i videregående opplæring.

Det er ofte kommunene selv som tar initiativ til mye av samarbeidet, men også læresteder er initiativtakere. Mange av de statlige høgskolene har et etablert nettverk med kommuner innenfor sin region, en form for samarbeid som legger på𬘩er oppførte som positivt. Kommunene ser dette som en mulighet for å styrke kompetansen, og lærestedene bidrar til å styrke relevansen av utdanningen og gir dem en sterkere regional forankring. Enkelte læresteder rapporterer om at kommuneøkonomien kan være en hindring ved at det begrenser mulighetene for frikjøp eller støtte til studenter på videreutdannIng og til vikarmidler.


Omtrent én av fire kommuner har et samarbeid med læresteder i forbindelse med Kompetanseløftet 2015, men dette samarbeidet er i de fleste tilfellene en del av et bredere og mer langvarig samarbeid. Både kommuner og læresteder oppfatter samarbeidet som viktig og positivt. En begrensning for samarbeid rundt etter- og videreutdanning er at insentivene for lærestedene er svake i forhold til de midlene de mottar for studiepoeng innenfor de ordinære studiene. Det er kostnadskrevende å utvikle slike tilbud, og markedet er ofte begrenset.
Kommunenes arbeid med Kompetanseløftet
Stort mangfold i kommunal sektor

Norske kommuner er svært uensartede med hensyn til størrelse, befolkningssammensetning, lokalt arbeidsmarked og økonomi. Behoven i pleie- og omsorgssektoren varierer i forhold til antall pleietrengende, kommunenes handlingsrom henger sammen med den kommunale økonomien, og tilgangen på kvalifisert personell avhenger ikke minst av det lokale arbeidsmarkedet. En handlingsplan som Kompetanseløftet ville neppe kunnet fungere uten at dette mangfoldet blir reflektert gjennom en sterkt grad av desentralisering. Dette vil gi helt naturlige variasjoner i organiseringen i tilbuddet. Men i tillegg er det også tegn til at det faktisk er kvalitetsforskjeller i kommunenes tjenestetilbud (Hagen m.fl. 2011).

For å oppfylle målene i Kompetanseløftet 2015, er det nødvendig at kommunene bidrar finansielt, fordi de sentralt bevilgede midlene ikke dekker alle kostnadene. Kompetanseheving i sektoren er avhengig av kommunene selv ser det som viktig og støtter sine medarbeidere, og at de avsetter midler for å dekke direkte kostnadene og ikke minst vikarutgiftene i forbindelse med ansattes deltakelse i kvalifiseringstiltak.

Det strategiske arbeidet i kommunene

Innenfor rammene av Kompetanseløftet 2015 har kommunene stort handlingsrom. De kan blant annet la være å søke midler. Vi har ikke sikker informasjon om hvor mange kommuner dette kan dreie seg om, hvorfor de ikke søker, og hvilke konsekvenser det kan ha. Kommunen som ikke har utnyttet tilskuddene i Kompetanseløftet kan bli hengende etter i utviklingen, men det er også mulig at de er kommet så langt at de ikke ser behovet. Den siste fortolkningen er neppe særlig sannsynlig, de fleste kommuner som er aktive med rekruttering og kvalifisering vil trolig utnytte de mulighetene som finnes for å få ekstra tilskudd til virksomheten.

En forutsetning for at kommunene kan få økonomiske tilskudd fra Kompetanseløftet, er imidlertid at de har satt i gang planprosesser. Planen skal anspore kommunene til å hanke strategisk i forhold til sitt behov for kompetanse. Tilskuddet har blant annet som mål å få kommunene til å ansette flere med relevant utdanning på pleie- og omsorgsområdet, heve det formelle utdanningsnivået, skape større faglig bredde og styrke veiledning og internopplæring. Det er ikke bare de økonomiske virkemidlene som har direkte effekter, planprosessene vil i seg selv bidra til at kommunene tenker mer strategisk i sin personalpolitikk for pleie- og omsorgssektoren.

Evalueringen viser at det er store variasjoner i hvordan kommunene forholder seg til de strategiske elementene i Kompetanseløftet 2015 knyttet til kravet om planlegging og kompetansekartlegging. Det arbeides i liten grad strategisk på sentralt kommunalt nivå i forhold til Kompetanseløftet 2015, det meste er overlatt til de enkelte virksomhetene i kommunene. Det er dessuten forskjeller i hvordan kommunene samarbeider med utdanningsinstitusjoner og andre eksterne aktører, og hvordan de utformer sin rolle som arbeidsgiver i forhold til kompetanseutvikling. Kommunene arbeider videre mye med egenorganisert undervisning og gir sine medarbeidere oppdateringskurs, samt at de gjennomfører intern opplæring og tilbyr læreplasser. Læreplassene blir ikke alltid fylt, og erfaringen er at det er vanskeligere å få lærlinger til hjemmetjenesten enn til institusjonene.

Det ser også ut til at det i liten grad arbeides strategisk for å utnytte den nye eller styrkede kompetansen til medarbeiderne. Medarbeidere som har tatt etter- og videreutdanning oppgir i stor grad at de selv må ta initiativet til at deres kompetanse skal brukes på nye måter.

Kommunene tar heller ikke i bruk lønn som insitament for at medarbeidere skal ta utdanning, og endringer i lønn overlates til lokale forhandlinger mellom arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgivere. Sykepleiere uttrykker misnøye med forhandlingsordninger som gjør at de får dårligere lønnsmessig uttelling etter endt etter- og videreutdanning enn andre yrkesgrupper i sektoren.

4.3 Regionale mønstre

Utdelingen av tilskudd i Kompetanseløftet er hovedsakelig basert på den aktiviteten kommunene rapporterer inn til Fylkesmannen. Kriteriene for fordeling av tilskudd er aktivitetsbasert, og 40 prosent av midlene tildeles etter den planlagte og faktiske utdanningsaktiviteten i kommunene mens 60 prosent av midlene tildeles etter antall årsverk. Det er derfor naturlig at det er variasjon mellom fylkene i resultat og aktivitet, og hvordan midlene i planen allokeres. Datamaterialet viser at det er forholdsvis store forskjeller mellom fylkene i planlagt endring av årsverk fra 2010. Det er også forholdsvis stor variasjon fylkene i mellom i planlagt og realisert kompetanseheving. Det kan være mange forklaringer på disse forskjellene, blant annet at behovet for kompetanseheving i kommunene kan variere mellom fylker.

I vurderingen av tallene må det selvsagt understrekes at vi ikke har sett på aktiviteten i hele perioden, og at det selvsagt kan være slik at fylker som har lav aktivitet ett år kan ha høyere aktivitet neste år og omvendt. Det er derfor vankelig å si noe om hvorvidt Kompetanseløftet bidrar til regional utjevning, men analyser basert på sysselsettingsdata kan peke i retning av en viss utjevning mellom kommuner (Aamodt m.fl. 2011). Det er rimelig med en viss variasjon mellom fylkene. Behovene er ulike i forskjellige områder og en av fylkesmannens funksjoner er jo nettopp å bidra til lokal tilpasning av statspolitikk.

Det er videre et hovedtrekk at de minste kommunene planlegger størst aktivitet på kompetanseheving, har størst vekst i antall planlagte årsverk, og mottar mest tildeling i forhold til innbyggertallet. På bakgrunn av at de minste kommunene gjennomgående har størst problemer med rekruttering, spesielt av fagutdannet personell, er dette ikke overraskende.

Alt i alt peker disse resultatene i retning av at Kompetanseløftet har vært temmelig treffsikkert i forhold til kommunenes behov, og at dette også kan sees i sammenheng med at kommunene har så positive vurderinger av implementeringen av tiltaket.
5

Samlet vurdering
5.1 En vellykket plan?


Evalueringens hovedkonklusjoner om Kompetanseløftet 2015 er i hovedsak positive. Mange av de sentrale målene er oppnådd, og selve implementeringen har i det store og hele gått bra. De ulike aktørene på ulike nivåer synes å ha samhandlet på en god måte, og kommunene opplever å ha fått god støtte. Ikke minst har samarbeidet mellom kommuner og fylkesmenn vært positivt, noe som er av avgjørende betydning på grunn av fylkesmessenes nøkkelrolle. Denne vurderingen av planen må også sees i forhold til de økonomiske rammene. Selv om bevilgningene til kommunene er betydelige, er de likevel begrenset tatt i betraktning denne sektorens omfang. Evalueringssgruppens vurdering er derfor at man har fått positive effekter i forhold til de bevilkede beløpene. Dette hovedinntrykket stemmer da også overens med de forventningene vi formulerte i presentasjonen av evalueringens analytiske perspektiv i avsnitt 1.3.

Når det er oppnådd mange gode resultater, skyldes det at planen har hatt virkning som går ut over det som følger direkte av de økonomiske overføringene. Ikke minst har det trolig vært viktig at økonomisk støtte krever at kommunen arbeider aktivt og strategisk med bemannings- og kompetanseplaner, og at dette arbeidet i seg selv har bidratt til økt oppmerksomhet i kommunene. Det er likevel grunn til å reise spørsmål om hvor strategisk kommunene arbeider med Kompetanseløftet. Her er det utvilsomt et forbedringspotensial.

Målene i Kompetanseløftet kan bare nås dersom kommunene selv iverksetter lokale tiltak. Dette kan gi seg utslag i økende forskjeller mellom kommuner. En bør kanskje spesielt se nærmere på de kommunene som har vært mindre aktive med å søke midler innenfor Kompetanseløftet.

En annen viktig forutsetning for at denne planen har virket, er at den gjelder en sektor som har høy prioritet både nasjonalt og lokalt. Det er neppe noen kommuner som ikke er enige i viktigheten av denne sektoren og at det er nødvendig å styrke både bemanning og kompetanse, selv om kommunenes økonomiske ressurser til å dekke behovene varierer. Høy politisk prioritet garanterer i seg selv ikke for et lavt konfliktnivå, men i tilfellet med Kompetanseløftet 2015 tyder alt på at de ulike aktørene har trukket i samme retning.


Målstrukturen i Kompetanseløftet er kompleks, med en blanding av delmål og virkemidler. Det er mer sannsynlig at denne kompleksiteten har vært en fordel enn en ulempe. Dette kan ha gitt fleksibilitet som er viktig, ikke minst med tanke på hvor avgjørende implementeringen på lokalt
nivå er. Evalueringens hovedfokus har vært implementering og måløppnåelse, ikke selve målene. Vi vil likevel peke på at det er overraskende at Kompetanseløftet 2015 ikke inneholder eksplisitte målformuleringer i forhold til å dekke kommunenes behov innenfor planen. Ikke minst ville det ha vært nærliggende å bidra til å utlikne eventuelle forskjeller mellom kommuner i personellinnsats og kompetanse i forhold til behovene i brukergruppene.

5.2 Noen kritiske faktorer

5.2.1 Tilgang av høgskoleutdannet personell


5.2.2 Svak rekruttering av helsefagarbeidere

I 2010 ble det utdannet vel 1400 helsefagarbeidere. Men dette er på langt nær nok til å compensere for at hjelpepleierutdanningen er borte. Totalt sett ble antall nyutdannede med videregående helse- og sosialfaglig utdanning mer enn halvert fra 2008 til 2010. Selv om vi forutsetter at antall nyutdannede helsefagarbeidere vil øke, er det på kort sikt vanskelig å se at antallet vil komme opp på det samlede nivået som for bare et par år siden.


Alt tyder på at rekrutteringen av personale med fagutdanning på dette nivået vil bli den mest kritiske faktoren framover. Som evalueringen tidligere har vist er det fremdeles slik at de fleste som rekrutteres til pleie- og omsorgssektoren er uten godkjent helsefaglig utdanning. Utfordringen består i å etablere kvalifiseringsveier for disse som er attraktive både for dem det gjelder og for kommunene.

5.2.3 Regionale forskjeller

Vi finner store regionale forskjeller i bemanning og kompetanseprofiol. Hvorvidt dette er en ren tilpasning til lokale behov, er vanskelig å vite. Vi ser også visse tegn til at forskjellene utjevnes. Men det er også et spørsmål om en viss «Matteus-effekt» gjør seg gjeldende, og at kommuner med god bemanning også er de mest aktive i arbeidet med ytterligere rekruttering.

Selv om større kommuner lykkes bedre enn de minste, ser vi også at de største byene har spesielle utfordringer. Oslo har f.eks. langt lavere kompetanseprofiol enn landsgjennomsnittet. Dette viser på den ene siden at de minste kommunene har vansker med å finne arbeidskraft med riktig kompetanse, mens konkurransen fra andre deler av arbeidsmarkedet svekker pleie- og omsorgssektorens attraktivitet i de store byene.

5.3 Perspektivene framover

Det er atskillig uro og mye diskusjon om kostnadene ved eldrebolegen framover (hvordan
dekke utgiftene til pensjoner og til pleie og omsorg). Men knapphet på økonomiske midler er antakelig et marginalt problem i Norge sammenliknet med utfordringene med å rekrutere og kvalifisere personell til alle de jobbene som man regner med vil måtte fylles de nærmeste tiåra. Denne evalueringen har pekt på betydelige rekrutteringsutfordringer til tross for at viktige mål i handlingsplanen er nådd.


Selv om Kompetanseløftet 2015 i store trekk har vært vellykket, er det langt fra gitt at tilsvarende virkemidler vil være tilstrekkelige til å dekke de økte behovene man regner med fra 2030 og videre. Endringer i økonomien og et dårligere arbeidsmarked kan muligens bidra til å gjøre disse jobbene relativt sett mer attraktive, men det er lite å lene seg på. Perspektivene er her forskjellige for personell på ulike kompetansennivåer, og samtidig er det usikkert hvilken kompetanse profil som vil bli etterspurtt.

Det er liten grunn til å anta at målet om å øke andelen med helsefaglig kompetanse blir sveis ket, men samtidig utgjør fortsatt de ufaglærte en helt nødvendig del av sysselsettingen, og vil trolig forsette å gjøre det i lang tid framover. Voksen uten fagutdanning utgjør fortsatt en viktig del av rekrutteringspotensialet til jobbene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, selv om det er et mål å erstatte dem med fagutdannet personell. Det er to hovedutfordringer i forhold til denne gruppen: for det første å gjenoppbygge et attraktivt utdanningstilbud slik at de kan kvalifisere seg, og for det andre å redusere andelen som jobber deltids.

Vi har pekt på at rekruttering av helsefagarbeidere er en kritisk faktor, og det er iverksatt flere forskningsprosjekter som studerer dette. Men det er høyst usikkert om det er mulig å utvikle effektive virkemidler for å påvirke de unges utdanningsveier inn mot dette fagområdet.

Mye av den økte sysselsettingen på alle utdanningsnivåer i pleie og omsorg skyldes innvandring, men dette dekker over høyst ulike fenomenener. Vi kan peke på de hovedfaktorer: For det første har man mobilisert en del bosatte innvandre til denne delen av arbeidsmarkedet, noe de fleste vil se som et positivt om. For det andre er det arbeidspendlere, spesielt sykepleiere fra Sverige, som jobber intensivt mens de er i Norge. Det er ikke i det dette vil bli like vanlig om en del år; det avhenger av hvordan norsk og svensk arbeidsmarked og lønnsnivå utvikler seg. For det tredje rekrutteres det en del helsepersonell, til dels sykepleiere, fra mer fjernliggende land, spesielt Filippinene. En del av disse får ikke jobb som sykepleiere, men har jobber på lavere kompetansennivåer. Mens arbeidspendlingen stort sett består av individer som skaffer seg jobber på egenhånd, blir helsepersonell fra mer fjernliggende land i større grad hentet inn gjennom bemanningselskaper.

Potensialet for den tredje av disse formene for arbeidsinnvandring er i prinsippet nærmest ubegrenset. Men en kan stille spørsmål om det er riktig å tappe fattige land for kvalifisert helsepersonell som de selv kan ha bruk for. Det er videre et spørsmål om språkbeherskelsen er tilfredsstillende i forhold til å arbeide med pleie trengende.

Ikke bare nyrekruttering vil være en utfordring. Stadig flere sysselsatte i sektoren kombinert med økte behov for faglig oppdatering vil også skape økte behov for etter- og videreutdanning,
også for personer med høyere utdanning. Er insentivene overfor universiteter og høgskoler til å satse mer på etter- og videreutdanning sterke nok? Er det f.eks. nødvendig å gå inn med direkte tilskudd til lærestedene, slik det gjøres i videreutdanningsstrategien for lærere?

Kompetanseløftet har oppnådd mange av sine mål i den første delen av planperioden, og vil trolig også nå mange av målene fram mot 2015, selv om utviklingen nå peker i retning av svekket vekst i forhold til perioden fram til 2008. Det er mer usikkert om en handlingsplan av samme type og finansieringsramme vil være tilstrekkelig til å møte utfordringene fram mot 2020 og i enda større grad etter det. Alt tyder på at det er tilgangen på kvalifisert personell som vil bli den viktigste knapphetsfaktoren framover, samtidig som behoven etter all sannsynlighet vil øke i en raskere takt enn i den perioden vi er inne i nå.

### Litteratur


NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg. (Hagenutvalget)


Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015. NIBR-rapport 2012:3 Norsk institutt for by- og regionforskning


Oppgaven med å evaluere handlingsplanen ble gitt til NIBR og NIFU, som deler på arbeidsoppgavene i prosjektet. NIFU har blant annet hovedansvaret å belyse hvordan måltallene er blitt oppfylt, mens NIBR har hatt sitt hovedfokus spesielt på hvordan Kompetanseløftet er blitt implementert i kommunene, men også på samspillet mellom de ulike aktørene. Evalueringen trekker vekslere på mange ulike datakilder, og anvender både kvantitative og kvalitative metoder.

Underveis i evalueringen er det publisert seks underveisrapporter:
• Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 1. NIFU STEP rapport 12/2009
• Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 2. NIFU STEP rapport 3/2010
• Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 3. NIFU rapport 1/2011
• NIBR, underveisnotat nr. 1 (2009)
• NIBR, underveisnotat nr. 2 (2011)
• NIBR, underveisnotat nr. 3 (2011)

En sluttrapport med oppsummering av de viktigste resultatene fra evalueringen foreligger i rapporten: Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting. Sluttrapport fra evaluering av Kompetanseløftet 2015. NIBR-rapport 2012:3
Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning