

# Evaluering av Kompetanseløft 2020

## Første delrapport 2018



---

**FORFATTERE**

Kjersti Nesje, NIFU

Per Olaf Aamodt, NIFU

Lars Chr. Monkerud, NIBR

Marit Helgesen, NIBR

Jan-W. Lippestad, SINTEF AS

Lisbet Grut, SINTEF AS

---

---

**OPPDRAKSGIVER**  
Helsedirektoratet

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

**PROSJEKTNR**  
102014768

**ANTALL SIDER: 62**  
**VEDLEGG: 1**

### SAMMENDRAG

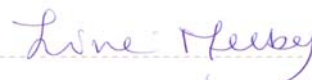
Denne første del av følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 (K2020) viser at svært mange kommuner søker midler over K2020, noe vi vil anta viser at K2020 svarer på reelle behov i kommunene. Så langt kan det virke som det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet ikke ses på som et lavterskeltilbud ved at kommunene utelukkende prioriterer kursopplæring for ansatte. Kursopplæring er den hyppigste formen for opplæringstiltak, men bare seks kommuner benytter seg kun av dette tilbudet. Høyere utdanning i form av videre- og masterutdanning er det vanligste etter kurs, noe som kan vitne om at kommunene (og ansatte) ønsker forskningsbasert kunnskap og dybdekompetanse i tjenesten.

De aller fleste kommuner jobber planmessig ved at de skaffer seg oversikt over behov og kompetanse, og kommunene lager kompetanseplaner. Det ser ut til å være vanligere at store kommuner lager en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten enn at små kommuner gjør dette, men mange kommuner innarbeider kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten i annet planarbeid. I alt ca. 80 prosent av de 215 som svarte på spørreskjemaet kartlegger eget behov for kompetanse, noe som er en forutsetning for både tjeneste- og fagutvikling for å møte både erkjente, nåværende behov i kommunen og for å legge til rette for videre utvikling for å møte forventede, framtidige behov.

Det er foreløpig for tidlig å si om det er systematiske forskjeller i bruken av de ulike typer midler og om det er systematiske forskjeller mellom kommuner.

**KONTROLLERT AV**  
Line Melby

SIGNATUR



**GODKJENT AV**  
Stine Hellum Braathen

SIGNATUR



**RAPPORTNR**  
2018:00595

**ISBN**  
978-82-14-06866-5

**GRADERING**  
Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**  
Åpen

## Innholdsfortegnelse

Forord og leserveiledning.....	7
1 Innledning.....	8
1.1 Kontekst for Kompetanseløft 2020 .....	8
1.2 Kompetanseløft 2020 – strategier og virkemidler .....	10
1.3 Evalueringsoppdraget.....	11
2 Analyse av registerdata .....	13
2.1 Hvordan skal registerdata brukes?.....	13
2.2 Sysselsettingsdata .....	13
2.2.1 Antall årsverk i den kommunale helsetjenesten i 2015 .....	14
2.2.2 Antall årsverk .....	14
2.2.3 Heltid og deltid.....	19
2.2.4 Antall årsverk i forhold til folketall.....	21
2.3 Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd.....	24
2.3.1 Rapportering på det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet .....	25
2.3.2 Bruken av det kommunale kompetanse – og innovasjonstilskuddet .....	27
3 Resultater fra spørreskjemaundersøkelse .....	32
3.1 Innledning.....	32
3.2 Representativitet etter fylke, sentralitet, befolkningsstørrelse og inntekter .....	32
3.3 Arbeidet med rekruttering og bemanning i helse- og sosialsektoren .....	35
3.4 Opplevd kvalitet i utdanningene og tilpasningen til kommunale tjenesters behov .....	43
3.5 Strategier for kompetanseøkning i kommunen.....	47
3.6 Kommunenes bruker- og medvirkningsorientering.....	51
3.7 Søknad om midler og deres relevans for utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenestene	53
4 Oppsummeringer .....	55
4.1 Analyse av registerdata .....	55
4.1.1 Sysselsettingsdata.....	55
4.1.2 Kompetanse- og innovasjonstilskuddet.....	55
4.2 Analyse av spørreskjemaundersøkelsen .....	56
4.3 Avsluttende kommentarer .....	57
4.3.1 Forslag til tema å følge med på framover.....	60
Referanser.....	62
Vedlegg: Spørreskjema til kommunene .....	63

## Tabelloversikt

Tabell 2.1 Antall årsverk i 2015 etter kommunestørrelse. Detaljert utdanning .....	15
Tabell 2.2 Antall årsverk i 2015 etter kommunestørrelse. Aggregert utdanning .....	16
Tabell 3.3 Prosentvis fordeling av årsverk i 2015 etter utdanning. Kommunestørrelse.....	16
Tabell 2.4 Prosentvis fordeling etter utdanning. Fylke 2015 .....	18
Tabell 2.5 Stillingsbrøk i 2015 (Antall årsverk/sysselsatte) etter kommunestørrelse.....	20
Tabell 2.6 Antall årsverk i 2015 per 1000 bosatte. Fylke .....	22
Tabell 2.7 Antall årsverk i 2015 per bosatte. Kommunestørrelse .....	23
Tabell 2.8 Oversikt over gjenværende tiltak etter seleksjon .....	24
Tabell 2.9 Eksempel på organiseringen av rapportering på det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.....	26
Tabell 2.10 Antall kommuner som har 0, 1-5, 6-10 og flere enn 10 ansatte under (eller fullført) ulike former for opplæring gjennom det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.....	29
Tabell 2.11 Gjennomsnittlig antall ansatte, median av antall ansatte og typetall av antall ansatte som er under (eller har fullført) opplæring gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, inkludert Oslo.....	30
Tabell 2.12 Gjennomsnittlig antall ansatte, median av antall ansatte og typetall av antall ansatte som er under (eller har fullført) opplæring gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, for alle kommuner, ekskluder Oslo .....	30
Tabell 3.13 Svar etter befolkningsstørrelse og korrigerede frie inntekter. ....	34

## Figuroversikt

Figur 2.1 Stillingsbrøk i 2015 etter fylke.....	21
Figur 2.2 Antall ansatte som er under eller har fullført ulike former for opplæringer gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2016.....	27
Figur 3.3 Svar etter fylke ( $N_{\text{utv.}}=214$ , $N_{\text{pop.}}=426$ ). .....	33
Figur 3.4 Svar etter sentralitet ( $N_{\text{utv.}}=212$ , $N_{\text{pop.}}=423$ ). .....	34
Figur 3.5 Andel kommuner som har kartlagt behovet for kompetanse (spm. 1). Etter kommunestørrelse (N=199).....	35
Figur 3.6 Antall år siden siste kartlegging av kompetanse (spm. 1.1). Etter kommunestørrelse (N=154).....	36
Figur 3.7 Oppfatning av viktigste beslutningsnivå i arbeidet med kompetansen (spm. 2). Etter kommunestørrelse (N=185). .....	37
Figur 3.8 Andel kommuner med egen kompetanseplan (spm. 3). Etter kommunestørrelse (N=191). ..	38
Figur 3.9 Andel kommuner uten egen kompetanseplan som omtaler kompetanseheving i ulike andre planer (spm. 3.1) (N=73). .....	39
Figur 3.10 Andel kommuner som nevner ulike kommunale enheter som deltar i planarbeidet knyttet til helse- og omsorgstjenestene (spm. 4) (N=194). .....	40
Figur 3.11 Andel kommuner som benytter ulike virkemidler for å beholde og rekruttere personell til helse- og omsorgstjenestene (spm. 6) (N=191). .....	41
Figur 3.12 Andel kommuner som tar inn vikarer når ansatte tar permisjon for å utdanne seg (spm. 8). Etter kommunestørrelse (N=191). .....	42
Figur 3.13 Andel kommuner som tar inn vikarer når ansatte av forskjellige typer tar permisjon for å utdanne seg (spm. 8.1). Etter kommunestørrelse (N=148). .....	43
Figur 3.14 Andel kommuner som opplever at nyutdannede med helse- og sosialfaglig utdanning har relevant kompetanse for tjenestenes behov (spm. 9). Etter kommunestørrelse (N=160).....	44
Figur 3.15 Andel kommuner med ulike opplegg for at nyutdannede skal finne seg til rette (spm. 10). Etter kommunestørrelse (N=184). .....	45
Figur 3.16 Andel kommuner som har samarbeidet med en utdanningsinstitusjon for å skreddersy en utdanning til eget behov (spm. 11). Etter kommunestørrelse (N=167).....	46

Figur 3.17 Andel kommuner som har praksiselever og -studenter på ulike utdanningsnivåer (spm. 14.1). Etter kommunestørrelse (N=174). .....	47
Figur 3.18 Andel kommuner som har ansatte innen helseområdet med forskningskompetanse (spm. 17). Etter kommunestørrelse (N=166). .....	48
Figur 3.19 Andel kommuner som samarbeider med en forskningsinstitusjon om utvikling/innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (spm. 18). Etter kommunestørrelse (N=163). .....	49
Figur 3.20 Andel kommuner som opplever å ha kapasitet til å delta i forskning om helse- og omsorgstjenester (spm. 18.1). Etter kommunestørrelse (N=49). .....	50
Figur 3.21 Andel kommuner som arbeider med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (spm. 20). Etter kommunestørrelse (N=160). .....	51
Figur 3.22 Andel kommuner som oppgir ulike tiltak for innhenting av kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer (spm. 24). Etter kommunestørrelse (N=176). .....	52
Figur 3.23 Andel kommuner som oppgir ulike tiltak for innhenting av kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer (spm. 24). Etter kommunestørrelse (N=176). .....	52
Figur 3.24 Andel kommuner som har søkt om midler for å styrke sitt arbeid med tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene (spm. 21). Etter kommunestørrelse (N=165). .....	54
Figur 3.25 Andel kommuner som mener at tiltakene og de økonomiske midlene man kan søke på innenfor K2020 er relevante for utfordringene kommunen har (spm. 26). Etter kommunestørrelse (N=171). .....	54

## Forord og leserveiledning

Denne rapporten er første delrapport i følgeevalueringen av regjeringens satsing *Kompetanseløft 2020*. De tre forskningsinstituttene Sintef as, NIBR og NIFU samarbeider om evalueringen. Det er etablert en felles prosjektgruppe, der forskere fra alle de tre instituttene deltar. Hver av forskningsinstituttene har hovedansvar for gjennomføring av ulike deloppgaver, men samtlige forskere deltar ved å gi innspill og kommentarer til planlegging, gjennomføring og analyse i alle deloppgaver.

Innledningsvis i rapporten nevnes kort noen initiativ - større program og prosjekt - fra sentralt hold som også er rettet mot å ruste kommunene til å møte nåværende og kommende utfordringer innen helse- og omsorgssektoren. Initiativene er eksempler på tiltak som vil kunne utgjøre en viktig kontekst for *Kompetanseløft 2020*.

I **kapittel 2** presenteres en analyse av registerdata. Analysen bygger på tre datakilder; hhv. Sysselsettingsdata og KOSTRA-data fra SSB, og kommunenes rapportering om bruk av kompetanse- og innovasjonstilskuddet. NIFU har hovedansvar for denne delen av evalueringen. Kapitlet er forfattet av Kjersti Nesje og Per Olaf Aamodt, NIFU. Den største gruppen ansatte har kompetanse på videregående nivå, og ufaglærte og sykepleiere er de neste store gruppene. Sysselsettingsbrøken øker med økende utdanning, og det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder antall årsverk innen sektoren. Svært mange kommuner benytter midler over K2020, og de søker flere typer tilskudd.

I **kapittel 3** presenteres resultater fra spørreskjemaundersøkelsen som ble sendt til samtlige kommuner. Av 423 kommuner svarte 215 kommuner (ca. 51 prosent). Spørreskjemaet står i vedlegg bak i rapporten. NIBR har hovedansvar for spørreskjemaundersøkelsen. Kapitlet er forfattet av Lars Chr. Monkerud og Marit Helgesen, NIBR. Kapittel 3 viser at de aller fleste kommunene utarbeider kompetanseplan, og de tilbyr ulike former for opplæring for å beholde personell. Kapitlet viser en tendens til at det er forskjell mellom større kommuner og mindre kommunene på fører punkter.

**Kapittel 4** på side 56 oppsummerer først hovedfunn fra registerstudien og deretter hovedfunn fra spørreskjemaundersøkelsen. I punkt 4.3 gis noen avsluttende kommentarer og vurderinger, før forslag til tema og utfordringer som det kan være viktig å følge spesielt med på i den videre bruken av midler over *Kompetanseløft 2020*.

I tillegg til denne følgeevalueringen gjennomfører Sintef en egen evaluering av *Tilskudd til rekruttering av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Denne formidles i en egen rapport.

# 1 Innledning

## 1.1 Kontekst for Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 (K2020) må forstås som et selvstendig bidrag for å ruste kommunene til å møte både nåværende og kommende utfordringer innen helse- og omsorgssektoren, men også som ett av mange store initiativ fra sentralt hold. Det har vært mange store initiativ rettet mot å støtte og stimulere utviklingen i kommunene de senere årene. Vi vil kort nevne noen vi mener vil utgjøre en viktig ramme for bruken av midlene i K2020 i årene framover.

Med St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* ble nytt ansvar og mange oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Samhandlingsreformen fører til at behovet for kompetanseutvikling, bedre styring og planlegging i kommunene blir enda viktigere slik at kommunene kan møte nåværende og framtidige behov med forsvarlige og effektive tjenester. Kompetanseutvikling vil dreie seg om både å løfte kunnskapsnivået i sektoren generelt, f.eks. gjennom å redusere andelen ufaglærte og bidra til at alle grupper ansatte får tilbud om kompetanseheving gjennom kurs og videreutdanning. Ikke minst vil det være et økende behov for høyere og mer spesialisert kompetanse, f.eks. helsepersonell med utdanninger på master- og doktorgradsnivå. Det vil også være behov for personell med nye kombinasjoner av kompetanse, f.eks. personell som kombinerer teknologi- og helsefag, personell som kombinerer organisasjons- og helsefag, og det vil være økt behov for personell med kompetanse i å jobbe teambasert og tverrfaglig.

KS er engasjert i flerårige satsinger for å bidra til kompetanseheving. Ett av disse er *Nasjonalt velferdsteknologiprogram*<sup>1</sup>, som har som mål å ruste kommunene til å ta i bruk ulike teknologiske løsninger både i tjenesteytingen og i tjenesteutviklingen. Målet er at kommunene skal yte bedre tjenester til innbyggerne og oppnå mer effektiv bruk av ressurser. Som et ledd i satsingen på velferdsteknologi har KS og Helsedirektoratet samarbeidet om en opplæringspakke; Velferdsteknologiens ABC<sup>2</sup>. Det er også utviklet opplærings-/veiledningsverktøy i tjenesteinnovasjon<sup>3</sup>. KS drifter også en nasjonal portal for kunnskap- og kompetanseheving for ansatte i kommuner og fylkeskommuner; KS Læring<sup>4</sup>. Disse initiativene er rettet mot å sette kommunene i stand til å utvikle tjenestene sine for å møte framtidige behov. Disse satsingene vil være relevant for å forstå om og hvordan kommunene ruster seg for å bruke de mange

<sup>1</sup> <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi>

<sup>2</sup> Velferdsteknologiens ABC håndteres av KS og er ikke en del av K2020. Det finnes ingen systematisk oversikt over hvor mange kommuner som har gjennomført opplæringen. Opplæringen er delvis knyttet til Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Ved årsskiftet 2017/2018 har i mer enn 200 kommuner deltatt i programmet:

<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/digitalisering/digitalisering-i-helse--og-omsorgsforetak/ehelse/nasjonale-prosjekter/nasjonalt-velferdsteknologiprogram/>

<sup>3</sup> <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/veikart-for-tjenesteinnovasjon2/>

<sup>4</sup> <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/digitalisering/ks-laring/komme-igang-med-ks-laring/>



teknologiske løsningene som etter hvert finnes både i individuell tjenesteyting og i tjenesteutviklingen.

Kommunene har ansvar for å tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester, og har ansvar for å organisere *fastlegeordningen*<sup>5</sup>. Med utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, ble det i 2018 startet et treårig forsøk med å videreutvikle fastlegeordningen. Hensikten er å ruste tjenesten til å møte framtidige behov for medisinsk kompetanse i kommunene. Målet er større faglig bredde i tjenesten og bedre tjenester til innbyggere med kroniske sykdommer og stort behov for sammensatte tiltak og tjenester. Forsøket er foreløpig på pilotstadiet, men erfaringene og resultatene vil etter hvert komme til å påvirke hvordan kommunene kan og bør organisere allmennlegetjenesten i framtida<sup>6-7</sup>.

Kommunesektoren ved KS og staten ved Helsedirektoratet har gått sammen om å starte *Program for folkehelsearbeid i kommunene*<sup>8</sup>. Programmet skal gå over ti år (2017-2027), og i løpet av prosjektperioden skal programmet inkludere samtlige fylker. Program for folkehelsearbeid i kommunene skal bidra til langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme innbyggernes helse og livskvalitet. Programmet er primært rettet mot barn og unge, og har psykisk helse og rusforebygging som sentrale temaer. Programmet legger opp til innovasjon og utvikling ved at kommunene selv skal utvikle forslag til tiltak. Programmet skal også bidra til å fremme kommunebasert forskning ved at tiltakene skal være kunnskapsbasert og kommunene skal involvere/samarbeide med forskningsmiljøer. Programmet legger opp til utstrakt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i og mellom kommunene. Det legges vekt på at tiltakene skal være universelle og ikke avgrenset til helsetjenestene og helseprofesjonene. Det legges vekt på kunnskapsutvikling og at tiltak skal være kunnskapsbasert. Dette stiller store krav til både kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling - evne og vilje til å gjøre og lære nye ting, og til å inngå i samarbeid på tvers av vante faglige og organisatoriske skillelinjer.

Det stilles økende krav om at helse- og omsorgstjenestene i kommunene skal være kunnskapsbasert og være forankret i forskning. Dette krever både at kommunene inngår samarbeid med forskningsmiljøer og at de har tilgang til gode data for egen analyse. En mulighet når det gjelder styringsdata er *Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)*<sup>9</sup>, som er operativt og tilgjengelig fra primo 2018. Dette vil kommunene kunne bruke i eget kvalitetsarbeid både i planlegging, styring og evaluering av egne helse- og omsorgstjenester.

Disse eksemplene er noen av de initiativ som vil utgjøre den kontekst som K2020 vil fungere innenfor. Selv om noen av dem (Primærhelseteam, Program for folkehelsearbeid, KPR) nettopp er startet, og vi ikke kan forvente å se resultater før om noen år, kan vi anta at det å delta i selve

<sup>5</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

<sup>6</sup> Forsøket evalueres av Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin:

<https://helsedirektoratet.no/primærhelseteam-pilotprosjekt>

<sup>7</sup> <https://www.nsd.mn.no/nsdm-og-to-oslomiljo-skal-utrede-primærhelseteam/>

<sup>8</sup> <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

<sup>9</sup> <https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister>

aktivitetene, og de signalene programmene/forsøkene sender, vil kunne påvirke kommunenes planer og målsettinger f.eks. når det gjelder større grad av tverrfaglig, tverretattlig og interkommunalt samarbeid, mer vekt på kompetanseheving, og større innslag av nye faggrupper og fagperspektiver i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

## 1.2 Kompetanseløft 2020 – strategier og virkemidler

Kompetanseløft 2020 (K2020) er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot år 2020. Planen er lagt fram i del III av statsbudsjettet for 2016 (Prop. 1S (2015-2016)). K2020 er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelsetjenestemeldingen)*, Omsorg 2020 *Regjeringens plan på omsorgsfeltet i perioden 2015 – 2020* og Prop. 15S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet*.

Det er i statsbudsjettet for 2017 og 2018 bevilget hhv. 1,2 milliarder og 1,5 milliarder kroner øremerket til K2020. K2020 består av seks politisk vedtatte strategier med over 50 ulike tiltak, hvorav noen er oppført under flere strategier:

1. Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
2. Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov
3. Øke kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
4. Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
5. Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
6. Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsning på økt kompetanse for ledere

Tiltak og virkemidler i K2020 retter seg i første instans mot kommunene, tjenestene, lederne og de ansatte, samt mot utdanningsinstitusjoner og organisasjoner, herunder partene i arbeidslivet. De 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 K2020, og kommunene kan søke Fylkesmannen om tilskudd til kompetansetiltak og innovasjonsprosjekt. En rekke andre tilskudd går til rekruttering og fagutvikling. K2020 inneholder også øremerkede midler til rekrutteringstiltak rettet mot bestemte fag-/yrkesgrupper, herunder psykologer, helsefagarbeidere og sykepleiere. Evaluering av ordningen rekruttering av psykologer formidles i en egen rapport (Opsjon 1).

K2020 omfatter også anskaffelsesoppdrag som innebærer at Helsedirektoratet, gjennom offentlige anskaffelser, inngår avtaler med fagmiljøer om utvikling og spredning av formell utdanning, kurs, opplæringsmaterieell mv. for ansatte i tjenestene. Fagmiljøer som utfører denne

type oppdrag er fagskoler, høyskoler og universitet og nasjonale og regionale kompetansesentre<sup>10</sup> og kompetansetjenester.

### 1.3 Evalueringsoppdraget

Forskningsinstituttene Sintef as, NIFU og NIBR er av Helsedirektoratet gitt oppdraget å gjennomføre en følgeevaluering av K2020. I kravspesifikasjonene for oppdraget er det formulert fire overordnede spørsmål som skal belyses:

- 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 K2020?
- 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 K2020 formålstjenlige for å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene til de seks strategiene?
- 4) I hvilken grad og på hvilken måte bidrar K2020 og dens tiltak til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene, jf. intensjon i Primærhelsetjenestemeldingen om «pasientens helsetjeneste»?

Evalueringsspørsmålene skal besvares ved hjelp av tre hovedgrupper av datakilder: Registerdata, survey og casestudier. I denne første delrapporten presenteres analyser av registerdata og resultater fra surveyundersøkelsen.

**Evalueringsspørsmål 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 K2020?*) er først og fremst knyttet til de tre første strategiene, og belyses gjennom analyse av registerdata og utdanningsdata. Spørsmålet om stabilitet i bemanningen kan også belyses gjennom surveyen til kommunene (særlig etter flere runder med utsendelse av survey utover i prosjektperioden)

**Evalueringsspørsmål 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?*) vil delvis belyses gjennom analyse av registerdata, men registerdata vil ikke kunne fange bredden og dybden ved spørsmålet om «på hvilke måter» kommuner arbeider med dette, og om det er forskjeller mellom kommuner og innen ulike fag- og tjenesteområder i kommunene.

<sup>10</sup> Kompetansesentrene finansieres med tilskudd fra helsemyndighetene. De skal bidra til å styrke kompetanse og kvalitet i relevante tjenester og sektorer av relevans for senterets kompetanseområde og målgrupper, bistå tjenestene med blant annet å bygge opp og formidle kompetanse, drive veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning, undervisning, implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og tjenesteutvikling.

**Evalueringsspørsmål 3** (*Er virkemidler og tiltak i K2020 formålstjenlige for å oppnå ønsket utvikling i tråd med intensjonene til de seks strategiene?*) vil bli belyst delvis ved analyse av registerdata, men første og fremst gjennom survey og case-studien.

**Evalueringsspørsmål 4** (*I hvilken grad og på hvilken måte bidrar K2020 og dens tiltak til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste i kommunene, jf. intensjon i Primærhelsetjenestemeldingen om «pasientens helsetjeneste»?*) vil først og fremst bli belyst ved hjelp av survey og case-studien.

## 2 Analyse av registerdata

### 2.1 Hvordan skal registerdata brukes?

Det vi over har omtalte som registerdata består i hovedsak av tre datakilder<sup>11</sup>: Sysselsettingsdata fra SSB, KOSTRA-data fra SSB og data om bruk av kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Kompetanse- og innovasjonstilskuddet er en sentral tilskuddsordning under K2020. Dataene viser kommunenes rapportering av bruken av kompetanse- og innovasjonstilskuddet, og er derfor ikke registerdata per se, men utgjør et viktig datagrunnlag.

Disse datakildene kan belyse de seks strategiene på litt ulike måter. Det er nærliggende å benytte sysselsettingsdataene og KOSTRA-data fra SSB spesielt til å belyse strategi 1, i hvilken grad kommunene har fått til å *Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell*. Hvordan ser eksempelvis bemanningssituasjonen ut i perioden, er det en vekst for relevante personellgrupper? Videre er dataene fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet viktige for å belyse strategi 3 *Øke kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis* og strategi 5 *Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning*. Det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet er primært innrettet mot kompetanseheving i omsorgstjenesten og omhandler rapportering av hvilke typer utdanning og kurs ansatte i kommunen er involvert i. Bruken av tilskudd til å ta høyere utdanning vil dermed si noe om den forskning- og kunnskapsbasert kompetanse i sektoren (strategi 3). All høyere utdanning er lovpålagt et krav om å være basert på forskningsbasert kunnskap<sup>12</sup>.

I tillegg gir kompetanse- og innovasjonstilskuddet informasjon om hvilke fagområdet det tas opplæring i, noe som kan være med å belyse den faglige bredden i omsorgstjenestene inkludert psykisk helsearbeid og rusarbeid (jf. strategi 5) i perioden. Disse spørsmålene skal belyses i løpet av evalueringsperioden og lar seg ikke besvare i denne første delrapporten alene. Det er likevel nyttig å ha det in mente når vi nå presenterer en del beskrivende tall både ved sysselsettingsdataene og bruken av kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

### 2.2 Sysselsettingsdata

K2020 definerer ikke konkrete måltall som ønskes oppnådd. Når slike måltall nå ikke er definert vil vi både være avhengig av å følge utviklingen over tid for å se hvorvidt det er en økning, samtidig som vi er avhengig av kvalitativt orienterte data som kan si noe om denne eventuelle økning ser ut til å være tilfredsstillende eller ikke, jf. Strategi 1. I denne delrapporten presenteres registerdatatall fra første året K2020 gjennomføres. Presentasjonen av en del av

<sup>11</sup> Det er mulig andre kvantitative datakilder blir inkludert i løpet av evalueringsperioden

<sup>12</sup> Jf. Universitets- og høyskoleloven, 2005, § 1-3

dataene kan beskrives som en generell statusrapport og oversiktsbildet ved starten av perioden til K2020.

NIFU har mottatt data fra Helsedirektoratet basert på sysselsettings- og utdanningsregisteret som Helsedirektoratet har mottatt fra SSB. Utgangspunktet for populasjonen til tabellene er den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som består av:

#### Kommunehelsetjenesten:

- Forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste
- Annet forebyggende helsearbeid
- Diagnose, behandling og rehabilitering/habilitering

#### Pleie og omsorg:

- Aktivisering eldre og funksjonshemmede
- Pleie, omsorg, hjelp i institusjon
- Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet
- Institusjonslokaler, drift (inkludert fra statistikkåret 2010)

### **2.2.1 Antall årsverk i den kommunale helsetjenesten i 2015**

I dette kapitlet skal vi først vise noen tall for antall årsverk fordelt etter type utdanning og etter fylke og kommunestørrelse. Tabellene inneholder absolutte tall, prosentfordelinger etter utdanning, stillingsbrøk og antall ansatte i forhold til folketallet.

### **2.2.2 Antall årsverk**

Tallmaterialet inneholder både antall sysselsatte og antall årsverk, men som et mål på helsetjenestenes kapasitet, mener vi antall årsverk gir det beste bildet fordi det er et stort omfang av deltidsarbeid i enkelte grupper. Absolutte tall for antall årsverk i et bestemt år gir begrenset informasjon, men gir et inntrykk av omfanget, og kan først og fremst danne utgangspunkt for å belyse veksten fram mot 2020.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en stor samfunnssektor med nærmere 170 000 årsverk (Tabell 2.1). Ansatte med utdanning på videregående nivå (hjelpepleier, omsorgsarbeider, helsefagarbeider) utgjør den største gruppen med over 47 000 årsverk. I tillegg kommer vel 5000 med annen helsefaglig videregående utdanning. De med lavere utdanning (ofte benevnt som ufaglærte) og sykepleiere er omtrent like store grupper med henholdsvis ca. 40 000 og 37 000 årsverk (hhv. ca. 23 og 22 prosent). Av sykepleiere utgjør de med videreutdanning noe under 30 prosent. I tillegg til sykepleiere finnes det andre høgskoleutdannede (fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer og barnevernsarbeidere samt vernepleiere m.m.). Vi merker oss ellers at antall leger er relativt begrenset, med 6400 årsverk. Her inngår ikke bare fastlegene, men alle leger som er ansatt i den kommunale helse- og

omsorgstjenesten. Dette inkluderer f.eks. også turnusleger. Den største gruppen blant leger er allikevel fastlegene, som ifølge fastlegeregisteret utgjorde 4668 (ca. 73 prosent) hjemler i 2016 (Helsedirektoratet, 2018).

Antall årsverk henger naturligvis sammen med kommunestørrelse, og antallet er klart høyest i de største kommunene. Vi har her satt en grense på 15 000, og dermed omfatter denne gruppen et stort antall kommuner, med innbyggere fra 15 000 til mer enn 670 000 i Oslo. Tallene er tatt med for å få et grunnlag for å vise utviklingen framover.

Tabell 2.1 Antall årsverk i 2015 etter kommunestørrelse. Detaljert utdanning

	Under 2000	2000- 3999	4000- 6999	7000- 14999	15000 og over	Alle
Administrativt personell	109	178	225	306	1470	2288
Annen helseutdanning på videregående nivå	182	359	539	815	3139	5034
Ergoterapeut	70	133	182	237	1478	2100
Fysioterapeut	177	362	582	846	4829	6796
Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider	1920	4113	6125	7497	27787	47442
Lege	241	416	534	783	4466	6440
Pleieassistent, hjemmehjelp, brukerrettet tjeneste	1407	2932	4397	5809	25163	39708
Servicefunksjoner	193	292	346	397	1129	2357
Sosionom og barnevernspedagog	70	148	237	366	1642	2463
Sykepleier med videreutdanning	399	830	1066	1672	6328	10295
Sykepleiere uten videreutdanning	983	1963	2882	4009	16477	26314
Uspesifisert, annet	278	487	609	676	3694	5744
Vernepleier, miljøterapeuter og psykisk miljøarbeid	233	551	968	1503	7045	10300
Alle stillinger	6262	12764	18692	24916	104647	167281
Antall kommuner	93	101	86	71	77	428

I tabell 2.2 har vi vist de samme tallene, men der utdanningsgruppene er mindre detaljerte:

Tabell 2.2 Antall årsverk i 2015 etter kommunestørrelse. Aggregert utdanning

	Ikke videre- gående	Videregående	Sykepleiere	Høgskole- utdanning	Lege	Annet	Alle
under 2000	1407	2102	1382	550	241	580	6262
2000-3999	2932	4472	2793	1194	416	957	12764
4000-6999	4397	6664	3948	1969	534	1180	18692
7000-14999	5809	8312	5681	2952	783	1379	24916
15000 og over	25163	30926	22805	14994	4466	6293	104647
Alle	39708	52476	36609	21659	6440	10389	167281

Tabell 2.3 viser den prosentvise fordelingen av årsverk etter utdanning. Utdanningsprofilen varierer relativt lite mellom de store og de små kommunene. Andelen uten fagutdanning og sykepleiere er nesten den samme i de store som i de små kommunene, men i de aller største kommunene er det relativt sett færre med utdanning på videregående nivå.

Tabell 2.3 Prosentvis fordeling av årsverk i 2015 etter utdanning. Kommunestørrelse

	Ikke videre- gående	Videregående	Sykepleiere	Høgskole- utdanning	Lege	Annet
under 2000	22,5	33,6	22,1	8,8	3,8	9,3
2000-3999	23,0	35,0	21,9	9,4	3,3	7,5
4000-6999	23,5	35,7	21,1	10,5	2,9	6,3
7000-14999	23,3	33,4	22,8	11,8	3,1	5,5
15000 og over	24,0	29,6	21,8	14,3	4,3	6,0
Alle	23,7	31,4	21,9	12,9	3,8	6,2



Som vi skal se i den neste tabellen (tabell 2.4) skyldes dette nesten utelukkende at det er få årsverk med fagarbeiderutdanning i Oslo. Dette stemmer med tidligere undersøkelser i pleie- og omsorgssektoren (Aamodt, Høst, Arnesen & Næss 2011). Ser vi på gruppen "høgskoleutdanning", er denne andelen klart høyest i de største kommunene. Andelen leger varierer lite, men den er litt høyere i de største kommunene.

Den prosentvise sammensetningen av ansatte etter utdanning varierer noe mellom fylkene. Andelen leger er klart høyest i Oslo, som på sin side er blant de fylkene med lavest andel sykepleiere, og klart lavest andel ansatte med utdanning på videregående nivå. Andelen ufaglærte varierer fra 27 prosent i Akershus, Troms og Finnmark til under 20 prosent i Aust-Agder og Sør-Trøndelag.

Er det så slik at det er ufaglærte og de med videregående utdanning som «erstatte hverandre», mens andelen sykepleiere og andre høgskoleutdannede er mer konstant? Til en viss grad ser det slik ut, men mønsteret er ikke særlig klart. I de aller fleste fylkene ligger andelen fra 55 til 58 prosent, men ser vi på summen for de to gruppene er det ganske stor avstand mellom de fylkene som har lavest og høyest andel. De tre fylkene Akershus, Troms og Finnmark, med høyest andel ufaglærte, samt Sør-Trøndelag med en lav andel, ligger nokså nær gjennomsnittet for andelen sykepleiere og andre høgskoleutdannede. Aust-Agder, som også har en lav andel ufaglærte, har på sin side både en høy andel på videregående nivå og mange sykepleiere.

Tabell 2.4 Prosentvis fordeling etter utdanning. Fylke 2015

	Ikke videre- gående	Videregående	Sykepleiere	Høgskole- utdanning	Lege	Annet
Østfold	23,3	32,3	21,9	13,8	3,4	5,3
Akershus	27,0	28,7	20,5	13,7	4,2	5,9
Oslo	25,8	24,6	20,4	15,6	6,5	7,1
Hedmark	24,3	34,2	22,0	10,3	3,0	6,2
Oppland	21,7	35,4	20,3	12,2	3,2	7,2
Buskerud	23,1	33,9	19,9	11,8	3,5	7,8
Vestfold	24,9	31,2	21,0	11,7	3,7	7,4
Telemark	21,9	36,4	21,3	11,6	3,3	5,4
Aust-Agder	19,1	34,8	25,3	11,6	4,0	5,3
Vest-Agder	20,3	34,1	24,3	12,6	3,7	5,0
Rogaland	22,3	30,3	23,2	14,9	3,8	5,5
Hordaland	23,7	29,9	22,9	13,4	3,9	6,1
Sogn og Fjordane	26,2	30,0	22,7	11,1	3,2	6,9
Møre og Romsdal	23,6	33,3	23,3	10,7	3,0	6,1
Sør- Trøndelag	19,3	34,6	20,5	15,5	3,6	6,6
Nord- Trøndelag	20,7	32,2	26,3	11,8	3,2	5,9
Nordland	23,2	34,0	22,3	10,8	3,5	6,3
Troms	27,4	29,2	21,6	12,8	3,8	5,3
Finmark	27,2	29,6	20,8	11,3	4,0	7,1
Total	23,7	31,4	21,9	12,9	3,9	6,2

### 2.2.3 Heltid og deltid

I den kommunale helsesektoren arbeider en stor andel av de ansatte deltid. Det har lenge vært et mål om å redusere omfanget av deltidsarbeid. Deltidsarbeid betyr at man får færre årsverk ut av antallet som utdannes. Deltidsarbeid skyldes flere ting. Dels er det ikke tilbudt et tilstrekkelig antall hele stillinger, ikke alle ansatte som ønsker det får en full stilling (ufrivillig deltid). Å jobbe deltid kan også være frivillig for å kombinere jobb og andre forpliktelser. I yrker med mange ubekvemme vakter kan det være også en hensiktsmessig tilpasning.

For å få fram informasjon om heltid og deltid er det nødvendig med individbaserte data. Så lenge vi bare har data for ansatte per kommune er vi henvist til å beregne et gjennomsnitt ved å dividere antall årsverk med antall sysselsatte. Ser vi alle utdanningsgruppene under ett, jobber ansatte i den kommunale helsesektoren i gjennomsnitt 74 prosent av en full stilling (Tabell 2.5). Stillingsbrøken varierer lite mellom små og større kommuner. Stillingsbrøken er høy for de fleste gruppene, men det er en klar sammenheng med utdanningsnivå. Blant pleieassistenter (ufaglærte) er stillingsbrøken bare 0,57. Blant dem med utdanning på videregående nivå er den 0,76, mens den blant høgskoleutdannede er mellom 0,86 for sykepleiere uten videreutdanning til 0,99 blant fysioterapeutene. Også legene har høy stillingsbrøk, men litt lavere enn terapeutene.

Ser vi på sykepleierne spiller også her utdanningsnivå en rolle. Stillingsbrøken er høyere blant dem med videreutdanning enn blant dem uten. Den sterke sammenhengen mellom stillingsbrøk og utdanningsnivå kan ha mange årsaker. Det kan bety at høy utdanning i seg selv fremmer et ønske om å utnytte denne i størst mulig grad, det kan være forskjeller i alder eller livsfase, og/eller det kan henge sammen med tilbudet av stillinger på ulike nivå.

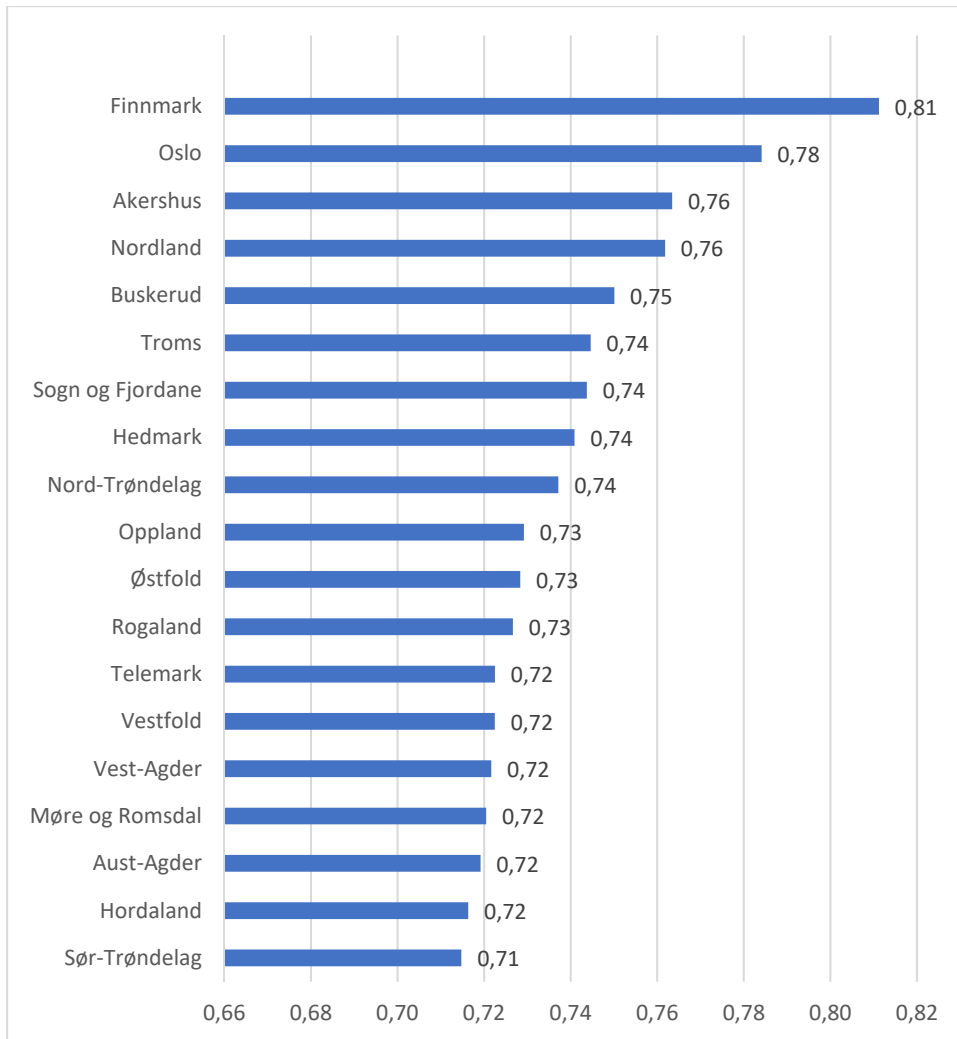
Det er verdt å merke seg at de to gruppene med lavest gjennomsnittlig stillingsbrøk er de to største gruppene (ufaglærte og videregående nivå), noe som bidrar til å trekke det samlede tallet ned.

Det er relativt små forskjeller mellom større og mindre kommuner, men for de fleste utdanningsgruppene er det en tendens til at stillingsbrøken synker med økende kommune-størrelse.

Tabell 2.5 Stillingsbrøk i 2015 (Antall årsverk/sysselsatte) etter kommunestørrelse

	Under 2000	2000- 3999	4000- 6999	7000- 14999	15000 og over	Total
Adm	0,98	0,96	0,92	0,88	0,87	0,91
Andre	0,93	0,84	0,83	0,80	0,81	0,84
Ergoterapeut	1,00	0,99	0,98	0,95	0,93	0,96
Fysioterapeut	0,99	1,00	0,98	0,99	1,00	0,99
Hjelpepl, omsorgs- og helsefagarb.	0,76	0,75	0,74	0,83	0,77	0,76
Leger	0,99	0,93	0,95	0,87	0,94	0,94
Pleieassistenter	0,57	0,53	0,54	0,67	0,54	0,57
Servicepersonale	0,92	0,86	0,85	0,81	0,82	0,85
Sosionom/barnevernped.	0,98	0,99	0,94	0,90	0,88	0,93
Sykepleier m. videreutd.	0,94	0,92	0,90	0,89	0,90	0,91
Sykepleier uten videreutd.	0,88	0,86	0,85	0,85	0,86	0,86
Uspesifisert	0,76	0,69	0,73	0,75	0,78	0,74
Vernepleiere	0,97	0,94	0,92	0,92	0,92	0,94
Alle	0,76	0,73	0,73	0,73	0,74	0,74

Omfanget av deltid varierer også en del mellom fylkene (se Figur 2.1 på neste side). Stillingsbrøken er høyest i Finnmark med 0,91, og lavest i Sør-Trøndelag med 0,71. Forskjellene er ellers ikke så store, for de fleste fylkene ligger denne sysselsettingsbrøken mellom 0,72 og 0,74.



Figur 2.1 Stillingsbrøk i 2015 etter fylke

## 2.2.4 Antall årsverk i forhold til folketall

Antall ansatte i de kommunale helsetjenestene henger naturlig nok sammen med størrelsen på kommunen, men vi vet at antall ansatte ikke er en ren funksjon av folketallet. Antall ansatte sett i forhold til antall innbyggere kan også henge sammen med hvor stor andel eldre som bor i kommunen, kommunens økonomi osv. Slike sammenhenger vil bli analysert i senere rapporter.

Vi skal først se på de fylkesvise forskjellene i antall årsverk per 1000 innbyggere (Tabell 2.6). Samlede årsverk per 1000 innbyggere for landet totalt er 41,8. Tallet varierer svært mye mellom fylkene, fra 24 – 25 i Oslo og Akershus til vel 50 i Nordland, Troms og Finnmark. Når enkelte fylker har dobbelt så mange ansatte som andre må en karakterisere forskjellene som overraskende store. Ser vi på de enkelte kommunene er forskjellen enda større, tallene varierer fra under 20 til nesten 100. Det virker nesten urimelig at kommuner kan tilby et godt nok helsetilbud når enkelte kommuner har fem ganger flere ansatte per innbygger enn andre. Selv om nesten 60 prosent av kommunene ligger innenfor et intervall av pluss/minus 25 prosent fra landsgjennomsnittet, er variasjonsbredden svært stor. Vi har så langt ingen god forklaring på

de svært store forskjellene gitt at de er reelle. Det kan være usikkerhet i rapporteringen fra enkelte av de kommunene som har særlig få eller særlig mange ansatte i helsetjenestene i forhold til folketallet.

For alle grupper er det en viss variasjon. Det viser at sysselsettingen i helsetjenestene varierer med mange flere faktorer enn antall bosatte. Variasjonene er større for gruppene med lavere utdanningsnivå enn for sykepleiere, annet høyskolepersonell og leger. For gruppen ufaglærte varierer antall årsverk per 1000 innbyggere fra mellom 6 og 7 i Akershus, Oslo og Vest-Agder til nesten 14 prosent i Finnmark (13,4) og Troms (13,7).

Også for gruppen med videregående utdanning er det store variasjoner. Tallet er svært lavt i Oslo og Akershus, med henholdsvis 5,9 og 7,8, mens tallene ligger på mellom 15 og 20 i mange fylker, og høyest i Oppland og Nordland. Nord-Trøndelag har høyest tetthet av sykepleiere, tett fulgt av Nordland, Sogn og Fjordane og Finnmark.

Tabell 2.6 Antall årsverk i 2015 per 1000 bosatte. Fylke

	Ikke videregående	Videregående	Sykepleiere	Annen høyskoleutdanning	Leger	Andre	Totalt
Østfold	7,4	11,1	7,2	4,2	1,0	2,0	33,0
Akershus	6,7	7,8	5,1	3,5	1,0	1,4	25,5
Oslo	6,2	5,9	4,9	3,7	1,6	1,7	24,0
Hedmark	9,9	15,6	9,3	4,4	1,3	3,2	43,6
Oppland	8,7	16,0	9,2	4,6	1,4	3,6	43,5
Buskerud	9,4	13,1	7,3	3,9	1,2	3,1	38,0
Vestfold	9,5	10,2	6,6	4,7	1,0	2,2	34,2
Telemark	9,2	15,9	9,4	4,2	1,4	2,9	43,0
Aust-Agder	7,2	13,3	9,7	3,7	1,7	2,9	38,4
Vest-Agder	6,7	13,4	9,5	4,5	1,5	2,8	38,3
Rogaland	7,3	11,3	8,9	4,2	1,2	2,7	35,6
Hordaland	9,2	13,1	9,9	3,9	1,5	3,1	40,7
Sogn og Fjordane	12,4	14,8	10,2	4,9	1,5	3,4	47,1
Møre og Romsdal	9,5	14,1	9,2	4,0	1,2	3,0	41,1

Sør-Trøndelag	7,3	15,0	8,4	4,0	1,1	2,7	38,5
Nord-Trøndelag	9,3	14,8	12,2	4,9	1,4	3,9	46,4
Nordland	12,4	17,7	10,4	4,0	2,1	3,7	50,3
Troms	13,7	16,8	11,0	5,5	1,7	3,7	52,4
Finnmark	13,4	15,4	10,1	4,8	2,1	4,2	50,1
Total	9,6	14,1	9,2	4,3	1,4	3,1	41,8

Tabell 2.7 viser en klar tendens til at de minste kommunene har flere ansatte i helsesektoren i forhold til folketallet enn de store. Dette gjelder både totalt og for de enkelte utdanningsgruppene, med unntak av annen høgskoleutdanning. Dette kan henge sammen med stordriftsfordeler, men det kan også henge sammen med behovsforskjeller som skyldes ulik aldersprofil i kommunene. De minste kommunene har betydelig høyere andel eldre enn de større kommunene, og spesielt de største byene.

Tabell 2.7 Antall årsverk i 2015 per bosatte. Kommunestørrelse

	Ikke videregående	Videregående	Sykepleiere	Annen høgskoleutdanning	Leger	Andre	Totalt
under 2000	12,4	18,4	12,4	4,9	2,2	5,4	55,7
2000-3999	10,4	15,8	9,9	4,2	1,5	3,4	45,2
4000-6999	9,3	14,1	8,4	4,2	1,1	2,5	39,7
7000-14999	7,9	11,3	7,7	4,0	1,1	1,9	33,8
15000 og over	7,1	9,4	6,8	4,1	1,1	1,7	30,3
Total	9,6	14,1	9,2	4,3	1,4	3,1	41,8

### 2.3 Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd

K2020 består av en rekke tiltak av større eller mindre omfang – mellom 50 og 60 totalt<sup>13</sup>. Tiltakene omhandler alt fra direkte tilskudd til kommuner for kompetanseheving for ansatte, tilskudd til utdanningsinstitusjoner, innkjøp av kursmaterieell og ulike utredninger. Det er hverken anledning eller relevant å vurdere alle tilskuddene i denne evalueringen. Vi er interessert i å identifisere tiltak rettet mot kompetanseheving av ansatte. Dette betydde eksempelvis at alle innkjøp og utredninger er utelatt, samt tiltak som var rettet mot organisasjoner. For å få en oversikt over tiltak som kunne være av interesse for evalueringen, definerte vi noen seleksjonskriterier. Tiltakene som er identifisert under, er basert på hvordan tiltakene så ut i inngangen til perioden. Planen for K2020 er imidlertid i kontinuerlig endring, noe som betyr at noen tiltak kommer til og andre falle fra. Tiltakene som er identifisert under vil dermed ikke nødvendigvis være gjeldende for hele perioden.

- 1) Tiltakene skal være et tilskudd og ikke en utredning eller innkjøp
- 2) Tilskuddene skal være rettet mot ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- 3) Tiltakene skal gjelde en eller annen form for kompetanseheving. Spørsmål om hvordan kommunene går frem for eksempelvis å øke rekruttering tenker vi vil være mer hensiktsmessig å eventuelt fange opp gjennom survey og casestudier.

Dette førte til listen over tiltak presentert i tabell 2.8.

Tabell 2.8 Oversikt over gjenværende tiltak etter seleksjon

Nummer	Navn på tiltak
1.4	Tilskudd til kvalifisering av fremmedspråklige
3.5	Etisk kompetanseheving
3.8	<b>Kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse- og rusproblematikk</b>
3.13	Styrking av kompetansen om palliasjon
3. 15	<b>Tiltak til styrking av kompetansen i legemiddelhåndtering av ansatte i omsorgstjenesten</b>
3. 17 og 5.4	<b>Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten</b>
3. 18	Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt
3.19	Tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering
3. 22	<b>Tilskudd til økt kompetanse innen mat, kosthold og ernæring i omsorgstjenestene</b>

<sup>13</sup> Se <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020#tilskudd> for en oversikt over tiltakene



Av de overnevnte tiltakene er nummer 3.8, 3.15, 3.17/5.4 og 3.22 tilskudd under kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd er den største tilskuddsordningen i Kompetanseløft 2020, og har som mål å «bidra til at kommunene setter i verk kompetanseutviklende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid utfra lokale forutsetninger og behov» (Helsedirektoratet, 2018). Både på grunn av størrelse og innretning er dette tilskuddet av stor interesse, og vi har valgt å se nærmere på bruken av denne ordningen.

### **2.3.1 Rapportering på det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet**

Dataene om bruk av det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet vi har mottatt er basert på det kommunene rapporterer til Fylkesmannen, som rapporterer videre til Helsedirektoratet. Dataene har blitt gjort tilgjengelig for oss via Helsedirektoratet. I tre tilfeller hadde Helsedirektoratet ikke mottatt data på kommunenivå. Da tok vi direkte kontakt med Fylkesmannen og fikk tilsendt rapportering på kommunenivå. Dette gjaldt tre fylker. Organiseringen av rapporteringsskjema vises i tabell 2.9 på neste side.

Tabell 2.9 Eksempel på organiseringen av rapportering på det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

1. Kompetansetiltak				
	Søkt beløp	Utbetalt tilskudd	Antall som har fullført utdanning/opplæring	Antall under utdanning/oppl. (inkl. fullførte)
<b>Videregående skole, fag- og yrkesopplæring innen helse (fagbrev)</b>				
- Helsefagarbeider				
- Annen helsefaglig videregående utdanning				
<b>Sum videregående skole, fag- og yrkesopplæring</b>				
<b>Fagskoleutdanning (påbygg fag- og yrkesopplæring)</b>				
- Psykisk helsearbeid og rusarbeid				
- Eldreomsorg/demens				
- Habilitering/rehabilitering				
- Kreftomsorg/lindrende pleie				
- Veiledning				
- Annen fagskoleutdanning				
<b>Sum fagskoleutdanning</b>				
<b>Bachelorutdanning helse- og sosialfag</b>				
- Sykepleie				
- Vernepleie				
- Fysioterapi				
- Ergoterapi				
- Sosionom				
- Barnevernspedagog				
- Annen bachelorutdanning				
<b>Sum bachelorutdanning</b>				
<b>Videreutdanning/mastergradutdanning (påbygg bachelorutdanning)</b>				
- Psykisk helsearbeid og rusarbeid				
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge				
- Eldreomsorg/demens				
- Kreftomsorg/lindrende pleie				
- Habilitering/rehabilitering				
- Veiledning				
- Lederutdanning				
- Annen videreutdanning/masterutdanning				
<b>Sum videreutdanning/mastergradutdanning</b>				
<b>Internopplæring/etterutdanning/ABC-opplæring/kurs o.l.</b>				
- Demensomsorgens/ Eldreomsorgens ABC				
- Mitt livs ABC				
- Psykisk helsearbeid og rusarbeid				
- Annen etterutdanning				
<b>Sum internopplæring/ etterutdanning/ ABC-opplæring/ kurs o.l.</b>				
<b>Totalt</b>				

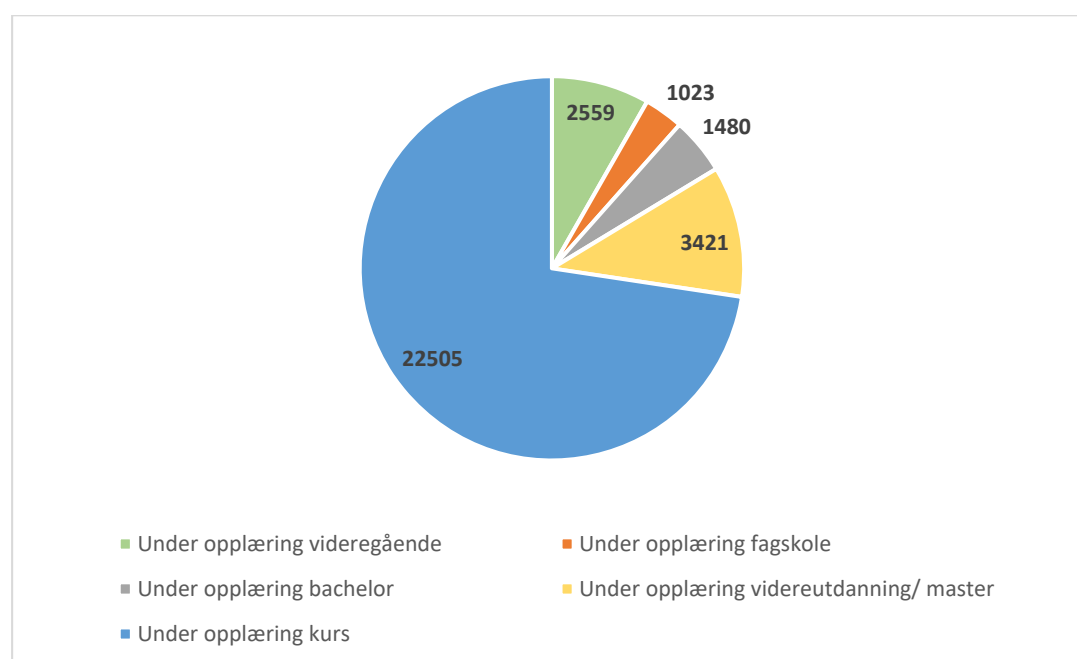
Vi mottok en Excel-fil for hvert fylke, der hver kommune har en egen fane med rapporteringsinformasjon. Vi har valgt å importere og analysere data over sum for de ulike kompetansetiltakene. Vi har analysert med utgangspunkt i sum av de som er under utdanning/opplæring på: 1) videregående skole, 2) fag- og yrkesopplæring, 3) fagskoleutdanning, 4) bachelorutdanning, 5) videre/masterutdanning, samt 6) internopplæring/etterutdanning/ABC-opplæring/ kurs o.l. Dette inkluderer også antall fullførte. Hvilken *type* opplæring de har kan vi dermed ikke si noe om på dette tidspunktet. For videre analyser i evalueringsperioden kan det være interessant å fordype seg nærmere i enkelte

utdanninger. Det er verdt å nevne at kommunene har rapporteringsplikt om tiltaket til Helsedirektoratet via Fylkesmannen. Hvor gode eller korrekte rapporteringene er, har vi imidlertid ikke kontroll over. Vi må ta utgangspunkt i at rapporteringene er komplette, men må likevel ta høyde for at det kan være feilkilder.

### 2.3.2 Bruken av det kommunale kompetanse – og innovasjonstilskuddet

Vi starter med å se på den rapporterte bruken av kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Kommunene rapporterer til Fylkesmannen antall som har fullført utdanningen og antall under utdanning (inkludert de som har fullført). Siden dette er rapportering fra det første året av K2020, vil det være, i hvert fall for lengre utdanninger på bachelor og masternivå, få som kan ha hatt mulighet til å ha fullført. Vi presenterer derfor tallene for antall som er under utdanning. Figur 2.2 viser den totale andelen som er under eller har fullført diverse opplæringer i 2016. Den klart største andelen er under kursopplæring. Som vist i tabell 2.9 vil kursopplæring for eksempel si Demensomsorgens ABC, eldreomsorgens ABC og mitt livs ABC. Dette er kursopplæring som skal gi oppdatert kunnskap om arbeid med ulike brukergrupper av helsetjenesten, men som ikke gir noen formell kompetanse.

Det er naturlig at kursvirksomhet er den mest utbredte formen for opplæring, fordi den både er mindre kostbart og mindre tidskrevende. I følge Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2018), som utvikler og drifter disse ABC-kursene, foregår en del av opplæringen i fritiden til de ansatte. Dette er gunstig for kommunene, blant annet fordi det gjør det mulig å unngå vikarutgifter. En studie av demensomsorgens ABC viser også at den har positive effekter for ansatte ved at de opplever mindre press og mer mestring i jobben (Hveem, 2017).



Figur 2.2 Antall ansatte som er under eller har fullført ulike former for opplæringer gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2016

Etter kursopplæring er opplæring på videre-/masterutdanning vanligst, etterfulgt av videregående opplæring, der eksempelvis helsefagarbeid inngår. Man kunne kanskje trodd at en lengre utdanning som bachelorutdanning er minst vanlig, men minst vanlig er fagskoleopplæringen. Fagskoleopplæring kan ses på som en videreutdanning for de med videregående sektorutdanning (eksempelvis helsefagarbeider og tidligere hjelpepleie). Som vi har vist i tabell 2.1 over er nettopp også helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere den største gruppen som arbeider i helse- og omsorgstjenesten, til sammen i overkant av 47 000. Ser vi på DBHs statistikker<sup>14</sup> (DBH, 2018) over hvor mange som er registrert tatt opp på fagskoler i gruppen helse- sosial- og idrettsfag, var dette total 2572 registrerte studenter i 2015, 3354 i 2016, og 3723 i 2017. Selv om det har vært en økning i antallet som har tatt fagskoleutdanning har ikke denne økningen vært i samsvar med det som har vært Helsedirektoratets mål (Høst, 2017). Det kan være flere årsaker til at fagskoleopplæringen er mindre attraktivt enn en bachelorutdanning. Behovet for sykepleiere i eldreomsorgen ble eksempelvis uttrykt av kommunene som deltok i evalueringen av Kompetanseløftet 2015 (Helgesen et al., 2016). Relativt sett har det også vært en mindre økning i antall sysselsatte med yrkesfagopplæring i helse- og omsorgssektoren, sammenlignet med eksempelvis sykepleiere (Høst, 2017). Det kan derfor se ut som om sektoren foretrekker, og i neste ledd kanskje oppfordrer, ansatte til å ta en bachelorutdanning framfor en fagskoleutdanning. Ifølge undersøkelsen til Høst (2017) ser det ikke ut til at fagskoleutdanning fører til endring i hverken stilling eller arbeidsoppgaver for den ansatte. Dette kan være et sterkt insentiv for unge til heller å velge bachelorutdanning. Fra 1. august 2017 ble det for øvrig fastsatt i hovedtariffavtalen at 60 fagskolepoeng skal gi lønnsuttelling. Hvorvidt dette kan bidra til en økt rekruttering til disse utdanningene gjenstår å se.

Det kan også være grunner til at arbeidsgiver foretrekker at ansatte tar en fagskoleutdanning heller enn en bachelorutdanning. De fleste som var med i Høst sin studie oppga at de tok utdanningen ved siden av deltidsarbeid, noe som indikerer liten belastning for arbeidsgiver ved at de i prinsippet tar utdanningen i fritiden. I tillegg kan det økonomisk sett være mer attraktivt for arbeidsgiver å få fagskoleutdannede enn bachelorutdannede, fordi de får ansatte med høyere kompetanse samtidig som det ikke medfører krav om høyere lønn eller andre arbeidsoppgaver. Støtte til bachelorutdanning vil også kunne føre til at kommunen konkurrerer om arbeidskraften med spesialisthelsetjenesten, spesielt i sentrale strøk.

De overnevnte mekanismene kan være gjeldene i ulik grad i ulike tjenester og kan være interessant å utforske kvalitativt. Hvorvidt enkelte kommuner fortsetter å ha ansatte under fagskoleopplæring eller bachelorutdanning kan også være interessant å følge i løpet av evalueringssperioden. Om disse kommunene igjen skiller seg på noen dimensjoner, som størrelse eller sentralitet, kan også være aktuelt å utforske.

---

<sup>14</sup> Database for Statistikk og Høgre Utdanning <http://dbh.nsd.uib.no/index.action>

Figur 2.2 viste det totale antallet av ansatte som enten er under, eller har fullført, utdanning og opplæring gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Tabell 2.10 viser hvor mange kommuner som har 0, 1-5, 6-10 eller flere enn 10 ansatte under de ulike formene for opplæring. For videregående opplæring, fagskoleopplæring og bacheloropplæring er det omtrent halvparten av kommunene som *ikke* har noen ansatte under opplæring. For opplæring på videreutdannings- og masternivå gjelder dette en mindre andel: 88 kommuner, i overkant av 20 prosent, har ingen ansatte under denne formen for opplæring. Når det kommer til kursopplæring har over halvparten av kommunen, 215 kommuner, mer enn 10 ansatte under denne formen for opplæring.

Tabell 2.10 Antall kommuner som har 0, 1-5, 6-10 og flere enn 10 ansatte under (eller fullført) ulike former for opplæring gjennom det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Antall ansatte	Antall kommuner				
	Opplæring videregående	Opplæring fagskole	Opplæring bachelor	Opplæring videreutdanning/master	Opplæring kurs
<b>0</b>	183	222	199	88	140
<b>1-5</b>	115	151	139	163	31
<b>6-10</b>	50	25	38	68	28
<b>Mer enn 10</b>	66	16	38	95	215

Tabell 2.11 viser to ulike mål av spredningen for bruken av kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Gjennomsnittet viser hvor mange ansatte som i gjennomsnitt benytter seg av de ulike formene for opplæring i kommunene. Eksempelvis er det i gjennomsnitt 6,11 personer som er under opplæring på videregående nivå i norske kommuner. Gjennomsnittet skjuler likevel at det er stor variasjon mellom kommuner i hvor mange ansatte som er under opplæring. I Oslo kommune, f.eks., er 155 ansatte under opplæring på videregående nivå. Oslo kan nærmest anses som en statistisk uteligger fordi det er en mye større andel ansatte som er under opplæring enn i andre kommuner, på grunn av størrelsen på kommunen. Tabell 2.12 viser fordelingen uten Oslo, for å illustrere forskjellen. Ser man videre på medianen er den lavest for de som er under fagskoleopplæring og høyest for de som er under opplæring kurs. Dette betyr at i minst halvparten av kommunene får ingen ansatte fagskoleutdanning, mens når det kommer til kurs, er det i halvparten av kommunene flere enn 12 personer som er under denne formen for opplæring.

Tabell 2.11 Gjennomsnittlig antall ansatte, median av antall ansatte og typetall av antall ansatte som er under (eller har fullført) opplæring gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, inkludert Oslo.

	Under opplæring videregående	Under opplæring fagskole	Under opplæring bachelor	Under opplæring videregående/ master	Under opplæring kurs
Antall kommuner som har rapportert	419	419	419	419	419
Gjennomsnitt	6,11	2,44	3,53	8,16	53,71
Median	1	0	1	4	12

Tabell 2.12 Gjennomsnittlig antall ansatte, median av antall ansatte og typetall av antall ansatte som er under (eller har fullført) opplæring gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet, for alle kommuner, ekskluder Oslo

	Under opplæring videregående (fagbrev)	Under opplæring fagskole (påbygg)	Under opplæring bachelor	Under opplæring videregående/ master	Under opplæring kurs
Antall kommuner som har rapportert	418	418	418	418	418
Gjennomsnitt	5,76	2,15	3,49	7,67	49,15
Median	1	0	1	4	12

Vi er også interessert i hvorvidt det er enkelte kommuner som ikke har ansatte under noen form for opplæring. Dette gjelder 55 kommuner, nesten 13 prosent av kommunene. Årsakene til at de ikke benytter seg av midler fra det kommunale kompetanse – og innovasjonstilskuddet kan det være mange. Det kan tenkes at de har mottatt midler fra den tidligere K2015, og dermed ikke ser det samme behovet nå som tidligere. Det kan også være et kostnads- eller kapasitetsspørsmål i og med at kommunene må inn med egne ressurser i form av vikar. Det kan tenkes at de ikke er tilstrekkelig orientert om tilbudet, og dermed ikke søker. I tillegg kan det skyldes at 2016 var det første året slik at enkelte kommuner venter med å søke til senere år, fordi det av ulike grunner passer bedre. Det er også viktig å være klar over at det kan fremkomme rapporteringsfeil. Dette har vi dessverre ikke kontroll over og må derfor forholde oss til at dataene stemmer.

Sluttevalueringen av Kompetanseløftet 2015 viste at bruk av midlene varierte systematisk med blant annet andelen mottakere av helse- og omsorgstjenester sett i forhold til folkemengden, og at kommuner lokalisert i de minst sentrale arbeidsmarkedsregionene utdannet flest ansatte ved bruk av K2015 (Helgesen et al. 2016). Korrigerede frier inntekter, altså hvor mye midler kommunene hadde som ikke var bundet opp, var ikke relatert til bruk av K2015-midler. Basert

på dette har vi sett etter om det er noen signifikante forskjeller mellom kommuner som har søkt midler og de som ikke har søkt midler fra K2020. Vi undersøkte om de så ut til å skille seg på områder som korrigerede frie inntekter, sentralitet, andel med 1– 5 åringer og andel innbyggere som er 80 år og over. Når alle disse variablene ble lagt inn i en logistisk regresjon viste det imidlertid ingen effekter. Dette kan handle om at gruppen for dem som ikke har søkt midler er såpass liten. Det vil være interessant å se om man identifiserer noen forskjeller i bruken av K2020-midler når man kommer mot slutten av perioden.

Vi ønsket også å få en oversikt over hvor mange kommuner som bare benyttet seg av kursvirksomhet, da vi kan anta at dette er lettest å få gjennomført. Det viste seg at dette kun gjaldt seks kommuner. Det kan derfor virke som om kommunene ikke ser på K2020 som et «lavterskeltilbudet» og kun benytter seg av det som kan fremstå som minst ressurskrevende. Derimot ser det ut som at kommunene benytter seg av K2020 i et bredere format når de først benytter tilbudet.

### 3 Resultater fra spørreskjemaundersøkelse

#### 3.1 Innledning

I dette kapitlet gjennomgås hovedtendensene i svarene som er gitt av kommunene i forbindelse med spørreundersøkelsen som ble sendt ut i begynnelsen av mars 2018. Invitasjon til spørreundersøkelsen om kommunenes arbeid med K2020 ble 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 svarte selv. Etter ca. fem uker hadde 215 kommuner av totalt 423 besvart hele eller deler av spørreskjemaet, hvilket tilsvarer en svarprosent på om lag 51 prosent.<sup>15</sup> I det følgende presenteres hovedmønstre i kommunenes svargiving: Enkelte spørsmål som lister opp svært detaljerte svarmuligheter utelates fra oversikten her.<sup>16</sup> 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>17</sup> Vi presenterer her svarmønstre der kommunene grupperes etter kommunistørrelse, der det er hensiktsmessig, da dette kan gi en pekepinn på hvordan for eksempel organisasjonsstørrelse kan påvirke kommunenes arbeid.<sup>18</sup>

Kapitlet 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.

Aller først viser vi imidlertid kort til enkelte undersøkelser av datamaterialet som viser at vi, så langt vi kan se, har med et noenlunde representativt utvalg av kommunene å gjøre med hensyn til fylkestilhørighet, befolkningsstørrelse og kommunale inntekter.

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

I figur 3.3 nedenfor er kommuner i både vårt utvalg og i populasjonen av norske kommuner gruppert etter fylkestilhørighet. Hovedinntrykket er 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 (for eksempel Møre og Romsdal) og kommuner fra andre fylker er noe underrepresentert (for eksempel Troms).

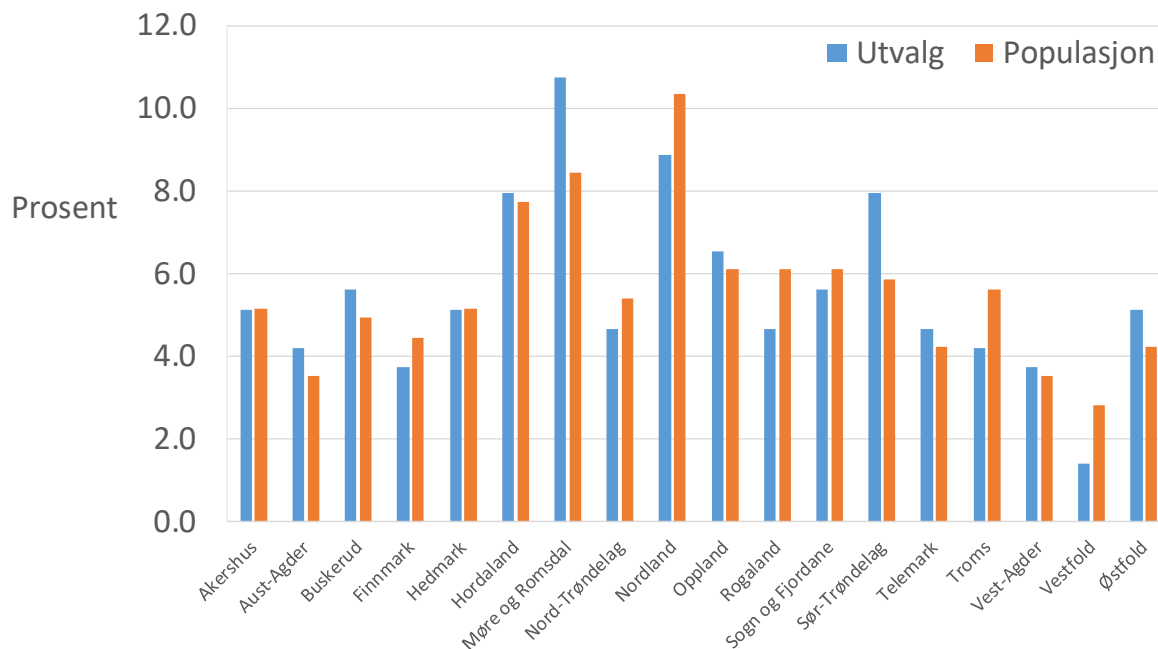
<sup>15</sup> I utsendelsen hadde 423 kommuner gyldige rådmannsadresser. Det ble gjort flere purringer for å øke svarprosenten, og undersøkelsen skal også gjentas senere i prosjektperioden for å kunne etterspore *endringer* i kommunenes arbeid over tid.

<sup>16</sup> Et eksempel kan være spørsmål 16), om de mange ulike praksisarenaer som kommunene benytter seg av.

<sup>17</sup> Alle spørsmål er gjengitt i spørreskjemaet i appendikset.

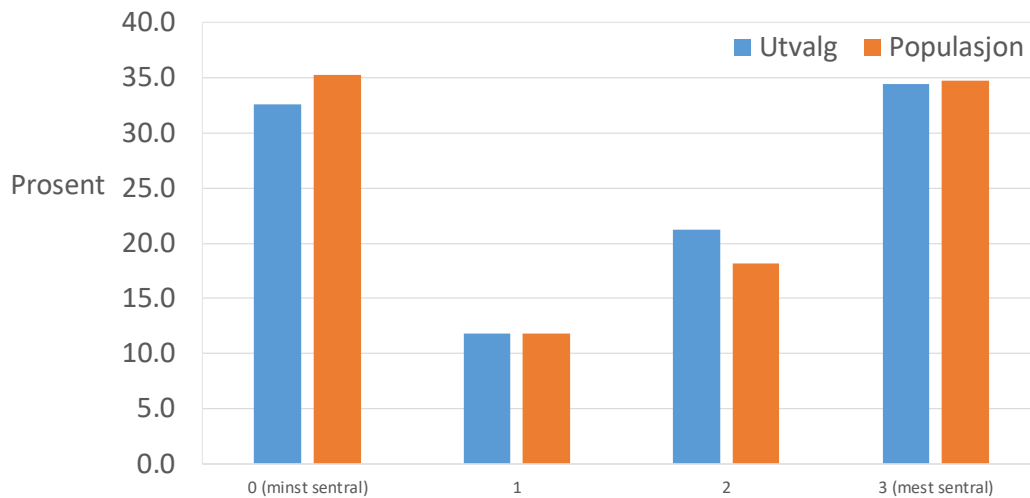
<sup>18</sup> Gruppene her er av noenlunde samme størrelse, slik at en total «hovedtendens» kan leses ut av et snitt av gruppemålene. Det skal også understrekes at kommunistørrelse også kan fange opp andre forhold, slike som sentralitet, befolknings sammensetning og kommunale inntekter, som også kan påvirke svarmønsteret.



Figur 3.3 Svar etter fylke ( $N_{\text{utv.}}=214$ ,  $N_{\text{pop.}}=426$ ).

Også når det gjelder inndelingen av kommuner etter sentralitet<sup>19</sup> (SSB 2008) synes de ulike kommunetypene å være noenlunde likt representert i utvalget, slik som ses i figur 3.4. 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.

<sup>19</sup> For definisjon av sentralitet, se <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/128/versjon/468>. Her legges «korrigerte 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/utgiftskorrigerte-frie-inntekter/id547765/>.

Figur 3.4 Svar etter sentralitet ( $N_{\text{utv.}}=212$ ,  $N_{\text{pop.}}=423$ ).

Av tabell 3.13 nedenfor ser vi at utvalget 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. Det kan også synes som at kommunene som har svart er noenlunde representative med hensyn til benyttelse av tilskuddene som følger med K2020-satsingen: I utvalget er det om lag 94 prosent som har søkt om (ellers uspesifiserte) midler (se figur 3.24 under pkt. 3.7), mens andelen som har søkt midler gjennom det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet er 87 prosent ifølge analysen av registerdata i kapittel 2.

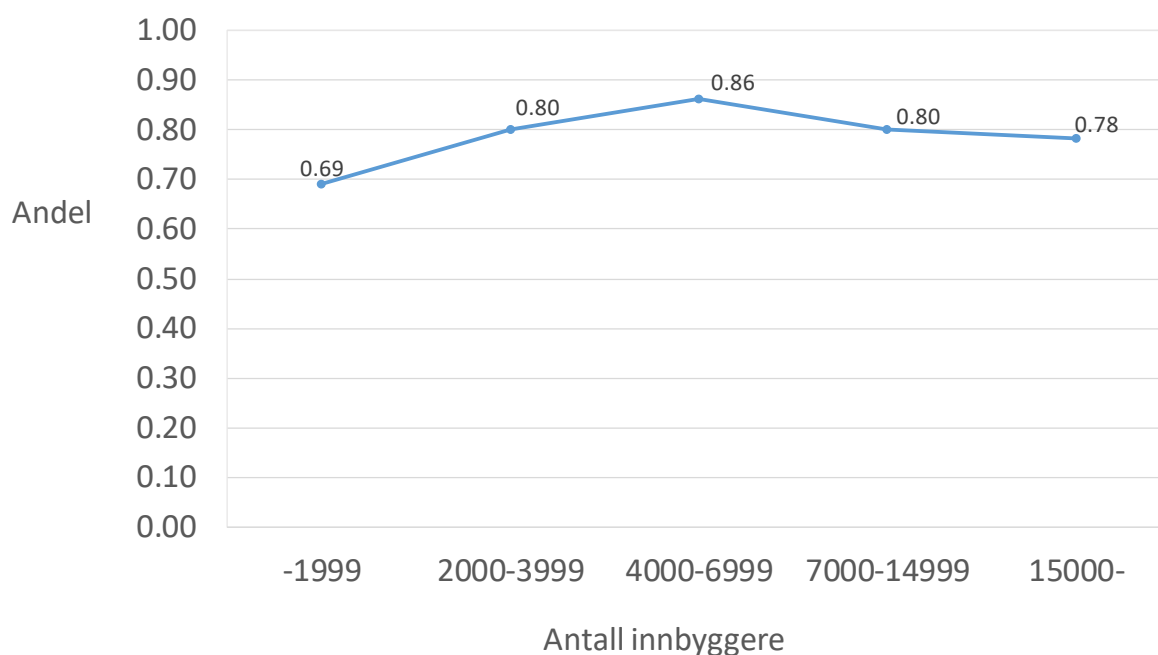
Tabell 3.13 Svar etter befolkningsstørrelse og korrigerede frie inntekter.

	N	min.	gjn.sn.	maks.	std.avv.
<b>Utvalg:</b>					
Bef.størrelse (2017)	214	201	13237	278556	26752
Korr. frie inntekter (2015)	213	93	102.7	167	10.1
<b>Populasjon:</b>					
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

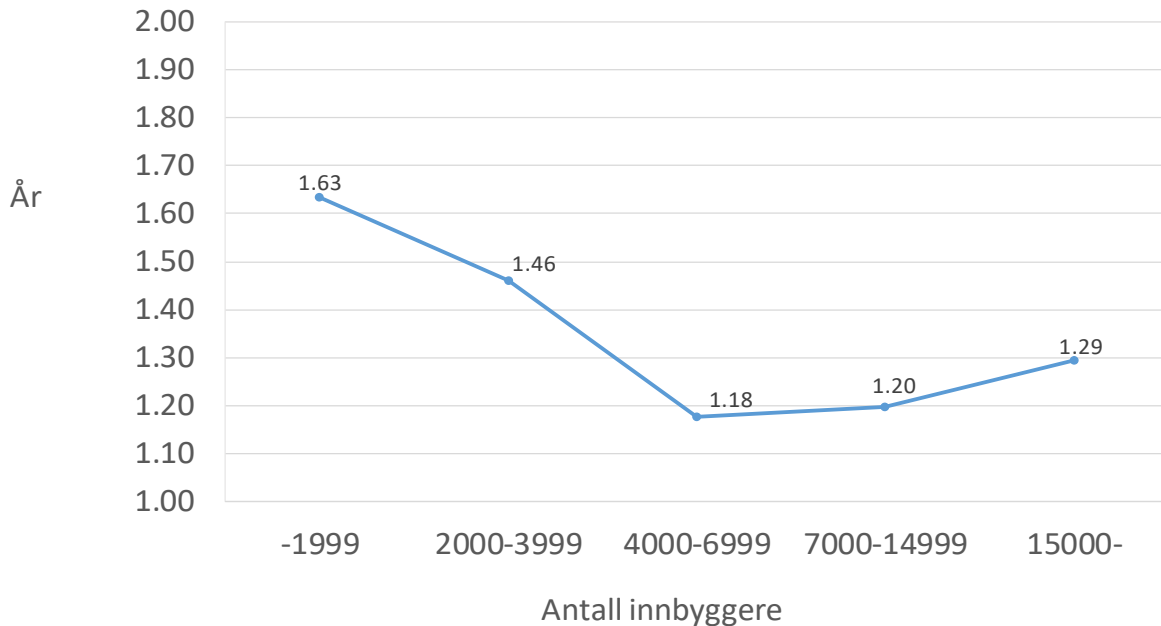
Første spørsmål i første del i spørreundersøkelsen var hvorvidt den enkelte kommunen hadde kartlagt behovet for kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Figur 3.5 viser svarfordelingen etter kommunistørrelse, og man kan se at de aller fleste kommunene (rundt 80 prosent) har gjennomført en slik kartlegging.

Figur 3.5 Andel kommuner som har kartlagt behovet for kompetanse (spm. 1). Etter kommunistørrelse (N=199).



De minste kommunene skårer noe lavere enn andre. I oppfølgingsspørsmålet, som stilles til kommuner som har gjennomført en kartlegging, ser en dessuten at det i snitt har gått noe lengre tid siden siste kartlegging i de minste kommunene (figur 3.6 på neste side). 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 ikke dramatisk.

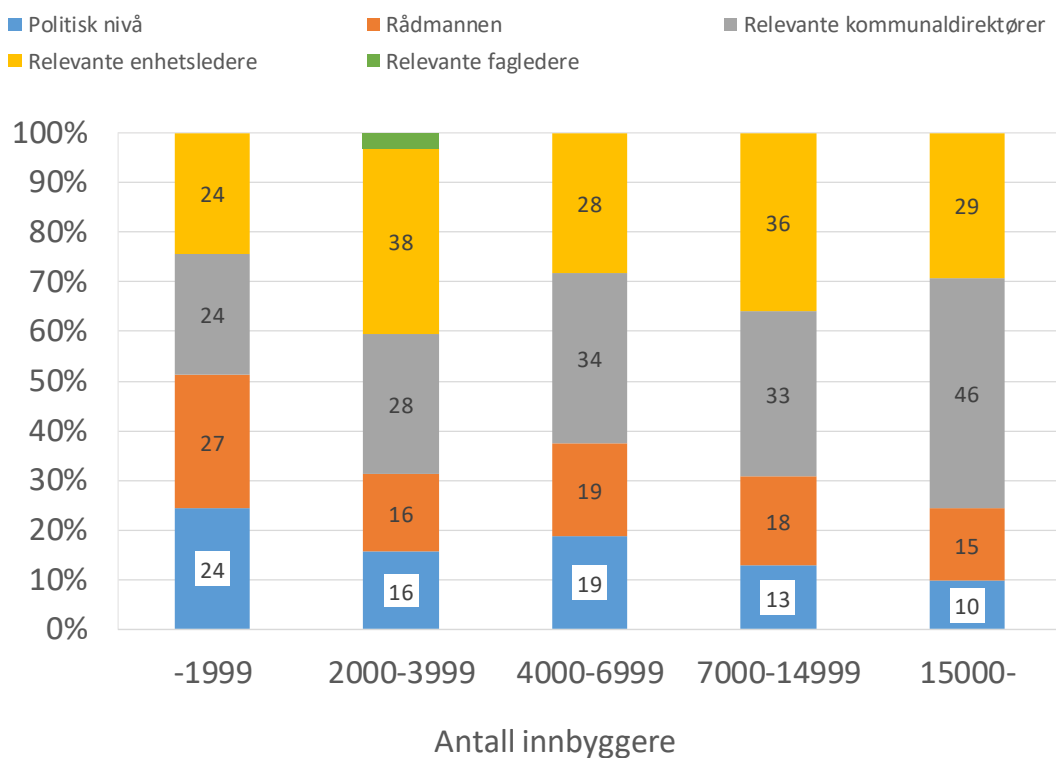
Figur 3.6 Antall år siden siste kartlegging av kompetanse (spm. 1.1). Etter kommunestørrelse (N=154).



*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 3.7 på neste side vises fordelingen for hvilket nivå kommunene oppfatter er det viktigste beslutningsnivået for arbeidet med kompetanse i helse- og omsorgssektoren. Den tydeligste tendensen er at det politiske nivået *ikke* oppfattes som det aller viktigste for noen av kommunegruppene. Videre viser svarene at dette også oppleves som relativt mindre viktig i større kommuner. Når kommunestørrelsen øker, virker det som at *kommunaldirektørene* heller enn *rådmannen* oppleves som viktig. Dette kan reflektere at ulike sektorer blir «tyngre» og mer «selvstendige» i større kommuner, men det kan også skyldes at sektoren det her er snakk om er annerledes organisert i større kommuner enn i de små kommunene.

Figur 3.7 Oppfatning av viktigste beslutningsnivå i arbeidet med kompetansen (spm. 2). Etter kommunistørrelse (N=185).



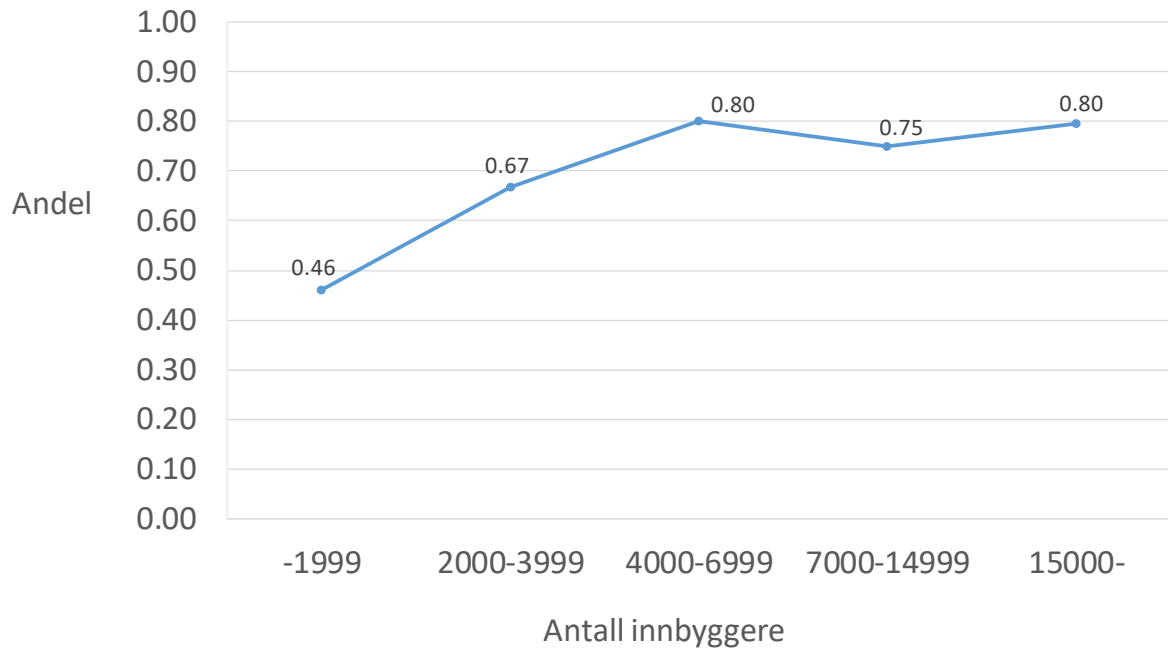
Kommunene ble også spurt om de har utarbeidet en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene. Figur 3.8 viser at forskjellene mellom kommuner av ulik størrelse her er dramatisk: Mens kun 46 prosent av kommuner med under 2000 innbyggere har utarbeidet en slik plan, har 75-80 prosent av kommuner med flere enn 4000 innbyggere gjort dette. Muligens reflekterer dette også forskjeller mellom ulike kommuner ved at de har ulike behov for formelle oversikter og planer. Vi ser imidlertid at kommuner som ikke har en slik plan nevner kompetanseheving i andre typer planer (se figur 3.9), deriblant og som oftest temaplaner for helse- og omsorgstjenestene og tjenesteenhetenes egne virksomhetsplaner.<sup>20</sup>

En oversikt over hvilke av de mange aktuelle kommunale enheter som deltar i planarbeidet knyttet til helse- og omsorgstjenestene, gis i figur 3.10. Her fremkommer at det er institusjons-

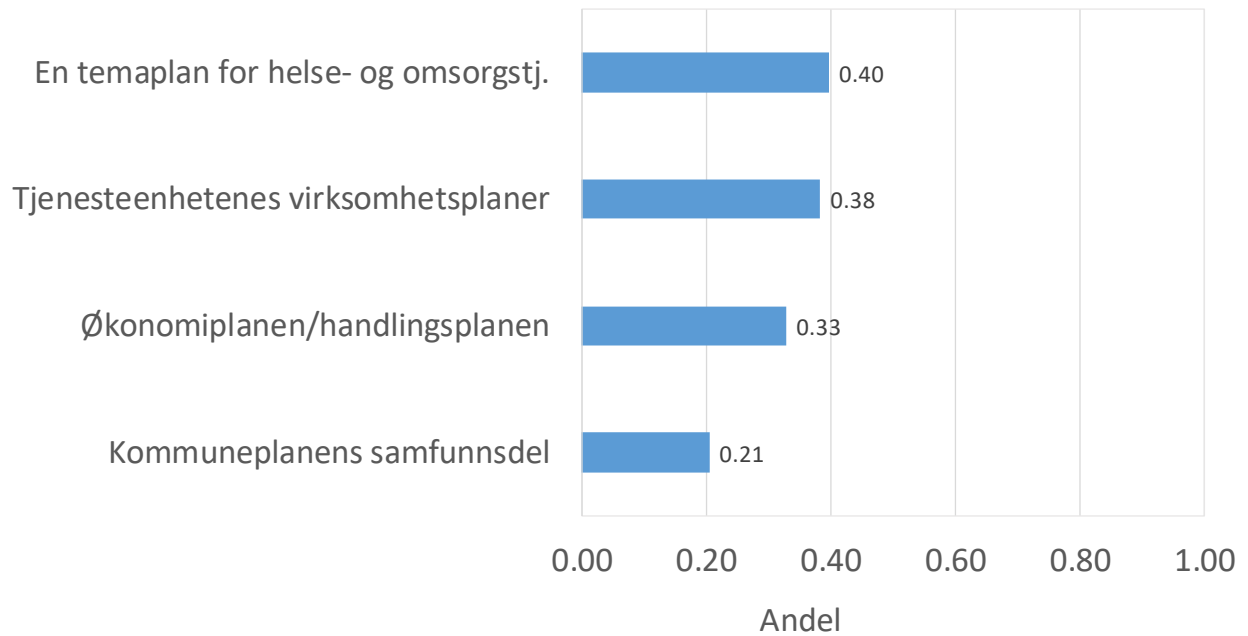
<sup>20</sup> Med kun 73 kommuner (uten egen kompetanseplan) som svarer på dette spørsmålet har det ingen hensikt å bryte svarfordelingen ned på kommunistørrelse. Ingen av kommunene svarer at de nevner kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene i arealdelen.

og sykehjemstjenesten, hjemmetjenesten, samt psykisk helsetjeneste og fysioterapitjenesten som involveres oftest (i over 75 prosent av kommunene). Tilgrensende tjenester, som barnevern og PPT, involveres også i dette arbeidet i 10-15 prosent av kommunene.

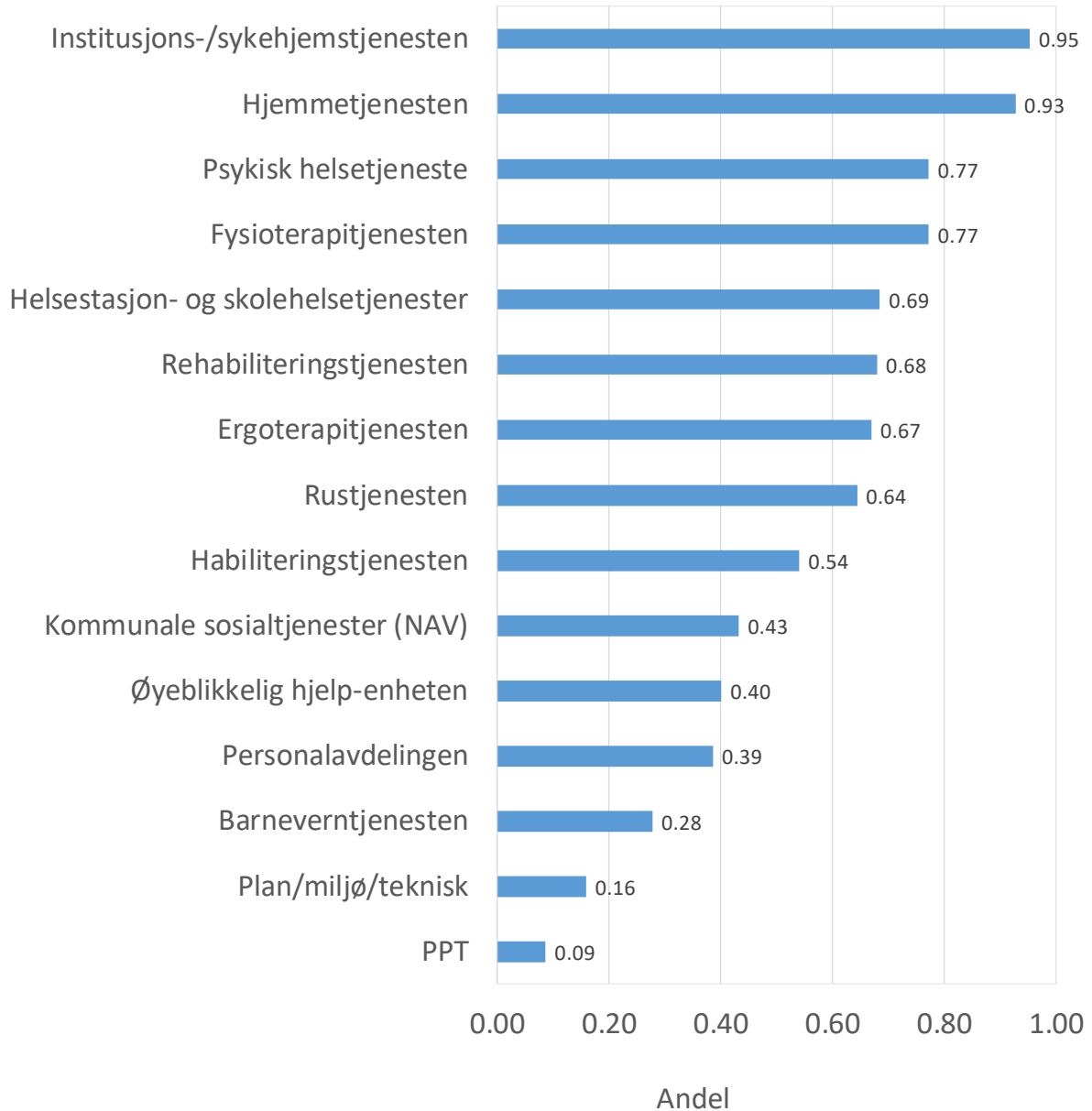
Figur 3.8 Andel kommuner med egen kompetanseplan (spm. 3). Etter kommunistørrelse (N=191).



Figur 3.9 Andel kommuner uten egen kompetanseplan som omtaler kompetanseheving i ulike andre planer (spm. 3.1) (N=73).



Figur 3.10 Andel kommuner som nevner ulike kommunale enheter som deltar i planarbeidet knyttet til helse- og omsorgstjenestene (spm. 4) (N=194).

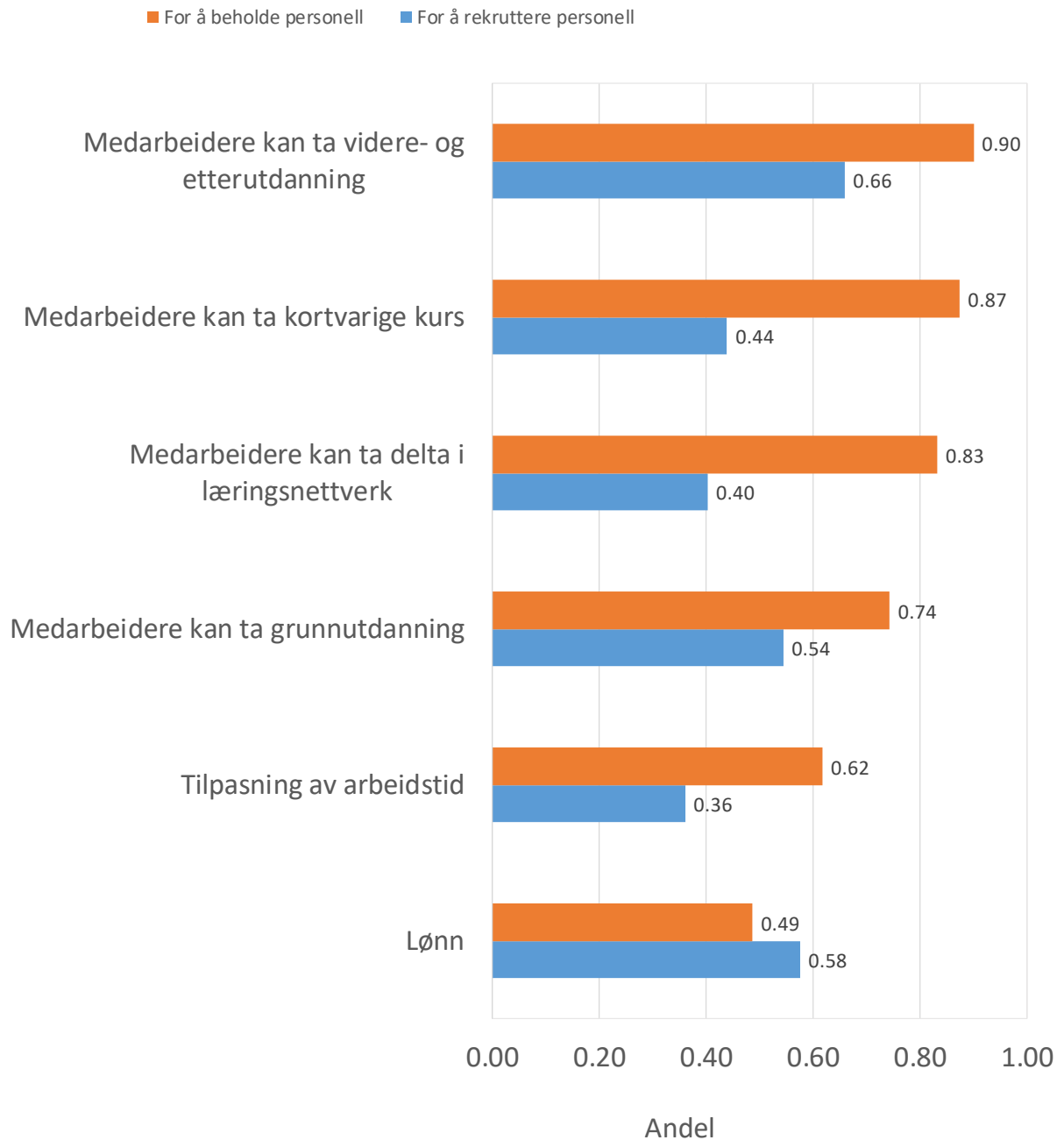


Flere spørsmål i spørreskjemaet dreier seg om hvilke ulike virkemidler kommunene benytter seg av for å beholde og rekruttere personell i helse- og omsorgstjenestene, herunder i hvilket omfang de benytter seg av vikarer ved utdanningspermisjoner. Figur 3.11 viser at de aller fleste



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.

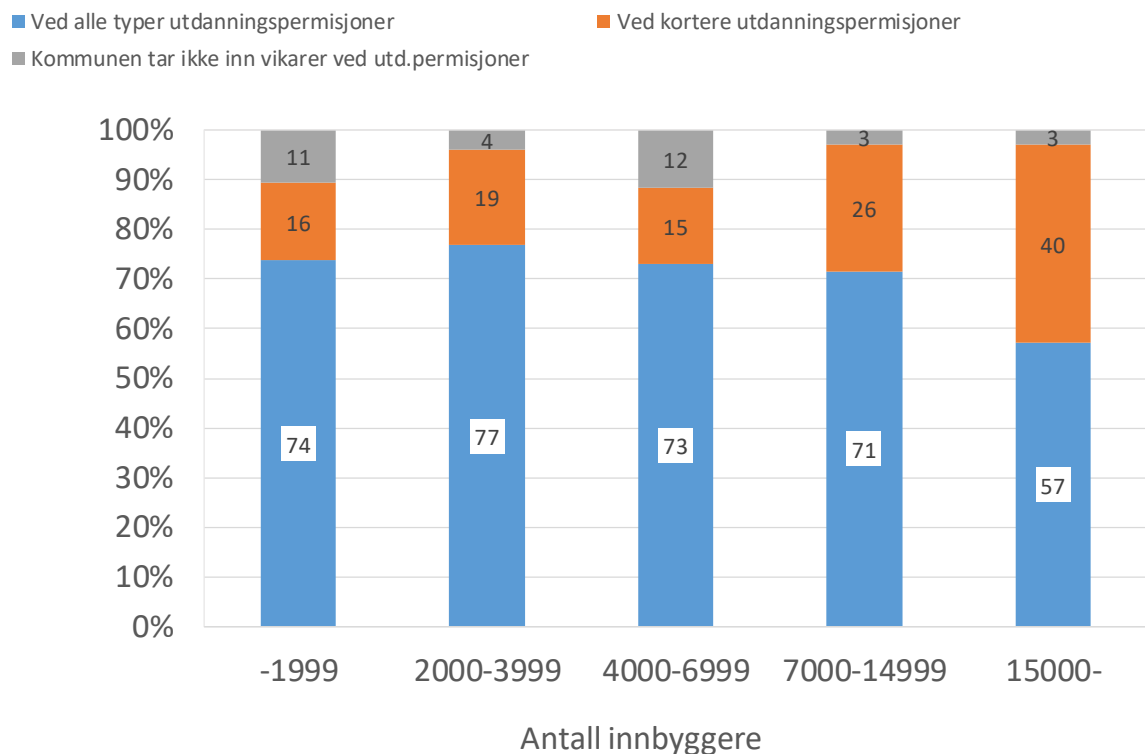
Figur 3.11 Andel kommuner som benytter ulike virkemidler for å beholde og rekruttere personell til helse- og omsorgstjenestene (spm. 6) (N=191).



Samtidig er det en tendens til at virkemidlene det her er snakk om i langt mindre grad benyttes for å *tiltrekke* seg personell. Unntaket er lønn, som ser ut til å benyttes som et middel for å tiltrekke seg personell. Lønn er allikevel ikke det viktigste virkemiddelet. Tilbud om etter- og videreutdanning ser ut til å være det aller viktigste trekkplasteret, slik det benyttes av over 65 prosent av kommunene.

Kommunenes bruk av vikarer når ansatte tar permisjon for å utdanne seg varierer også en del med kommunetype. For det første viser figur 3.12 at bruken av vikarer øker med økende kommunistørrelse, men det er også en tendens til at større kommuner tar inn vikarer oftere ved *kortere* utdanningspermisjoner: 40 prosent av kommunene med over 15000 innbyggere gjør dette, mot tilsvarende 16 prosent av kommuner med færre enn 2000 innbyggere).

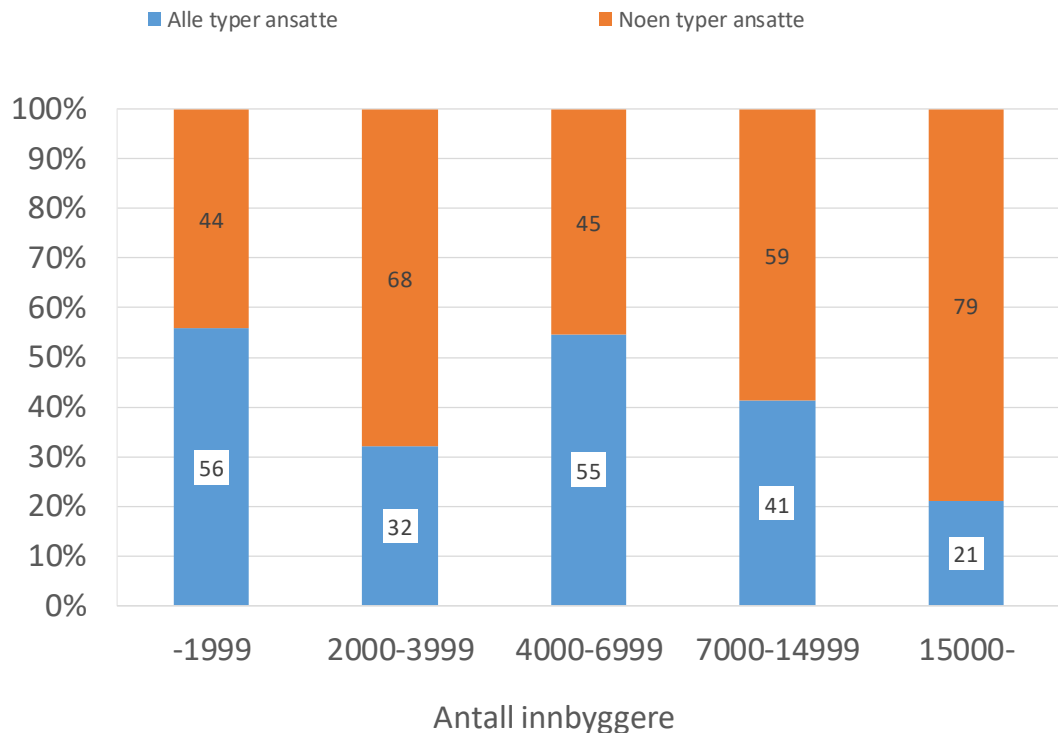
Figur 3.12 Andel kommuner som tar inn vikarer når ansatte tar permisjon for å utdanne seg (spm. 8). Etter kommunistørrelse (N=191).



Også når det gjelder vikarbruk ved ulike typer utdanningspermisjoner kan det synes som større kommuner er mer restriktive enn mindre kommuner. Figur 3.13 viser at sistnevnte kommunegruppe i langt større grad kun tar inn vikarer når *noen typer* ansatte tar permisjon: 79

prosent av kommunene med over 15000 innbyggere gjør dette, mot tilsvarende 44 prosent blant kommuner med færre enn 2000 innbyggere.<sup>21</sup>

Figur 3.13 Andel kommuner som tar inn vikarer når ansatte av forskjellige typer tar permisjon for å utdanne seg (spm. 8.1). Etter kommunestørrelse (N=148).



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

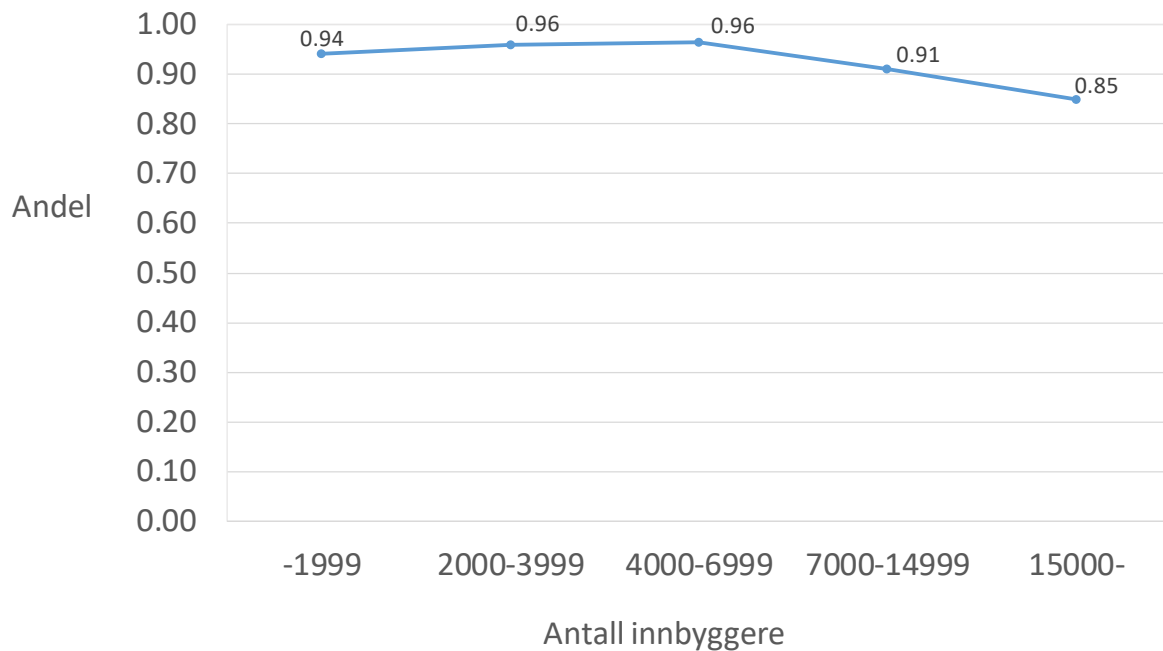
Del II i spørreskjemaet inneholder blant annet spørsmål til kommunene om deres opplevelser av kvaliteten på nyutdannede, hvordan kommunene legger til rette for å ta imot nyutdannede, samt hvordan de har tilpasset utdanningen til de behovene kommunen har.

Figur 3.14 viser 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

<sup>21</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.

tjenestenes behov. Dette gjelder kommuner av alle størrelser, selv om de aller største, med over 15000 innbyggere, svarer at kompetansen hos nyutdannede er noe mindre relevant (85 prosent vs. 91-96 prosent i andre kommunegrupper).

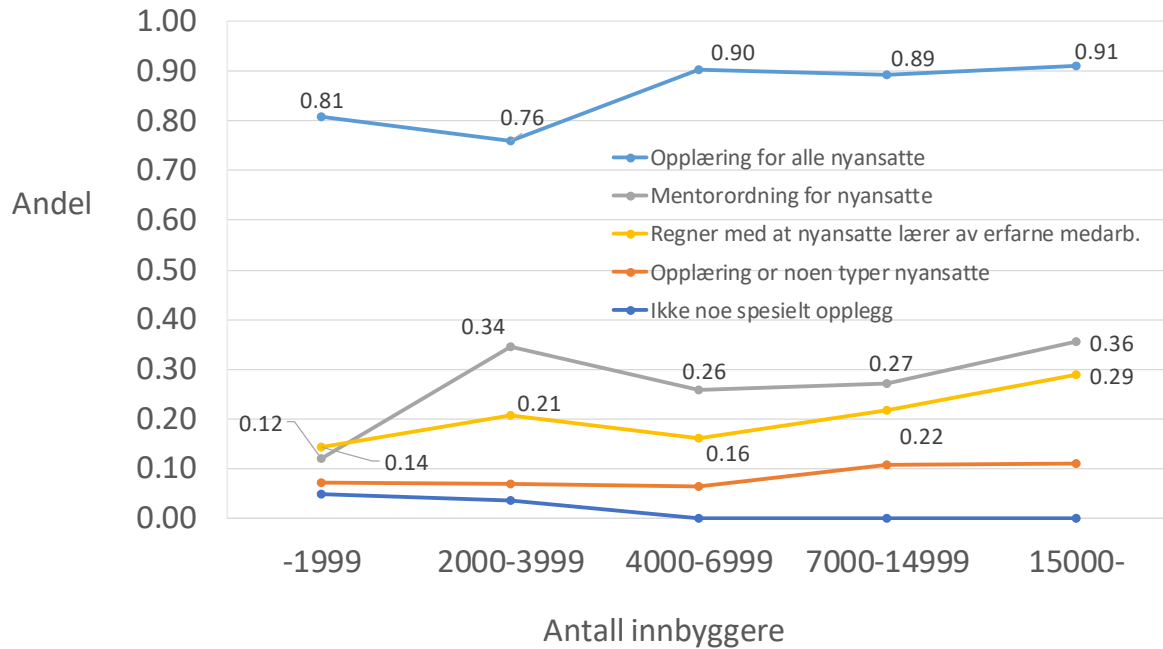
Figur 3.14 Andel kommuner som opplever at nyutdannede med helse- og sosialfaglig utdanning har relevant kompetanse for tjenestenes behov (spm. 9). Etter kommunistørrelse (N=160).



På spørsmål om hva man i kommunen gjør for at nyutdannede skal finne seg til rette<sup>22</sup>, svarer kommunene i overveldende grad at de har opplegg på plass for opplæring av alle ansatte: over 75 prosent av kommunene har slike opplegg. Som figur 3.15 viser er det imidlertid forskjeller mellom kommunegrupper på dette punktet: mens over 90 prosent av kommunene med over 4000 innbyggere opplyser at de har slike opplæringsopplegg, gjelder dette 76-81 prosent av kommuner med færre innbyggere enn 4000. I tillegg til universelle opplæringsopplegg, som er den aller mest utbredte typen tiltak, har kommunene også andre opplegg: Mange kommuner opplyser at de har mentorordninger (10-35 prosent) og ellers at de regner med at nyansatte lærer av erfarne medarbeidere (10-30 prosent).

<sup>22</sup> Spørsmål 10

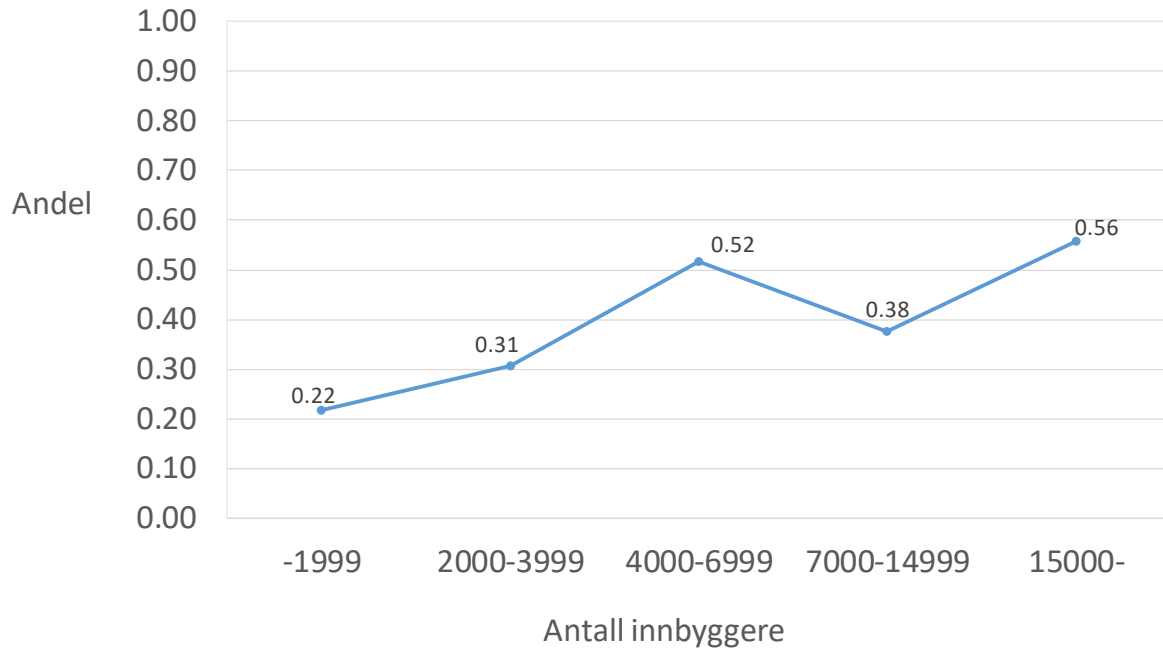
Figur 3.15 Andel kommuner med ulike opplegg for at nyutdannede skal finne seg til rette (spm. 10). Etter kommunistørrelse (N=184).



Også her er det forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse. Spesielt de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere) benytter seg i svært liten grad av de nevnte oppleggene. Svært få kommuner opplyser at de ikke har noe opplegg for nyutdannede eller at de kun har opplegg for noen typer ansatte (under 10 prosent).

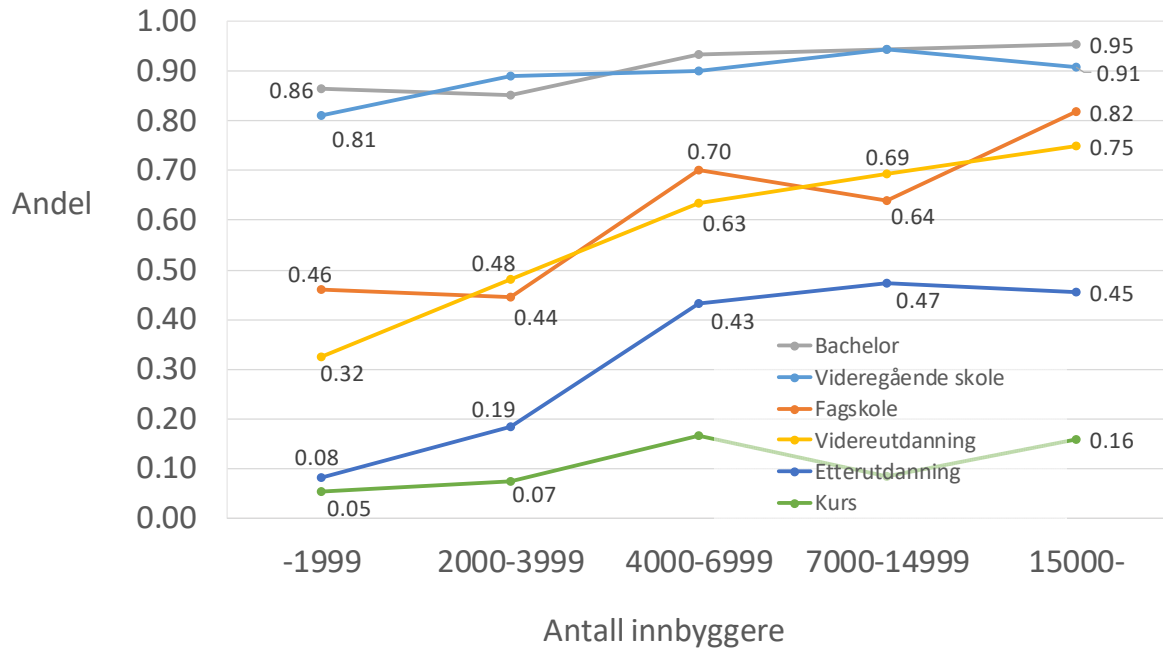
Kommunene ble også spurt om de hadde samarbeid med en utdanningsinstitusjon for å skreddersy utdanninger til eget behov. Som ses i figur 3.16 er det en tendens til at slike samarbeidsfremstøt er vanligere desto større kommunene er. Mens 22 prosent av kommunene med under 4000 innbyggere opplyser at de har hatt et samarbeid med utdanningsinstitusjoner, har hele 56 prosent av de største kommunene hatt dette.

Figur 3.16 Andel kommuner som har samarbeidet med en utdanningsinstitusjon for å skreddersy en utdanning til eget behov (spm. 11). Etter kommunestørrelse (N=167).



Også når det gjelder bruk av kommunen som praksisarena for elever og studenter er det forskjeller mellom kommunetyper. Figur 3.17 viser for det første at nærmest alle kommuner (80-95 prosent) er praksisarena for studenter og elever på bachelor- og videregående nivå. For det andre viser figuren at mens de større kommunene (over 4000 innbyggere) også har praksisstudenter på fagskole- og videreutdanningsnivå i relativt stor grad (63-80 prosent), gjelder dette for under 50 prosent av de mindre kommunene (under 4000 innbyggere), og kun 32 prosent av kommuner med under 2000 innbyggere er praksisarena for studenter under videreutdanning. En slik tendens se også for studenter under etterutdanning, der over 40 prosent av de største kommunene er praksisarena mot under 20 prosent for de minste kommunene. Svært få kommuner (under 20 prosent) opplyser at de er praksisarena for studenter eller elever som tar kurs.

Figur 3.17 Andel kommuner som har praksiselever og -studenter på ulike utdanningsnivåer (spm. 14.1). Etter kommunistørrelse (N=174).

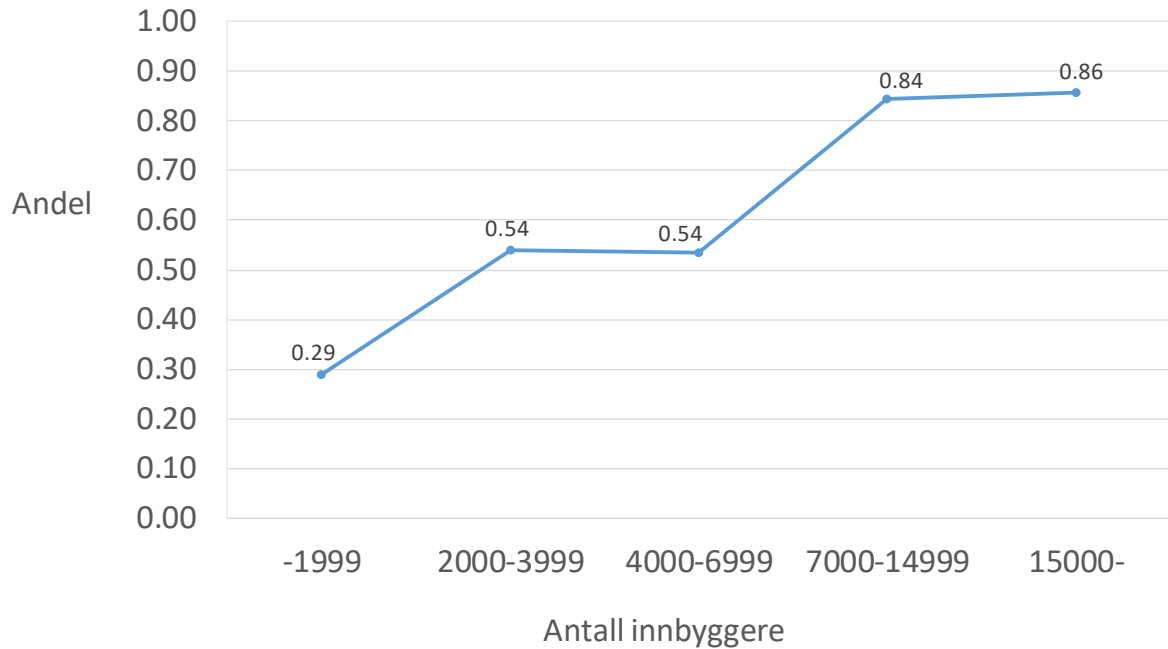


### 3.5 Strategier for kompetanseøkning i kommunen

Del III i spørreskjemaet dreier seg om hvordan kommunen øker kompetansen hos ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis. Et første spørsmål her var om kommunen har ansatte innen helseområdet med forskningskompetanse (her spørres etter ansatte med utdanning på master- eller PhD-nivå)<sup>23</sup>. I figur 3.18 ses 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 29 prosent av kommunene med færre enn 2000 innbyggere opplyser at de har slike ansatte, gjelder dette hele 86 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.

<sup>23</sup> I spørreskjemaet er det ikke skilt mellom Master og PhD-nivå. Legg også merke til at det er spurt etter «forskningskompetanse», ikke «forskerkompetanse», der det i sistnevnte tilfelle mer er et «formelt» krav om PhD.

Figur 3.18 Andel kommuner som har ansatte innen helseområdet med forskningskompetanse (spm. 17). Etter kommunestørrelse (N=166).

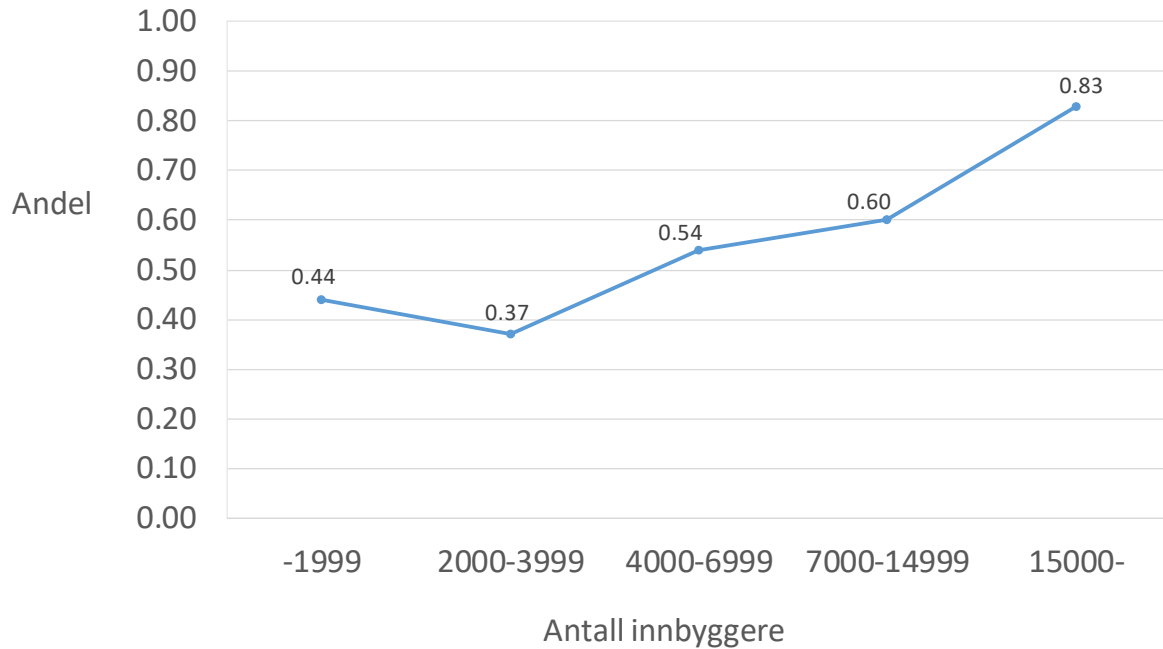


Også når det gjelder samarbeid med forskningsinstitusjoner for å drive frem utvikling og innovasjon ses en klar «størrelseseffekt» (figur 3.19). Mindre kommuner (færre enn 4000 innbyggere) har i klart mindre grad enn større kommuner (med flere enn 15000 innbyggere) etablert slike samarbeid: Blant førstnevnte har kun 35-45 prosent et slikt samarbeid, mot 86 prosent blant kommuner i den sistnevnte gruppen.

Både når det gjelder dette spørsmålet og det foregående (figur 3.18), skal det understrekes at årsakene til slike forskjeller kan være flere. Det kan for eksempel tenkes kan forskjellene skyldes at små kommuner i stor grad ligger et stykke unna store befolkningsentra, 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.

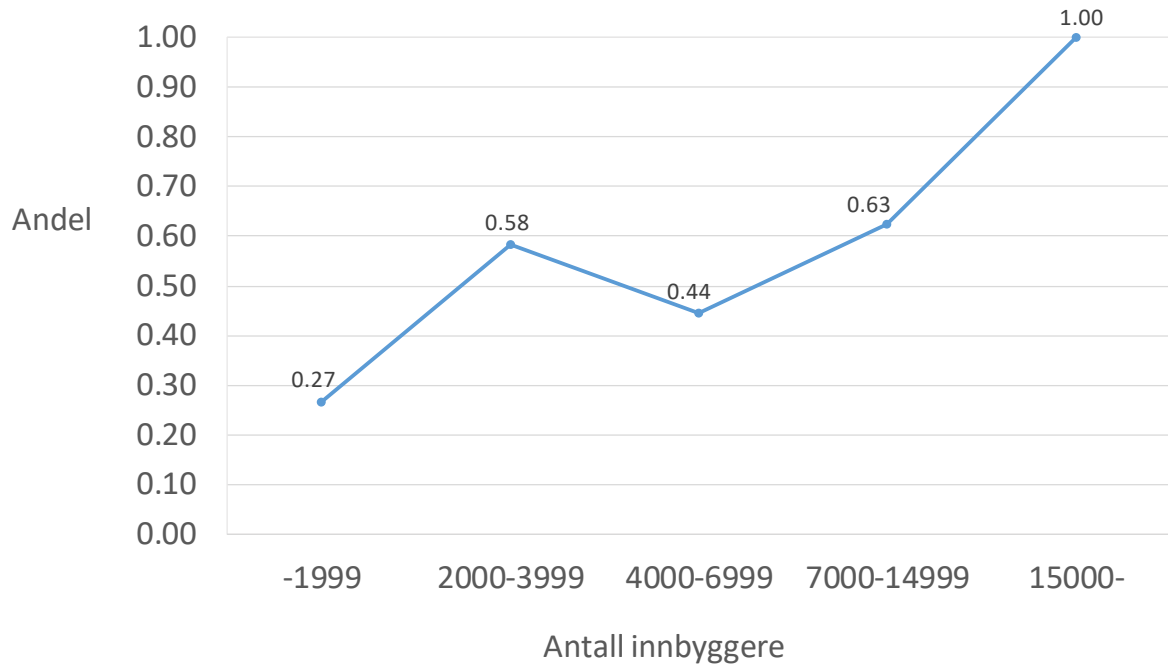


Figur 3.19 Andel kommuner som samarbeider med en forskningsinstitusjon om utvikling/innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (spm. 18). Etter kommunestørrelse (N=163).



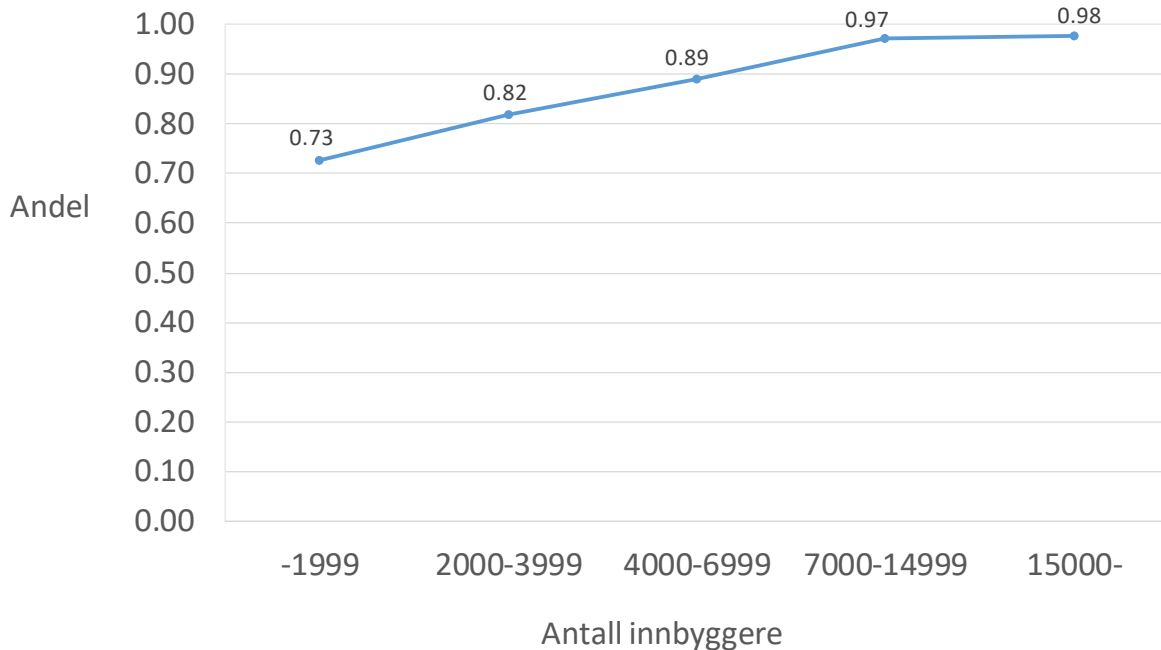
Vi kan allikevel anskueliggjøre at noe av den umiddelbare forklaringen kan ligge i *kapasitetsforhold*. I figur 3.20 ses en klar tendens til at manglende kapasitet i økende grad oppgis være en grunn til manglende forskningsinnsats ettersom kommunestørrelsen synker. Her skal det imidlertid understrekes at dette nettopp gjelder kommuner som *ikke* har slike samarbeid som nevnes ovenfor (se figur 3.19). Med andre ord er det svært få kommuner som ligger til grunn for denne oppstillingen (N=49, og for eksempel kun fem kommuner i gruppen med de aller største kommunene).

Figur 3.20 Andel kommuner som opplever å ha kapasitet til å delta i forskning om helse- og omsorgstjenester (spm. 18.1). Etter kommunestørrelse (N=49).



Også i det mer generelle spørsmålet om hvorvidt kommunene «arbeider med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene» ses en klar og monoton tendens til at et generelt innovasjonsarbeid øker markant med kommunestørrelse. Figur 3.21 viser at mens noe over 70 prosent av de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere) opplyser å arbeide med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene, gjelder dette tilsvarende nærmest *alle* kommuner med over 7000 innbyggere. Det kan altså synes som at små kommuner spesielt opplever at forsknings- og innovasjonsarbeidet kan lide på grunn av utfordringer knyttet til tjenestekapasitet (rekruttering, bemanning mv.). Dette kan være et aktuelt spørsmål å ta inn i evalueringens case-studie.

Figur 3.21 Andel kommuner som arbeider med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene (spm. 20). Etter kommunestørrelse (N=160).

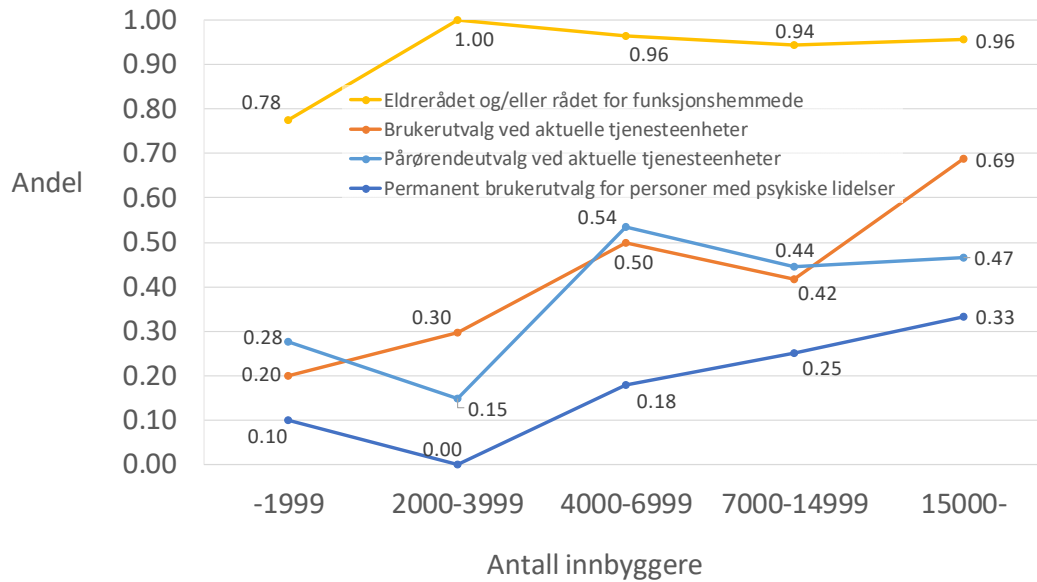


### 3.6 Kommunenes bruker- og medvirkningsorientering

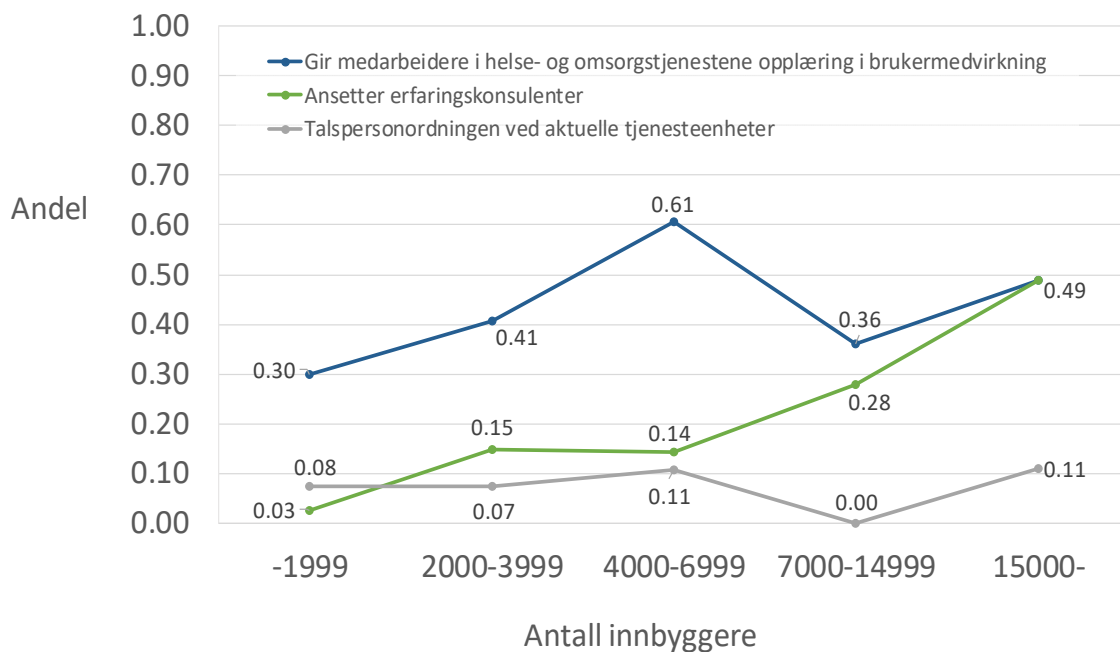
Ett spørsmål i spørreskjemaet dreide seg om ulike måter kommunene arbeider med brukerorientering. I figur 3.22 ser man at de aller fleste kommuner benytter seg av eldrerådet/rådet for funksjonshemmede (over 80 prosent), mens andre arenaer for brukermedvirkning – slike som bruker- og pårørendeutvalg – benyttes i noe mindre grad (rundt 40 prosent av all sett under ett). Få kommuner (under 20 prosent) har permanente brukerutvalg for personer med psykiske lidelser. For alle disse brukerarenaene gjelder det at det er de største kommunene som i størst grad gjør bruk av dem, noe som kan skyldes at man i mindre og mer oversiktlige kommuner har mindre behov for å formalisere og organisere formelle arenaer.

Når det gjelder andre «indirekte» og supplerende medvirkningstiltak, som mer dreier seg om «tilbudssiden», dvs. grep i selve organisasjonen som skal virke til en god brukerorientering, ser man i figur 3.23 at slike benyttes i mindre grad, og her er det «opplæring av ansatte» på området som benyttes mest (av om lag 40 prosent av kommunene). Også ansettelse av erfaringskonsulenter er et grep som enkelte av kommunene benytter seg av (om lag 20 prosent av kommunene), mens kun et fåtall benytter seg av en talspersonordning (godt under 10 prosent). Også her ser en tendens, om enn noe mer uklar, til at tiltakene benyttes i størst grad i de største kommunene.

Figur 3.22 Andel kommuner som oppgir ulike tiltak for innhenting av kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer (spm. 24). Etter kommunestørrelse (N=176).



Figur 3.23 Andel kommuner som oppgir ulike tiltak for innhenting av kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer (spm. 24). Etter kommunestørrelse (N=176).



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

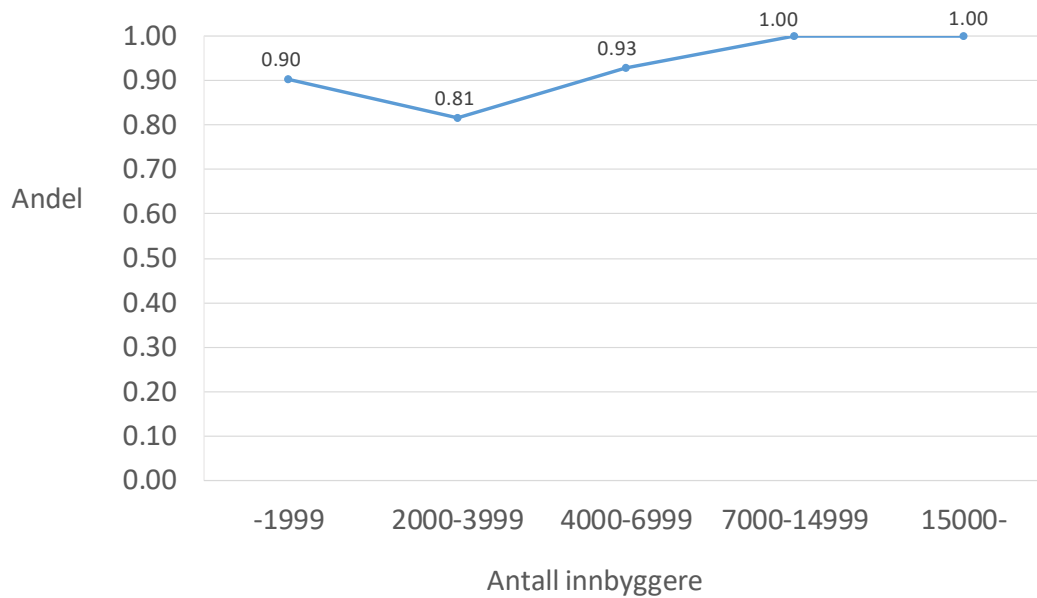
Til slutt i dette kapittelet gir vi en oversikt over svarene på spørsmål til kommunene om midler som er søkt i forbindelse med K2020, samt om dette har bidratt til å møte utfordringene kommunene har (fra del IV og V i spørreskjemaet).

Figur 3.24 viser 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 (80-90 prosent vs. alle kommuner med flere enn 7000 innbyggere).

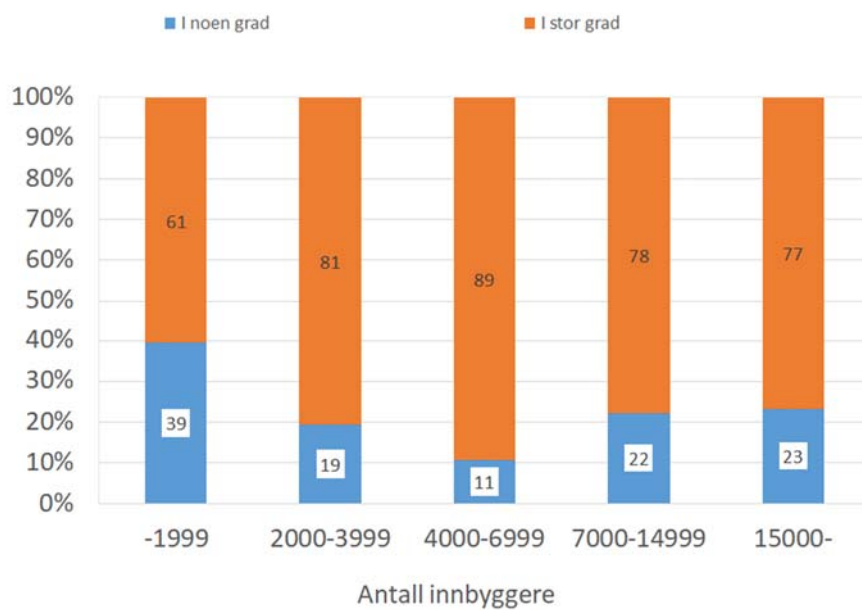
Samtidig viser figur 3.25 en svak tendens til at større kommuner svarer at tiltakene og midlene som kan søkes innenfor K2020 er mer relevante. Mens 61 prosent av de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere) svarer at slike tiltak «i stor grad» er relevante, svarer 75-90 prosent av større kommuner det samme. Dette henger 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.

Det viktigste mønsteret her er allikevel tendensen til at mindre kommuner i mindre grad søker etter midler *og* samtidig opplever at midlene har mindre relevans. Også her må videre forskning avdekke om dette skyldes at midlene og tiltakene er *dårlig tilpasset* de mindre kommunene, eller dårlig tilpasset visse karakteristika ved mindre kommuner, om det skyldes et *kapasitetsproblem* i små kommuner (f.eks. etterspørselskompetansen i små kommuner), eller om det kan skyldes helt andre ting.

Figur 3.24 Andel kommuner som har søkt om midler for å styrke sitt arbeid med tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene (spm. 21). Etter kommunestørrelse (N=165).



Figur 3.25 Andel kommuner som mener at tiltakene og de økonomiske midlene man kan søke på innenfor K2020 er relevante for utfordringene kommunen har (spm. 26). Etter kommunestørrelse (N=171).



## 4 Oppsummeringer

### 4.1 Analyse av registerdata

Nedenfor gjengis punktvis noen av hovedfunnene fra analysen av registerdata:

#### 4.1.1 Sysselsettingsdata

- Den kommunale helsesektoren er omfattende, med nesten 170 00 årsverk og mer enn 225 000 sysselsatte. Den største gruppen ansatte har kompetanse på videregående nivå, som hjelpepleier, omsorgsarbeider eller helsefagarbeider. Ufaglærte og sykepleierne utgjør de to andre klart største gruppene. Antall årsverk i 2015 vil danne et utgangspunkt for å belyse utviklingen fram mot 2020.
- Den prosentvise fordelingen etter utdanning varierer relativt lite mellom små og store kommuner, men noe mer etter fylke. Det er interessant at Oslo har lave andeler av ansatte med videregående opplæring og sykepleiere.
- Det har lenge vært et mål å øke andelen ansatte som jobber heltid. I gjennomsnitt arbeider ansatte omtrent tre firedeler av et helt årsverk. Sysselsettingsbrøken øker med økende utdanningsnivå. For ufaglærte er den 0,57, for dem med videregående opplæring 0,76, mens den er henholdsvis 0,91 og 0,86 for sykepleiere med og uten videreutdanning.
- Antall årsverk i den kommunale helsesektoren avhenger naturlig nok av hvor mange bosatte det er i kommunen, men det er langt fra en lineær sammenheng. På fylkesnivå varierer antall årsverk per 1000 innbygger fra rundt 25 i Akershus og Oslo til over 50 i de tre nordligste fylkene. Mellom kommunene er forskjellen enda større. Det må tas høyde for at det kan være usikkerhet i rapporteringen fra enkelte kommuner. Derfor har vi heller ikke tatt med slike tall her. Små kommuner har betydelig flere årsverk per innbygger enn store kommuner. Mens kommuner med under 2000 innbyggere har vel 55 årsverk, er tallet bare 30 i kommuner med fra 15 000 innbyggere og over.

#### 4.1.2 Kompetanse- og innovasjonstilskuddet

- Analysen av kompetanse- og innovasjonstilskuddet er basert på rapporteringer fra det første året med K2020. Det er derfor for tidlig å si om det er noen systematiske forskjeller i bruken av de ulike typer midler og mellom kommuner. Av de 55 kommunene som rapporterer å ikke bruke midler fra K2020, kan flere komme på banen etter hvert. I motsetning til Kompetanseløftet 2015 er K2020 innrettet mot hele den kommunale helsetjenesten, og ikke bare pleie- og omsorgsfeltet. Hvorvidt dette gir seg utslag i hva slags *type* opplæring de tar, vil derfor være interessant å følge med på videre i perioden. Ser det ut til at kommuner prioriterer opplæring på enkelte felt, for eksempel eldreomsorg

og demens, eller bruker de anledningen til å få et bredere kompetanseløft, og er det noen kjennetegn ved disse kommunene?

- Så langt kan det virke som det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet ikke ses på som et lavterskeltilbud ved at kommunene utelukkende prioriterer kursopplæring for ansatte. Selv om kursopplæring er den hyppigste formen for opplæringstiltak, er det bare seks kommuner som kun benytter seg av dette tilbudet. At høyere utdanning i form av videre- og masterutdanning er det vanligste etter kurs, kan vitne om at kommunene (og ansatte) ønsker forskningsbasert kunnskap og dybdekompetanse i tjenesten.

## 4.2 Analyse av spørreskjemaundersøkelsen

Nedenfor gjengis punktvis noen av hovedfunnene fra spørreskjemaundersøkelse til kommunene i forbindelse med deres arbeid med K2020<sup>24</sup>:

- 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.
- De aller fleste kommuner med over 4000 innbyggere, over 75 prosent, har utarbeidet en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene, mens dette gjelder 67 prosent av kommunene med mellom 2000 og 4000 innbyggere, og 46 prosent av kommunene med under 2000 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 65 prosent av kommunene, mens lønn benyttes av 49 prosent av kommunene.
- Større kommuner (over 15000 innbyggere) tar i stor grad kun inn vikarer når *noen* typer ansatte tar utdanningspermisjoner, dette gjelder 79 prosent av store kommuner. Mindre kommuner (færre enn 2000 innbyggere) tar i større grad inn vikarer for alle typer ansatte (gjelder 56 prosent av kommunene).
- De aller fleste kommuner, over 80 prosent, har opplegg på plass for opplæring av alle nyansatte. Over 90 prosent av kommunene med over 4000 innbyggere 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

<sup>24</sup> I alt 215 kommuner av 423 svarte (ca. 51 prosent).



andre tiltak: Mange kommuner opplyser at de har mentorordninger (10-35 prosent) og 10-30 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 22 prosent av kommunene med under 4000 innbyggere opplyser at de har hatt et samarbeid med utdanningsinstitusjoner, mens hele 56 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 32 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 under 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 29 prosent av kommunene med færre enn 2000 innbyggere opplyser at de har slike ansatte, gjelder dette hele 86 prosent av kommunene med over 15000 innbyggere.
- Mindre kommuner (færre enn 4000 innbyggere) har i klart mindre grad enn større kommuner (flere enn 15000 innbyggere) etablert samarbeid med forskningsinstitusjoner. Samtidig ses en klar 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.
- Svarene i spørreundersøkelsen viser en svak tendens til at de minste kommunene i noe mindre grad enn de større søker om midler i forbindelse med K2020-arbeidet (80-90 prosent vs. 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 K2020 er relevante.

### 4.3 Avsluttende kommentarer

Denne første del av følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 viser at svært mange kommuner søker midler over K2020, noe vi vil anta viser at K2020 svarer på reelle behov i kommunene. En liten gruppe kommuner søkte ikke midler fra det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet ved oppstart i 2016 (55 kommuner / 13 prosent), og det vil være

interessant å følge med om dette endrer seg. Spørreskjemaundersøkelsen viser at de aller fleste kommunene, uansett størrelse, søker midler over K2020, men at tilbøyeligheten til å søke midler og tiltak øker med opplevd relevans av tiltakene, og tendensen er at de større kommunene svarer at tiltakene er mer relevante. Vi vet ikke hvor mange av de som *ikke* har svart på spørreskjemaundersøkelse, som har søkt tilskudd over K2020, men registerstudien viser at ca. 87 prosent av kommunene har søkt og kun 13 prosent (55 kommuner) søkte ikke et eller annen form for tilskudd.

De aller fleste kommuner jobber planmessig ved at de skaffer seg oversikt over behov og kompetanse, og de lager kompetanseplaner. De aller fleste kommunene (ca. 80 prosent av de 215 som svarte på spørreskjemaet) kartlegger eget behov for kompetanse. Oversikt over egne ressurser og innsikt i eget behov er en forutsetning for både tjeneste- og fagutvikling for å møte både erkjente, nåværende behov i kommunen og for å legge til rette for videre utvikling for å møte forventede, framtidige behov. Det ser ut til å være forskjell mellom store og små kommuner når det gjelder utarbeiding av egen kompetanseplan. Det er mye vanligere at store kommuner lager en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten enn at små kommuner gjør det. Samtidig ser det ut til at mange kommuner innarbeider kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten i annet planarbeid, slik at planer for kompetanseheving kan være ivare tatt selv om kommunen ikke lager en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten.

Kommunaldirektørene synes å være en viktig premissgiver for tjenesteutviklingen. Dette kan tolkes til at det helsefaglige perspektivet og sektorkompetanse er retningsgivende for politiske beslutninger og prioriteringer i helse- og omsorgssektoren, og ikke omvendt.

Mange enheter deltar i planarbeidet. Vi ser at de som involveres oftest også er de største tjenestene, og de er godt representert (institusjons-/sykehjemstjenesten, hjemmetjenesten nevnes foran psykisk helsetjeneste og fysioterapitjenesten). Deretter følger helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som er viktige områder for tjenester og tiltak for barn og unge, og rehabiliteringstjenesten og ergoterapitjenesten, som begge er sentrale i arbeidet med å gi bistand til selvstendighet, egenomsorg og muligheten for å bo hjemme lengst mulig. Litt bekymringsfullt er det at PPT og barnevern, som også viktige tjenester for barn og unge, sjelden involveres.

Tilbud om faglig kompetanseheving til ansatte blir sett på som svært viktig både for å beholde og rekruttere personell (det siste ved siden av lønnsmidler). Klinisk virksomhet kan karakteriseres som verdibaserte handlinger, og opplevelse av å yte tjenester som har god faglig kvalitet vil være svært viktig for den enkelte. Samtidig vil det være slik at helsepersonellet forholder seg til og samarbeider med en rekke andre faggrupper knyttet til oppfølgingen av pasienter. Dette tilsier at både relasjonskompetanse, organisasjons-/systemforståelse og forvaltningskunnskap vil være viktige deler av faglig kompetanse og yrkesutøvelse. Helseprofesjoner kan oppleve krysspess mellom det å yte tjenester av høy faglig kvalitet og kommunens krav til effektiv utnyttelse av ressursene. Ifølge Orvik (2015) er det derfor viktig at organisasjonen tilbyr arbeidsbetingelser som gjør at ansatte kan ivareta egen faglig integritet.

Vi vil derfor tro at jevnlig tilbud om faglig kompetanseheving er svært attraktivt og et viktig virkemiddel for både å tiltrekke seg og beholde faglig kompetanse. Spørsmålet er hvilke andre rammebetingelser kommunen tilbyr sånn at ansatte opplever at kompetansehevende tiltak er lett tilgjengelig for dem. Dette kan f.eks. være tilbud om tilpasset arbeidstid, fri med lønn, eller også bruk av vikarer slik at kolleger ikke får økt arbeidsbelastning. Spørreundersøkelsen viser at bruk av vikarer varierer med kommunestørrelse, der større kommuner oftere bruke vikarer og mer fleksibelt, enn mindre kommune. For de minste kommunene kan dette skyldes både dårlig økonomi og dårlig tilgang på kvalifiserte vikarer. Dette kan i neste omgang påvirke ansattes reelle mulighet til faktisk å benytte kompetansehevende tiltak som i prinsippet finnes.

Ansattgruppene med lavest utdanning (faglærte på videregående nivå og ufaglærte) er også de som jobber mest deltid, og det er relativt små forskjeller mellom kommunene. Det kan tenkes mange mulige årsaker til at så mange i disse gruppene jobber deltid:

- Kommunene tilbyr ikke hele stillinger selv om ansatte ønsker det.
- Flere kan ha mer enn én deltidsstilling, slik at de i realiteten jobber 100%.
- Ansatte tar mange ekstra vakter for å kompensere for at kommunen ikke tilbyr heltidsstillinger, slik at de i realiteten klarer å skaffe seg full lønn.
- Gruppen dekker opp de mange ubekvemme vaktene på kveld, helg, høytider og ferie, noe som kan være belastende i seg selv, men også gi økt lønn.
- Ansatte som jobber mange ubekvemme vakter kan ha større behov for fritid enn de som har dagvakter.
- Enkelte som tar annen utdanning ønsker deltidsstilling for å skaffe seg inntekt samtidig som de utdanner seg.
- Ansatte kan ha jobben i kombinasjon med andre forpliktelser og aktiviteter, - familie, fritid eller lignende.

Registerstudien viser at sysselsettingen i helse/omsorgstjeneste varierer med mange ulike faktorer. Innbyggertall er én faktor. Samtidig vet vi at innbyggertall samvarierer med aldersprofil, og aldersprofil samvarierer med sentralitet, der små kommuner har forholdsvis mange gamle innbyggere og forholdsvis færre unge/barnefamilier. Dette kan forklare noe av at de minste kommunene har flere ansatte i forhold til folketallet i sektoren enn de større.

Det kan virke som om utdanningsinstitusjonene "svarer på" kommunenes kompetansebehov. Vi ser også at omtrent alle kommuner på ulike måter legger til rette for at nyansatte raskt skal bli operative i jobben. Nyansettelser er dyrt, og feilansettelser eller nyansatte som bruker lang tid på å yte optimalt i jobben vil koste kommunen mye i form av ineffektivitet og potensielt dårlig faglig kvalitet i tjenesteytingen. Derfor kan det tolke som et positivt tegn at nyutdannede har relevant kompetanse og at de aller fleste kommunene har opplegg for at alle nyansatte skal finne seg til rette, - men tendensen er at større kommuner gjør dette mer enn de minste kommunene.

Nesten alle kommuner er praksisarena for elever og studenter, men de minste kommunene er i mindre grad praksisarena for studenter under videreutdanning. Dette kan henge sammen med at det er de større kommunene som vanligvis samarbeider med utdanningsinstitusjonene. Det er et økende krav om at også kommunale helse- og omsorgstjenester skal være kunnskapsbasert, og at kommunene skal delta i forskning eller også kunne være pådrivere for egen forskning, både for å sikre faglig kvalitet i tjenesteytingen og styrke tjenesteutvikling og innovasjon. Derfor er det interessant å se hvordan kommunene legger til rette for, og rekrutterer, personell med utdanning på Master- og PhD-nivå. Dette er et tema som først og fremst synes å angå de større kommunene, og i svært liten grad de minste kommunene.

Når det gjelder kommunenes deltagelse i ulike former for forsknings- og utviklingsvirksomhet ser vi også her en viss "størrelseseffekt". Nesten alle kommuner er praksisarena for studenter, men større kommuner har større variasjon enn de små. Den samme tendensen ser vi når det gjelder kontakt og samarbeid med forsknings- og utdanningsmiljøer. Det kan virke som at de minste gjør og får minst og de største mest. Dette gjør at vi bør spørre om gapet mellom store og små kommuner øker når det gjelder både FoU-virksomhet og kompetanseoppbygging.

Den samme tendens ser vi for visse typer brukervedvirkning: små kommuner har i mindre grad brukervedvirkning på formelle arenaer enn store kommuner. Det vil si at det er mindre sannsynlig at brukere medvirker i organiserte former med representasjon på organisasjons- og tjenestenivå i tillegg til de lovpålagte kommunale rådene i små kommuner enn i store. Allikevel kan brukervedvirkning på individnivå, det vil si medvirkning i tjenester som angår ens egen situasjon, være ivaretatt.

Kommuner kan delta i interkommunalt samarbeid for å styrke både kunnskapsbasert praksis og innovasjonsarbeid. En form for samarbeid er å delta i større, langsiktige prosjekter, som eksempelvis Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Program for folkehelsearbeid i kommunene, som er nevnt innledningsvis i rapporten. Men interkommunalt samarbeid foregår først og fremst som en del av ordinær tjenesteorganisering, og kan være en viktig strategi for både tjenesteutvikling og fagutvikling. En undersøkelse av Leknes og kolleger (2013) viste at kommuner inngikk i dobbelt så mange formelle interkommunale samarbeid som det var kommuner i Norge den gangen, og at små kommuner (mindre enn 1500 innbyggere) deltok i flere samarbeid innen helse- og omsorgssektoren enn det større kommuner gjorde. Deres rapport konkluderer med at interkommunalt samarbeid er fordelaktig for kommunene både når det gjelder økonomi og tjenestekvalitet, men at det gir utfordringer knyttet til styring og kontroll. Dette gjør spørsmål om hvordan K2020 brukes av kommunene for å ivareta ledelsesutvikling aktuelt.

#### **4.3.1 Forslag til tema å følge med på framover**

Vi har sett tendens til en viss størrelseseffekt, og det er viktig å følge med på om K2020 bidrar til å minske gapet mellom store og små kommuner.

Det er viktig å følge med på om andelen årsverk sykepleierstillinger og andel sykepleiere som tar videreutdanning og spesialisering øker, da dette kan si noe om hvordan kommunene ruster seg til å ivareta behovene til pasienter med alvorlige og sammensatte sykdomstilstander. Det er også viktig å følge med på om rekruttering av andre faggrupper på høgsolenivå øker, som f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og psykologer, da dette kan si noe om hvordan kommunene innretter seg for å møte en større bredde og variasjon i behov, samt den faktiske muligheten for tverrfaglig samarbeid. I og med at vi fant at andelen med deltidsstillinger er lav for personell med på høgskole- og universitetsutdanning, er ikke tiltak for å redusere deltid det viktigste å følge med på for denne gruppen.

Det er et mål at andelen ufaglærte innen sektoren skal reduseres. Vi fant at andelen deltidsstillinger er forholdsvis stor for denne gruppen, og her er derfor både spørsmål knyttet til heltid/deltid aktuelt og spørsmål knyttet til om andelen ufaglærte går ned.

Sett i sammenheng med målet om å øke andelen ansatte med formelle kvalifikasjoner, er det viktig å følge med på om andelen faglærte (med helse- og omsorgstjenestefag fra videregående) som tar videreutdanning øker. Dette vil være både andel som tar fagskole og Bachelorutdanning.

Helsesøstertjenesten er viktig for alle tjenester rettet mot barn og unge, og spesielt knyttet til temaene psykisk helse og rus. Det er viktig å følge med på endringer her, og også se dette i sammenheng med hvordan K2020 brukes for å øke psykologkompetansen i kommunene, noe som studeres nærmere i eget delprosjekt (Opsjon 1). Verken PPT eller barnevern er helsetjenester, men allikevel svært viktig for å kunne tilby en helhetlig omsorg for barn og unge. En utfordring framover for K2020 kan her være å lukke "gapet" mellom helsesektoren og oppvekstsektoren, og bidra til å skape tverretattlig og tverrfaglig "sømløse" tjenester for barn/unge.

Med utgangspunkt i at kommuner deltar i interkommunalt samarbeid, er det blant annet interessant å følge med på utviklingen av ledelseskompetanse i kommunene fordi interkommunalt samarbeid fordrer forvaltningskompetanse og organisasjonskompetanse. Vi vil anta at interkommunalt samarbeid vil være spesielt aktuelt for små kommuner og kommuner som har vansker med å rekruttere relevant personell.

## Referanser

Aamodt, P.O., Høst, H., Arnesen, C.Å., & Næss, T. (2011). *Evaluering av kompetanseløftet 2015 underveisrapport 3*. Nifu - rapport; 2011-1. Oslo.

DBH. (2018). Fagskolestatistikk aktive studenter. Hentet fra <http://dbh.nsd.uib.no/fagskole/statistikk/rapport.action?visningId=46&visKode=false&columns=arstall!8!semester&index=1&formel=147!8!148!8!149&hier=fagfeltkode!9!faggruppekode!9!utdanningsgruppekode!9!nuskode&sti=&param=arstall%3D2017!8!2016!8!2015>.

Helgesen, M., Kvinge, T., Olsen, D. S., Holm, A. & Røste, R. (2016) *Rekruttering og kompetanseheving i kommunale pleie og omsorg. Sluttrapport fra evalueringen av Kompetanseløftet 2015*. (Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2016). Oslo.

Helsedirektoratet (2018, 8.februar)a *Kompetanseløft 2020*. Hentet 05.mars fra <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>.

Helsedirektoratet (2018)b *Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd*. Hentet fra 05.mars fra <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd>

Helsedirektoratet (2018, 15.mars)c *Fastlegestatistikk*. Hentet 23.mars fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk>

Hveem, P. (2017, 5 januar). Faglig påfyll ga bedre demensomsorg. *Forskning.no*. Hentet fra <https://forskning.no/aldring-sykepleie/2016/12/abc-opplaering/produisert-og-finansiert-av/aldring-og-helse>

Høst, H. (2017). "Eget behov for faglig fordypning": Om fagskoleutdanning i helse og sosial. (NIFU-rapport 2017:25). Oslo.

Leknes, E., Gjertsen, A., Tennås Holmen, A.K., Lindeløv, B., Aars, J., Sletnes, I., Røiseland, A. *Interkommunalt samarbeid. Konsekvenser, muligheter og utfordringer*. IRIS rapport 2013/008.

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten – nærhet og helhet

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2018, 4.mars). Kom i gang med ABC-opplæringen. Hentet fra <https://abc.aldringoghelse.no/kom-i-gang/>

Orvik, A., Vågen, S. R., Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2015). Quality, efficiency and integrity: value squeezes in management of hospital wards. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 65-74. doi: 10.1111/jonm.12084

Universitets- og høyskoleloven. Lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler.

## Vedlegg: Spørreskjema til kommunene

### Undersøkelse om kommunenes arbeid med Kompetanseløft 2020

Spørreskjemaet er inndelt i fem bolker. Spørsmålene følger strategiene som er presentert i e-posten. Det er ikke sikkert alle spørsmålene er relevante for din kommune.

Du kan gå fremover (ved å trykke 'Neste') eller bakover (ved å trykke 'Forrige') i skjemaet, og du kan lagre svarene du har gitt på siden du står på i skjemaet (ved å trykke 'Lagre svar på denne siden'). Du kan når som helst gå ut av skjemaet, og ta det opp igjen ved en senere anledning ved å trykke på lenken i invitasjons-e-posten (svarene du allerede har gitt vil lagres automatisk). Husk å trykke 'Send inn svar' når du er ferdig med undersøkelsen.

Del 1: Rekruttering og bemanning i helse- og sosialsektoren

I første bolke er vi interessert i hvordan kommunene arbeider for å sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell. Vi innleder med noen spørsmål om kommunenes arbeid med kompetanseplaner og andre planer innenfor brukerrettede helse- og omsorgstjenester. Deretter følger spørsmål om hvordan kommunen tilrettelegger for og arbeider med kompetanseheving i sine helse- og omsorgstjenester.

#### 1) Har kommunen kartlagt behovet for kompetanse i sine helse- og omsorgstjenester?

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

Neste Lagre svar på denne siden

#### 1.1) Når ble siste kartlegging gjennomført?

- For mindre enn ett år siden  
 For mellom ett og to år siden  
 For mellom to og tre år siden  
 For mellom tre og fire år siden  
 For mer enn fire år siden

#### 2) Forankring handler om hvem som deltar i beslutninger om arbeidet med kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester. Hvilket nivå oppfatter du er det viktigste beslutningsnivået for dette arbeidet i din kommune?

- Politisk nivå  
 Rådmannen  
 Relevante kommunaldirektører  
 Relevante enhetsledere  
 Relevante fagledere  
 Annet, vennligst spesifiser:  
  
 Vet ikke

#### 3) Har kommunen en egen kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene?

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

Forrige Neste Lagre svar på denne siden

**3.1) Er kompetanseheving for helse- og omsorgstjenestene omtalt i andre kommunale planer? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Det er omtalt i kommuneplanens samfunnsdel
- Det er omtalt i økonomiplanen/handlingsplanen
- Det er omtalt i arealdelen
- Det er omtalt i tjenesteenhetenes virksomhetsplaner
- Det er omtalt i en temaplan for helse- og omsorgstjenester
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

**4) Hvilke kommunale enheter deltar i planarbeidet knyttet til helse- og omsorgstjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Institusjons-/sykehjemstjenesten
- Helsestasjon- og skolehelsetjenester
- Kommunale sosialtjenester (NAV)
- Barneverntjenesten
- Habiliteringstjenesten
- Hjemmetjenesten
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Rehabiliteringstjenesten
- Rustjenesten
- Øyeblikkelig hjelp-enheten
- Psykisk helsetjeneste
- PPT
- Plan/miljø/teknisk
- Personalavdelingen
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

[Forrige](#) [Neste](#) [Lagre svar på denne siden](#)

**5) Hvilke aktører deltar i planlegging knyttet til helse- og omsorgstjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Administrasjonssjef/rådmann/kommunaldirektør
- Enhetsledere
- Medarbeidere
- Kommunelegen
- Fastleger
- Aktuelle private tjenestetilbydere
- Pasienter/brukere
- Arbeidstakerorganisasjoner
- Kommunale råd for eldre/råd for funksjonshemmede
- Aktuelle organisasjoner for pårørende
- Aktuelle organisasjoner for pasienter/brukere
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke



**6) Benytter kommunen noen av de opplistede virkemidlene i arbeidet med å rekruttere personell til helse- og omsorgstjenestene og for å beholde dem? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

	For å rekruttere personell	For å beholde personell
Vi legger til rette for at medarbeidere uten formell kompetanse kan ta grunnutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi legger til rette for at medarbeidere kan ta videre- og etterutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi legger til rette for at medarbeidere kan ta kortvarige kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi legger til rette for at medarbeidere kan delta i læringsnettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi tilpasser arbeidstid til medarbeideres behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi benytter lønn som virkemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart 'Annet', vennligst spesifiser nærmere hvilket virkemiddel (eller hvilke virkemidler) dette dreier seg om:





**7) Hvordan tilrettelegger kommunen for at medarbeidere skal gjennomføre kompetanseheving? Dersom kommunen benytter seg av noen av de følgende tiltakene, kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket som nevnes ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at det er svært viktig. (kryss eventuelt av for at det aktuelle tiltaket ikke benyttes)**

	0 - Tiltaket er ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - Tiltaket er svært viktig	Benyttes ikke i kommunen
Vi gir permisjon uten lønn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir lønnstilskudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi lar ansatte bytte vakter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi betaler semesteravgift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir bokstipender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi betaler studieavgift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir fri med lønn knyttet til eksamen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir fri med lønn knyttet til studie-samlinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi lager avtaler om når medarbeidere under utdanning skal arbeide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi gir permisjon med full lønn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8) I hvilke tilfeller tar kommunen inn vikarer når ansatte tar permisjon for å utdanne seg?**

- Ved alle typer utdanningspermisjoner  
 Ved kortere utdanningspermisjoner  
 Kommunen tar ikke inn vikarer ved utdanningspermisjoner  
 Vet ikke

**8.1) For hvilke typer ansatte tar kommunen inn vikarer når de tar permisjon for å utdanne seg?**

- Alle typer ansatte  
 Noen typer ansatte, vennligst spesifiser:

Vet ikke

## Del 2: Kvalitet og tilpasning i utdanningen

I andre bolk er vi interessert i kunnskap om hvorvidt kommunene opplever at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset de kommunale tjenestenes behov.

**9) Har nyutdannede med helse- og sosialfaglig utdanning, etter din oppfatning, relevant kompetanse for tjenestenes behov?**

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

**9.1) Hvilke tjenester får, etter din oppfatning, IKKE dekket sitt behov for kompetanse ved å ansette nyutdannede? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Institusjons-/sykehjemstjenesten  
 Helsestasjon- og skolehelsetjenester  
 Kommunale sosialtjenester (NAV)  
 Barneverntjenesten  
 Habiliteringstjenesten  
 Hjemmetjenesten  
 Fysioterapitjenesten  
 Ergoterapitjenesten  
 Rehabiliteringstjenesten  
 Rustjenesten  
 Øyeblikkelig hjelp-enheten  
 Psykisk helsetjeneste  
 PPT  
 Plan/miljø/teknisk  
 Personalavdelingen  
 Annet, vennligst spesifiser:

Vet ikke

**10) Hvordan arbeides det i kommunen for at nyutdannede skal finne seg til rette? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Vi har opplæring for alle nyansatte
- Vi har opplæring for noen typer nyansatte
- Vi har mentorordning for nyansatte
- Vi regner med at nyansatte lærer av de som har vært i jobben en stund
- Vi har ikke noe spesielt opplegg for at nyansatte skal finne seg til rette

**11) Har kommunen samarbeidet med en utdanningsinstitusjon for å skreddersy en utdanning til eget behov?**

- Ja, vennligst spesifiser hvilken:

- Nei  
 Vet ikke

**12) Har kommunen samarbeidet med en eller flere av følgende aktører om å arrangere etterutdanning eller kurs for å dekke eget behov for kompetanse? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

	Etterutdanning	Kurs
Universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høgskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videregående skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forskningsinstitusjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentre for omsorgsforskning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdighetscenteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helseforetaket kommunen er i opptaksområdet til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante legemiddelfirmaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R-BUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KS - Kommunesektorens organisasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart 'Annet', vennligst spesifiser nærmere hvilke(n) aktør(er) dette dreier seg om:

**13) Hvilke frivillige aktører samarbeides det med om utvikling av tjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Stiftelsen livsglede for eldre
- Brukerorganisasjoner
- Pårørendeorganisasjoner
- Kreftforeningen
- Foreningen for barnepalliasjon
- Kommunens frivilligsentral
- Frivillige organisasjoner
- Enkeltstående frivillige
- Annet, vennligst spesifiser:

- Vet ikke

**14) Er kommunen praksisarena for elever, lærlinger og studenter?**

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

[Forrige](#) [Neste](#) [Lagre svar på denne siden](#)

**14.1) på hvilket nivå i utdanningen er elevene eller studentene i praksis i kommunen? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Videregående skole  
 Fagskole  
 Bachelor  
 Videreutdanning  
 Etterutdanning  
 Kurs  
 Annet, vennligst spesifiser:  
  
 Vet ikke

**15) Hvilke konkrete tiltak iverksetter kommunen for å legge til rette for elever, lærlinger og studenter i praksis? Dersom kommunen benytter seg av noen av de følgende tiltakene, kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket som nevnes ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at det er svært viktig. (kryss eventuelt av for at det aktuelle tiltaket ikke benyttes)**

	0 - Tiltaket er ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - Tiltaket er svært viktig	Benyttes ikke i kommunen
Vi har samlinger for dem som er i praksis i vår kommune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har praksisplasser for elever i ungdomsskolen og videregående skole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansatte i kommunen tar utdanning for å kunne fungere som veiledere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi tilrettelegger for at studenter ved høyskoler og universitet kan gjennomføre datainnsamling i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi benytter studenter i prosjekter vi gjennomfører	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at 'Annet' tiltak benyttes, vennligst spesifiser nærmere hvilke(t) tiltak dette dreier seg om:							
<input type="text"/>							

**16) Hvilke enheter fungerer som praksisarena for elever, lærlinger og studenter? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Helsestasjon- og skolehelsetjenester
- De kommunale sosialtjenestene (NAV)
- Barneverntjenesten
- Habiliteringstjenesten
- Hjemmetjenesten
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Rehabiliteringstjenesten
- Boliger for utviklingshemmede
- Institusjons-/sykehjemstjenesten
- Rustjenesten
- Øyeblikkelig hjelp-enheten
- Psykisk helsetjeneste
- PPT
- Plan/miljø/teknisk
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

Forrige Neste Lagre svar på denne siden

Del 3: Strategier for kompetanseøkning i kommunen

Tredje bolk dreier seg om hvordan kommunen øker kompetansen hos ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis.

**17) Det er nedfelt i lovverk som regulerer kommunale helse- og omsorgstjenester at kommuner skal legge til rette for forskning. Har din kommune ansatte innen helseområdet med forskningskompetanse (dvs. medarbeidere med doktor- eller mastergrad)?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**18) Samarbeider din kommune med en forskningsinstitusjon om utvikling/innovasjon i helse- og omsorgstjenestene?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Forrige Neste Lagre svar på denne siden

**18.1) Hvem tok initiativ til samarbeid med forskningsinstitusjonen?**

- Kommunen
- Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester
- Universitet/høgskole
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
- Et forskningsinstitutt
- Helseforetaket
- KoRus
- Senter for omsorgsforskning
- Ressurssenter for demens
- Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming (NAKU)
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

**18.1) Har kommunen, etter din oppfatning, kapasitet til å delta i forskning om helse- og omsorgstjenester?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**19) Hva gjør kommunen for å sikre at egen praksis på helse- og omsorgsfeltet er kunnskapsbasert? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Ansetter personell med relevant bachelorutdanning
- Ansetter personell med relevant masterutdanning
- Ansetter personell med relevant doktorgrad
- Ansetter personell som har deltidsstilling ved universitet eller høgskole
- Deltar i læringsnettverk hos KS
- Arrangerer kurs for ansatte i litteratursøk på relevante fagområder
- Kjøper skriftlige prosedyrer fra prosedyrebiblioteket
- Personell med formalkompetanse fungerer som veiledere for dem som ikke har slik kompetanse
- Får opplæring fra helseforetaket
- Knytter arbeidsoppgaver til utdanningsnivå
- Vi benytter helsebiblioteket
- Deltar i læringsnettverk hos Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester
- Sørger for at ansattes kompetanse oppdateres jevnlig
- Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

**20) Arbeider kommunen med innovasjon i helse- og omsorgstjenestene?**

- Ja, vennligst spesifiser hvordan:
- Nei
- Vet ikke

## Del 4: Tjenesteutvikling og innovasjon i kommunen

Fjerde bolk dreier seg om hvordan kommunen arbeider for å legge til rette for tjenesteutvikling og innovasjon.

**21) Har kommunen søkt om midler for å styrke sitt arbeid med tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

[Forrige](#)[Neste](#)[Lagre svar på denne siden](#)



**21.1a) benytter din kommune slike midler til et eller flere av de tiltakene som nevnes i listen nedenfor? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at slike midler ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at de benyttes i svært liten grad og 5 betyr at de benyttes i svært stor grad.**

	0 - midler det søkes om benyttes ikke	1 - midler det søkes om benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - midler det søkes om benyttes i svært stor grad
Heving av kompetansen om rus og psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplæring om brukerstyrt personlig assistanse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak og metoder for forebygging i demensomsorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak og metoder for forebygging knyttet til egenmestring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak og metoder for forebygging knyttet til tidlig innsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21.1b) benytter din kommune slike midler til et eller flere av de tiltakene som nevnes i listen nedenfor? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at slike midler ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at de benyttes i svært liten grad og 5 betyr at de benyttes i svært stor grad.**

	0 - midler det søkes om benyttes ikke	1 - midler det søkes om benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - midler det søkes om benyttes i svært stor grad
Utvikling og gjennomføring av tiltak for tidlig innsats for barn og unge i en utsatt posisjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av tiltak for egenmestring for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utvikling og gjennomføring av aktivitetstiltak for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av kulturopplevelser for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utvikling og gjennomføring av ernærings-tiltak for pasienter og brukere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21.1c) benytter din kommune slike midler til et eller flere av de tiltakene som nevnes i listen nedenfor? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at slike midler ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at de benyttes i svært liten grad og 5 betyr at de benyttes i svært stor grad.**

	0 - midler det søkes om benyttes ikke	1 - midler det søkes om benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - midler det søkes om benyttes i svært stor grad
Kompetanseheving i legemiddel-håndtering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving om rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving i kommunens helse- og omsorgstjenester om samarbeid med pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving i kommunens helse- og omsorgstjenester om samarbeid med frivillige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving i kommunens demensomsorg om samarbeid med frivillige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at midler det søkes om benyttes på 'Annet' område benyttes, vennligst spesifiser nærmere hvilke(t) område(r) dette dreier seg om:

[Forrige](#)
[Neste](#)
[Lagre svar på denne siden](#)

**22) Hvordan arbeider kommunen med tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene? (kryss av for alle aktuelle alternativer)**

- Vi har stillinger som fagledere i alle tjenesteenhetene  
 Vi arbeider med tjenstedesign som metode for å utvikle oss  
 Vi har en egen FoU-avdeling  
 Vi øker grunnbemanningen i alle tjenesteenhetene  
 Vi gir alle ansatte tilbud om veiledning knyttet til arbeidsutførelsen  
 Vi legger til rette for at ledere i helse- og omsorgsenhetene kan ta lederutdanning  
 Vi legger til rette for kompetanseheving for alle ansatte  
 Vi har samlokalisert relevante tjenester innenfor helse og omsorg  
 Vi har rutiner for koordinering mellom tjenesteenheter  
 Vi prøver ut nye turnuser  
 Vi legger til rette for at medarbeidere kan arbeide i tverrfaglig team  
 Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

**23a) Hvilke tiltak er satt i verk for å øke medarbeideres kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at det benyttes i svært liten grad og 5 betyr at det benyttes i svært stor grad.**

	0 - tiltaket benyttes ikke	1 - tiltaket benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - tiltaket benyttes i svært liten grad
Vi deltar i KS' læringsnettverk om rekruttering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi hever kompetansen om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi benytter kurspakke for ufaglærte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har fagdager der relevant personell inviteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi arbeider med spredning av velferdsteknologi i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi lar ansatte gjennomføre kurs i volds- og overgrepshåndtering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har erfaringskonferanser der relevant personell inviteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23b) Hvilke tiltak er satt i verk for å øke medarbeideres kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester? For hvert av tiltakene svar på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at tiltaket ikke benyttes i det hele tatt, 1 betyr at det benyttes i svært liten grad og 5 betyr at det benyttes i svært stor grad.**

	0 - tiltaket benyttes ikke	1 - tiltaket benyttes i svært liten grad	2	3	4	5 - tiltaket benyttes i svært liten grad
Vi hever kompetansen i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi styrker kompetansen om flerfaglig samarbeid i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi utvikler skolehelsetjenesten til å omfatte videregående skoler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har målrettet satsning på ledelse i våre helse- og omsorgstjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har faglunsjer der relevant personell inviteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har gjennomført e-lærings-program i demensomsorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at kommunen benytter 'Annet' tiltak, vennligst spesifiser nærmere hvilke(t) tiltak dette dreier seg om:						
<input type="text"/>						

[Forrige](#)
[Neste](#)
[Lagre svar på denne siden](#)

**24) Hvilke tiltak har kommunen som sikrer at aktuelle tjenesteenheter får kunnskap om brukeres og pårørendes erfaringer? (kryss av for alle aktuell alternativer)**

- Vi har pårørendeutvalg ved aktuelle tjenesteenheter  
 Vi har brukerutvalg ved aktuelle tjenesteenheter  
 Vi benytter talspersonordningen ved aktuelle tjenesteenheter  
 Vi benytter eldrerådet og/eller rådet for funksjonshemmede  
 Vi har permanent brukerutvalg for personer med psykiske lidelser  
 Vi ansetter erfaringskonsulenter  
 Vi gir medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene opplæring i brukermedvirkning  
 Annet, vennligst spesifiser:
- Vet ikke

Forrige

Neste

Lagre svar på denne siden

Del 5: Opplevelse av måloppnåelse

Femte bolk handler om måloppnåelse, og om utviklingsarbeidet kommunene driver knyttet til K2020 bidrar til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning.

**25a) Hvilke målsetninger oppfatter du er viktigst for kommunen i dens arbeid for å utvikle helse- og omsorgstjenestene? Kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at målsetningen ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at den er svært viktig.**

	0 - ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - svært viktig
Redusere turnover blant medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øke kompetansen blant medarbeidere med helse- og sosialfaglig utdanning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øke arbeidsnærvær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skape god praksis i kommunens helse- og omsorgstjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skape faglig utvikling i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redusere antallet deltidsstillinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sikre at helse- og omsorgstjenestene er kunnskapsbasert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**25b) Hvilke målsetninger oppfatter du er viktigst for kommunen i dens arbeid for å utvikle helse- og omsorgstjenestene? Kryss av på en skala fra 0 til 5, der 0 betyr at målsetningen ikke er viktig i det hele tatt og 5 betyr at den er svært viktig.**

	0 - ikke viktig i det hele tatt	1	2	3	4	5 - svært viktig
Øke antallet stillingshjemler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øke kompetansen hos medarbeidere uten formell utdanning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Styrke brukerinvolvering i tjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeide med nyvinninger innen helse- og omsorgstjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppdatere kompetansen til alle medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skape større faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du i spørsmålet ovenfor har svart at 'Annen målsetning' er viktig, vennligst spesifiser nærmere hvilke(n) målsetning(er) dette dreier seg om:

**26) I hvilken grad mener du tiltakene og de økonomiske midlene dere kan søke på innenfor K2020 er relevant for de utfordringene kommunen har i sine helse- og omsorgstjenester?**

- Ikke i det hele tatt  
 I mindre grad  
 I stor grad

**27) Til sist, er vi interessert i om du har andre kommentarer til arbeidet med K2020. Hvis du har kommentarer, er vi taknemlige for å få innspill.**