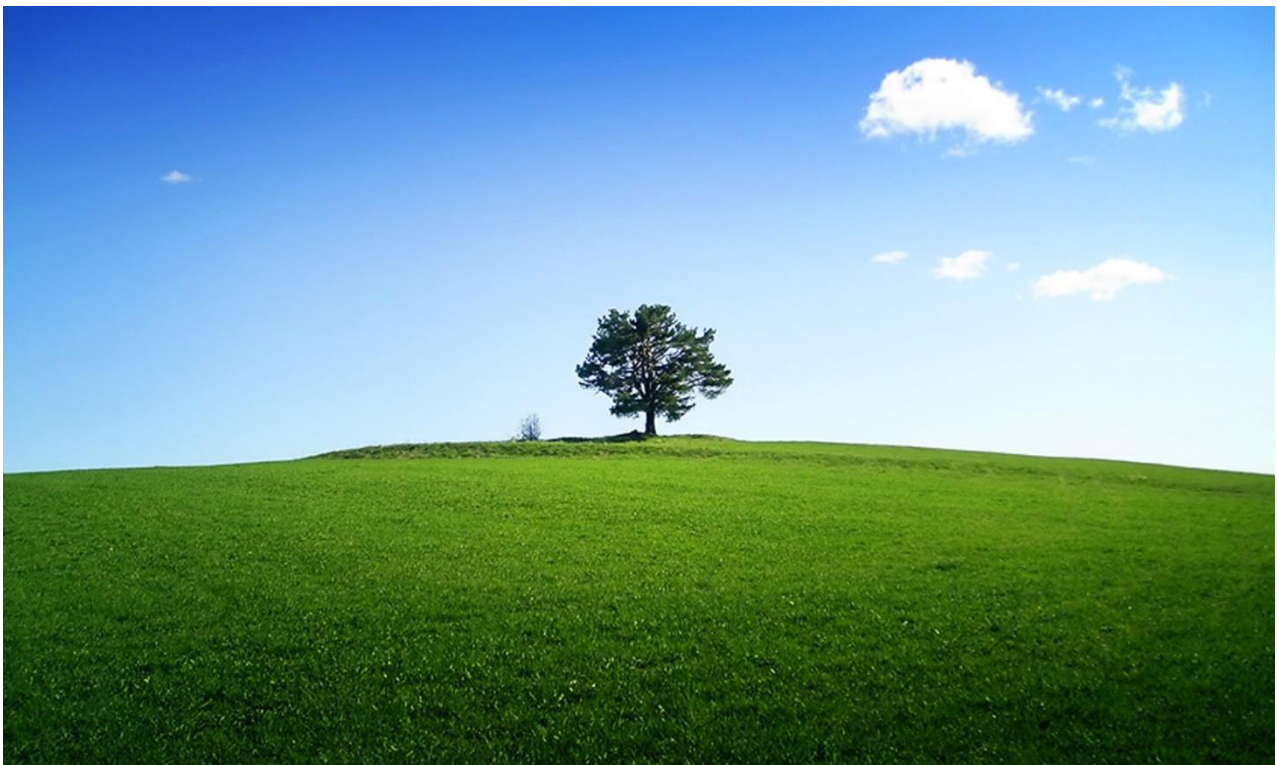


Beregnet til
Helsedirektoratet

Dokument type
Rapport

Dato
Oktober, 2018

STRATEGISK KOMPETANSE- PLANLEGGING I KOMMUNENE



STRATEGISK KOMPETANSEPLANLEGGING I KOMMUNENE

Rambøll
Hoffsveien 4
Postboks 427 Skøyen
0213 Oslo
T +47 2252 5903
www.ramboll.no

INNHOLDSFORTEGNELSE

	FORORD	1
1.	SAMMENDRAG	2
1.1	Kommuner med en bred forståelse av kompetanse og utarbeidede kompetanseplaner	2
1.2	Kompetansebehov	2
1.3	Kompetansemobilisering og -utvikling	3
1.3.1	Mange parallelle spor for å sikre kommunen tilstrekkelig kompetanse	3
1.4	Utfordringer og muligheter	4
1.5	Konklusjon	5
2.	INNLEDNING	6
2.1	Utfordringene i kommunale helse- og omsorgstjenester	6
2.2	Formålet med kartleggingen	6
2.3	Avgrensninger	6
2.4	Metode og datakilder	7
2.4.1	Analyseramme	7
2.4.2	Innledende intervjuer	7
2.4.3	Dokumentgjennomgang	8
2.4.4	Casestudier	8
2.5	Leserveiledning	8
3.	KOMPETANSEBEHOV I PRIMÆRHELSETJENESTEN	10
3.1	Hva er kompetanse?	11
3.2	Hva er kompetansestyring?	12
3.3	Utfordringer og forutsetninger for å lykkes med kompetanseplanlegging	13
4.	KOMPETANSEPLANLEGGING I KOMMUNENE	14
4.1	Kompetanseplaner	14
4.1.1	Forankring av planene i kommunene	14
4.1.2	Betydningen av kompetanseplanene	16
4.1.3	Innholdet i kompetanseplanene	17
4.2	Kompetanse og kompetanseplanlegging	18
4.2.1	Informantene har en bred forståelse av kompetansebegrepet	18
4.2.2	Informantene arbeider kontinuerlig med delelementene i kompetanseplanlegging	19
5.	KARTLEGGING AV KOMPETANSEBEHOV	20
5.1	Kompetansekrav	20
5.2	Kompetansekapital	21
6.	KOMPETANSEMOBILISERING OG -UTVIKLING	23
6.1	Strategiske satsingsområder styrer kompetanseutvikling	23
6.2	Fra profesjonsfokus til oppgavefokus	23
6.3	Konkrete mangler gir kreative løsninger	24
6.4	Reduksjon i bruk av ufaglært arbeidskraft	24
6.5	Stor satsing på å heve grunnkompetansen	25
6.6	Stor satsing på språkkompetanse	25
6.7	Læring på arbeidsplassen	25
6.8	Teamorganisering og kompetanse på tvers	26
6.9	Heltidskultur og økning av stillingsprosenter	26
6.10	Godt mottak av elever, studenter og lærlinger	27

6.11	Samarbeid med UH-sektoren, spesialisthelsetjenesten og NAV	28
7.	UTFORDRINGER OG SUKSESSKRITERIER	29
7.1	Utfordringer	29
7.1.1	Vanskelig å rekruttere sykepleiere og vernepleiere	29
7.1.2	Å bruke den kompetansen man har på en hensiktsmessig måte	29
7.1.3	Bruke nyervervet kompetanse	30
7.1.4	Motivasjon til å ta utdanning	30
7.2	Suksesskriterier	31
7.2.1	Utarbeidelse av kompetanseplaner gir høy bevissthet om kompetanse	31
7.2.2	Ledere som har oversikt, kan lettere drive strategisk kompetanseutvikling	31
7.2.3	Godt og planlagt mottak av elever, studenter og lærlinger	32
7.2.4	Endringsvilje, prøving og feiling	32
7.2.5	Aktive søkere av midler og deltagere i prosjekter	32
8.	OPPSUMMERENDE VURDERINGER OG KONKLUSJON	33
8.1	Gode kommuner har en plan	33
8.2	Koblingen fra tjenestenivå til strategisk nivå er krevende	33
8.3	Kompetansebehov og -styring er høyt på agendaen	34
8.4	Ledere som både stiller krav og gjør tilpasninger	35
8.5	Kommuner som anser elever, studenter og lærlinger som en viktig ressurs	36
8.6	Fra profesjonsfokus til oppgavefokus	36
8.7	Fylkesmannen er viktig for satsingen på kompetanseheving	36
8.8	Konklusjon	37
	REFERANSELISTE	38

FORORD

I denne rapporten presenteres prosjektet «Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene» på oppdrag for Helsedirektoratet. Formålet med rapporten er å beskrive hvordan et utvalg av kommuner jobber for å sikre nok personell med rett kompetanse, nå og i fremtiden.

Kartleggingen har vært gjennomført ved hjelp av kvalitative intervjuer med ledere, tillitsvalgte, rådgivere, HR-ledere og kommunalsjefer, i fem kommuner.

Vi vil takke Sigrun Heskestad i Helsedirektoratet for godt samarbeid, og ikke minst alle informantere som har tatt godt imot oss og stilt velvillig opp i forbindelse med intervjuer.

For lesere som ønsker å lære mer om hvordan de aktuelle casekommunene jobber, ta kontakt med Sigrun Heskestad for informasjon om de aktuelle kommunenes kontaktpersoner.

Rambøll Management Consulting
Oslo, 03.10.2018

1. SAMMENDRAG

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten leverer et bredt sett av tjenester til sine innbyggere. Det er et mål at disse tjenestene skal ha høy kompetanse og stå rustet til å møte nye oppgaver og fremtidige utfordringer. Innføring av Samhandlingsreformen har blant annet medført at kommunen nå får ansvar for pasienter med mye større pleiebehov enn hva de gjorde før. Dette stiller høyere krav til kompetanse. Parallelt med høye krav til kompetanse, strever mange kommuner med rekruttering av helsepersonell, deltidsstillinger og høy andel ufaglærte. Dette gir kommunale helse- og omsorgstjenester ytterligere utfordringer. Strategisk kompetanseplanlegging er fremhevet av både Helsedirektoratet og KS som et viktig virkemiddel for å sikre nødvendig kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten.

Formålet med dette prosjektet har vært å få mer kunnskap om hvordan et utvalg kommuner jobber med kompetanseplanlegging. Prosjektet er gjennomført ved hjelp av kvalitative intervjuer med ledere på ulike nivåer, tillitsvalgte, helse- og kvalitetsrådgivere, samt HR-personell i fem utvalgte kommuner. Kommunene er valgt ut i samråd med blant annet fylkesmennesenes rådgivere for Kompetanseløft 2020 og på bakgrunn av at de jobber godt med dette temaet – for å inspirere andre kommuner og spre gode eksempler. Dette innebærer at de har en kompetanseplan og oppfattes å jobbe systematisk og planmessig med kompetanseplanlegging.

Hovedproblemstillingene for kartleggingen har vært:

- Hvordan jobber kommunene for å styrke helse- og omsorgstjenestene med nok personell og rett kompetanse?
- Hvordan jobber enheter innen kommunal helse- og omsorgstjeneste med kompetanseplanlegging?
- Hvordan kobles kompetanseplanlegging i enhetene til strategisk arbeid på kommunenivå?

1.1 Kommuner med en bred forståelse av kompetanse og utarbeidede kompetanseplaner

Informanter i disse kommunene har anlagt et bredt kompetansebegrep. De er opptatt av alle sider ved dette begrepet: kunnskap, holdninger, evner og ferdigheter. Videre er flere opptatt av hvordan kompetanse i en enhet virker sammen og supplerer hverandre. Begrepet kompetanseplanlegging forstås som å se på egen kompetansebeholdning og se hva man har og hva man trenger fremover, sett opp mot brukernes behov for tjenester.

Alle kommunene i denne undersøkelsen har utarbeidet en strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten. Planene er i varierende grad koblet til øvrig planverk i kommunene. De store kommunene synes å ha denne koblingen i noe større grad enn de mindre. I de mindre kommunene er det i større grad ledere innen helse- og omsorgstjenesten som har tatt initiativ til at man jobber strukturert med kompetanseplanlegging. Fire av fem kommuner har fag- og kvalitetsrådgivere eller tilsvarende personell som har et særlig ansvar for arbeidet med kompetanseplanlegging.

En gjennomgang av kompetanseplanene viser at disse varierer i innhold og detaljeringsgrad, men at de også består av en rekke fellestrekk som man kan anta bør inngå i en slik plan. Alle planene inkluderer en fortolkning av kompetansebegrepet, et utfordringsbilde, samt tydelig prioriterte innsatsområder for kompetansesatsingen. I de fleste planene er det også tydeliggjort hvem som har ansvaret for å følge opp ulike deler av planen eller konkrete tiltak.

1.2 Kompetansebehov

Alle kommunene har kartlagt hvilken kompetanse kommunen/virksomheten har behov for, for å nå sine mål og utføre definerte oppgaver på ønsket måte og nivå. Dette gjøres ved å koble overordnede føringer som framskrivninger og utviklingstrekk i tjenesten med de behovene som opplever i tjenestene på lokalt nivå fra dag til dag.

Kommunene har også kartlagt hvilken kompetanse de allerede besitter. Fire av de fem kommunene har utarbeidet et system for å kartlegge de ansattes kompetanse. På bakgrunn av kommunenes forskjeller, både med hensyn til størrelse og antall ansatte, varierer systemene fra enklere oversikter i Excel til større omfattende digitale plattformer. Uavhengig av form, tyder intervjuene på at registreringen gir kommunen en relativt god oversikt over spesielt formalkompetanse. Samtidig virker prosessene knyttet til slike kartlegginger av kompetansebehovet særlig viktig for å gi de enkelte enhetene i kommunene en god oversikt.

1.3 Kompetansemobilisering og -utvikling

På bakgrunn av det som fremkommer gjennom analyser av kompetansekrav og egen kompetansebeholdning, har samtlige kommuner identifisert egne strategiske satsingsområder for kompetanseutvikling. Disse satsingsområdene varierer mellom kommunene, men konkrete eksempler på dette er hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, demensomsorg og palliativ behandling.

Alle kommuner arbeider planmessig for å øke kompetansen innenfor sine identifiserte strategiske satsingsområder. Dette innebærer at kommunene gjør en aktiv prioritering av og særlig tilrettelegger for kurs og utdanning¹ som treffer kommunens behov. Slik tilrettelegging innebærer svært mye forskjellig, deriblant tilrettelegging av turnus, reduserte stillinger, finansiering av kurs og kursmaterieell, samt fri i forbindelse med eksamen og lesedager.

1.3.1 Mange parallelle spor for å sikre kommunen tilstrekkelig kompetanse

I enkelte tjenester i kommunene er det stor mangel på sykepleiere og/eller vernepleiere. Dette medfører at kommunene tar flere grep for å sikre kvalitet og kompetanse i tjenestene – nå og fremover. I vurderingen av hvilken kompetanse som mangler, tar ledere i disse kommunene et kritisk blikk på egen kompetansebeholdning og gjør en vurdering av hvilken kompetanse de trenger, sett opp mot oppgavene som skal løses og opp mot hvilken annen kompetanse virksomheten allerede har. For å finne løsninger på disse rekrutteringsutfordringene og samtidig sikre kvalitet i tjenestene, har man flere steder fått **økt fokus på oppgaver, mindre på profesjoner. Konkret har man i noen av kommunene** omgjort sykepleiestillinger til stillingshjempler som åpner for grupper med annen høyskoleutdanning.

Store **mangler på enkelte yrkesgrupper har også gjort kommunene mer kreative.** Omgjøring av stillingshjempler har gjort at sykehjem og boligtjenester har ansatt personer med annen høyskoleutdanning enn for eksempel vernepleie og sykepleie. Ved å ansette eksempelvis ergoterapeut, kokk, musikkterapeut, personer med bachelor i psykologi og bachelor i ernæring opplever tjenestene at rekrutteringsutfordringen minskes, samtidig som kvaliteten i tjenesten opprettholdes og også øker, samt at arbeidsmiljøet styrkes.

På samme måte som mange andre kommunale helse- og omsorgstjenester, har også disse kommunene utfordringer knyttet til høy andel ufaglærte og mye bruk av deltidsstillinger, særlig i hjembaserte tjenester, boligtjenester og i sykehjem. Kommunene har tatt aktive grep for å gjøre noe med dette og **samtlig kommuner har sluttet å ansette ufaglærte.** En kommune ansetter fortsatt noen ufaglærte, men da med krav om å ta utdanning etter kort tid. Kommunene har **stor oppmerksomhet på stillingsprosenter** og har som hovedregel at de skal lyse ut fulltidsstillinger – særlig rettet mot personer med høyskoleutdanning. Det jobbes også aktivt for å øke deltidsstillingene slik at disse gradvis blir større stillinger.

Et annet fellestrekk mellom disse kommunene er synet på viktigheten av å ta imot og ivareta elever, studenter og lærlinger i praksis. De fleste kommunene **tar imot et stort antall elever, studenter og lærlinger** og har jobbet aktivt med å sikre et godt og enhetlig mottak av studentene

¹ Både høyskoleutdanning, fagutdanning, etter- og videreutdanning

for å sikre kommunens omdømme og med det fremtidig rekruttering til tjenestene. Studenter anses som en viktig ressurs i tjenestene av flere grunner: fordi de bringer med seg fersk kunnskap, fordi de bidrar til at ansatte i tjenestene ansvarliggjøres og skjerpes, og fordi gruppen er viktig for å fylle ekstravakter, helgevakter og sommervikariater. I tillegg til samarbeid om praksis, har kommunene samlet sett også mye annet samarbeid med både skoler, UH-sektoren, NAV og spesialisthelsetjenesten. Dette er samarbeid om veilederutdanning for praksisveiledere, språkpraksis, felles opplæring i rutiner og prosedyrer, kurs, samt samarbeid om forskningsprosjekter, bachelor- og masteroppgaver. Det er også noen eksempler på delte stillinger mellom kommune og UH-sektor, samt hospitering på sykehus.

1.4 utfordringer og muligheter

Kommunene som inngår i dette prosjektet er valgt ut fordi de fremstår som gode eksempler. Det betyr imidlertid ikke at de ikke har utfordringer. Også i dette utvalget finner man kommuner og enkelttjenester innad i kommuner som har relativt store utfordringer med å rekruttere særlig sykepleiere eller vernepleiere.

Når det gjelder utfordringer knyttet til kompetansearbeidet, viser intervjuene at også disse kommunene har et potensial når det gjelder å utnytte all kompetanse hensiktsmessig, samt å bruke den nye kompetansen ansatte tilegner seg via kurs eller utdanning på en god måte. Å bruke all kompetanse hensiktsmessig handler om flere ting- deriblant å bruke erfarne sykepleiere i det kliniske arbeidet, heller enn på kontor, samt å sørge for en hensiktsmessig oppgaveglidning mellom for eksempel helsefagarbeidere og sykepleiere. En tydeligere oppgavedeling mellom disse gruppene antas å både styrke helsefagarbeiderne, samt frigjøre sykepleiernes tid til sykepleiefaglige oppgaver. Tilstrekkelig bruk av ansattes «nye» kompetanse fordrer at ansatte selv markedsfører sin nye kompetanse, samt at man tør å dele det man har lært.

For å sikre god og tilstrekkelig kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester fremstår det som helt sentralt at man både har en strategisk kompetanseplan, samt høy bevissthet om kompetanse i kommunen. Gjennom analyser av sentrale og lokale behov, samt kommunens egen kompetansebeholdning, har lederne på flere nivåer god oversikt over kommunens og virksomhetenes behov. Dette gjør det lettere å jobbe systematisk og planmessig med å øke kompetansen på sentrale områder og for å dekke behov - nå og fremover.

Undersøkelsen viser samtidig at initiativet til å drive strategisk kompetanseplanlegging kommer fra ulike nivåer i kommunene, noe som preger hvordan kompetanseplanene er forankret. I de mindre kommunene har ledelsen i helse- og omsorgstjenestene selv tatt initiativ til arbeidet, for å danne seg en bedre oversikt over behovet for kompetanse. I større kommuner synes planene å være noe mer koblet til øvrig planverk og som en del av arbeidsgiverpolitikken.

Kommunene satser på fremtidens arbeidskraft og har godt og enhetlig mottak av elever, studenter og lærlinger på tvers av kommunens tjenester. Dette sikrer tjenestene både på kort sikt- ved at de får fylt opp ekstravakter og helgestillinger, samt på lengre sikt- som sommervikariater og etter hvert faste stillinger. Å sørge for et godt omdømme blant studenter fremstår som sentralt for å sikre fremtidig rekruttering.

Avslutningsvis er det viktig å fremheve kommunal kreativitet og endringsvilje. I alle kommunene er det eksempler på virksomheter hvor lederne tenker utenfor de typiske profesjonene, tjenesteveiene og arbeidsformene for å innhente, mobilisere og/eller utvikle kompetanse. Et annet viktig fellestrekk handler om ledere og ansattes vilje til å prøve og feile. Å ha ledere på toppen som arbeider for en læringskultur og aktivt og bredt kommuniserer at det er lov å prøve og å feile, er viktig. Dette gjør ledere og ansatte modigere- det tenkes mer alternativt og det skapes større handlingsrom, hvilket anses som viktig i en sektor der behovene er økende og ressursene til dels knappe.

1.5 Konklusjon

Dette prosjektet har avdekket en rekke fellestrekk som tydeliggjør hvilke grep som kan tas av kommuner som ønsker å bli bedre på å strategisk kompetanseplanlegging.

Kommunene i dette prosjektet satser på kompetanse- de prioriterer det og tilrettelegger for det. De kartlegger kompetansekrav og -behov, og basert på funn identifiseres strategiske satsingsområder for den enkelte kommune. Alle kommunene har utarbeidet en egen kompetanseplan for helse og omsorg. For å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene med nok personell og rett kompetanse, arbeider de med flere parallelle spor. De jobber med å øke grunnkompetanse, satse på videreutdanning, samt tilrettelegge for læring på arbeidsplassen. Videre ser de elever, studenter og lærlinger som viktige bidragsyttere i tjenestene- både som vikarer, for arbeidsmiljøet og ikke minst som en viktig rekrutteringskanal. Enkelte tjenester har fortsatt utfordringer, særlig med å rekruttere sykepleiere og vernepleiere og forventer at utfordringene vil øke fremover. For å imøtekomme blant annet disse utfordringene har flere valgt å fokusere mer på oppgavene som skal løses, mindre på konkrete profesjoner. Dette medfører omgjøring av stillingshjemler og rekruttering av annet høyskoleutdannet personell enn bare sykepleiere. Dette oppleves å både lette rekrutteringsutfordringene og bidra til å styrke kvaliteten i tjenestene.

2. INNLEDNING

2.1 Utfordringene i kommunale helse- og omsorgstjenester

I følge Kompetanseløft 2020, er det et mål at kommunale helse- og omsorgstjenester skal ha høy kompetanse og stå rustet til å møte nye oppgaver og fremtidens utfordringer, både knyttet til demografi, velferd og kompetanse. Innbyggerne i kommunene skal møte en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste som kan ivareta brukerne og deres sammensatte behov.²

Som følge av blant annet Samhandlingsreformen har kommunene fått økt behandlingsansvar. Dette medfører i praksis raskere utskrivning fra sykehusene og at kommunene nå mottar pasienter med vesentlig høyere pleie- og omsorgsbehov enn hva de gjorde før, samt at pasienter følges av mer utstyr og medisinske prosedyrer.

Samtidig som kommunehelsetjenesten mottar pasienter med større pleie- og omsorgsbehov, strever mange med å rekruttere og beholde tilstrekkelig med ansatte som kan ivareta oppgavene. Blant annet viser KS' arbeidsgivermonitor³ store rekrutteringsutfordringer, særlig knyttet til enkeltgrupper som sykepleiere. I tillegg har den kommunale helse- og omsorgssektoren utfordringer knyttet til en høy andel ufaglærte, særlig i enkelte tjenester, mye bruk av deltid, samt høyt sykefravær. Kompetanseutfordringene i tjenestene gir utslag i dårligere tjenestetilbud⁴ og innføring av Samhandlingsreformen, med vekst i kommunale oppgaver, har heller ikke medført vekst i budsjettene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene sammenlignet med øvrig tjenestetilbud.⁵

Alle disse faktorene påvirker behovet for kompetanse- både planlegging og utvikling - nå og fremover. Gode framskrivninger av behovet for personell kan hjelpe kommunene med å planlegge volum og utforming av tjenester. Strategisk kompetanseplanlegging er et sentralt virkemiddel for å lykkes med å styrke helse- og omsorgstjenestene med nok personell og rett kompetanse.

2.2 Formålet med kartleggingen

Formålet med dette oppdraget har vært å få mer kunnskap om i hvilken grad og hvordan kommunene jobber med kompetanseplanlegging, samt hvilke verktøy som benyttes til formålet og hvordan det forankres hos administrativ og politisk ledelse i kommunene.

Prosjektet skal besvare følgende problemstillinger:

- Hvordan jobber kommunene for å styrke helse- og omsorgstjenestene med nok personell og rett kompetanse?
- Hvordan jobber enheter innen kommunal helse- og omsorgstjeneste med kompetanseplanlegging?
- Hvordan kobles kompetanseplanlegging i enhetene til strategisk arbeid på kommunenivå?

2.3 Avgrensninger

Dette prosjektet baserer seg på intervjuer i fem kommuner. Det innebærer at funnene ikke er generaliserbare og at data som fremkommer ikke nødvendigvis er overførbare til andre kommuner. Hensikten med prosjektet er imidlertid å vise hvordan et utvalg ulike kommuner jobber med kompetanseplanlegging, både for å styrke kunnskapen på feltet og for å skape motivasjon og inspirasjon for andre kommuner.

² Helsedirektoratet, 2017. Kompetanseløft 2020 Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017. Rapport IS-2560.

³ KS Arbeidsgivermonitor, 2017.

⁴ Menon Economics, 2018. Bemanning, kompetanse og kvalitet – Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Menon-publikasjon nr. 51/2018.

⁵ Ibid.

Vi har i hovedsak lagt vekt på å beskrive funn som gjelder på tvers av alle eller flertallet av kommunene. Samtidig er kommunene ulike, både i størrelse og utfordringsbilde og ulike tiltak og metoder kan følgelig også fungere som inspirasjon for ulike andre kommuner. Gode eksempler fra enkeltkommuner vil derfor også trekkes frem og beskrives i teksten.

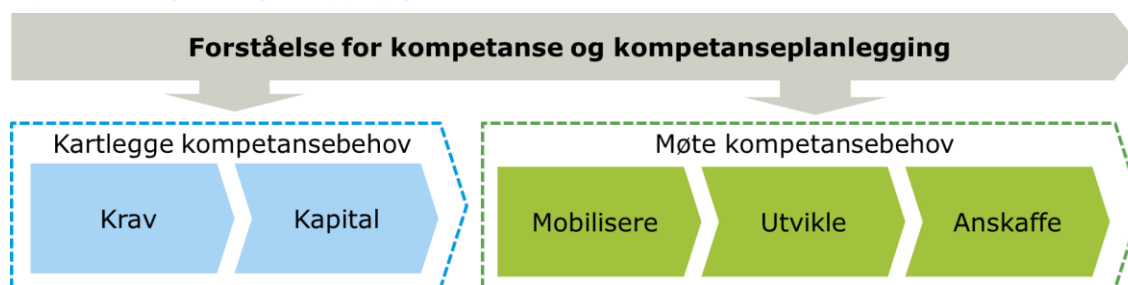
2.4 Metode og datakilder

Prosjektet har ikke hatt som intensjon å gi en representativ fremstilling av hvordan kommunene arbeider med kompetanseplanlegging, men har heller lagt vekt på å innhente kunnskap om arbeidsmetoder i kommuner som arbeider godt med dette. Det er benyttet kvalitative metoder i prosjektet. Metoder og aktiviteter presenteres i avsnittene under.

2.4.1 Analyseramme

Basert på gjennomgang av forskning på området (kapittel 3), har vi strukturert en analyseramme for prosjektet. Denne er fremstilt i figur 2-1 og illustrerer en prosess for kompetanseplanlegging.

Figur 2-1 Kompetanseplanleggingsprosess



Figuren viser hvordan kompetansebehovet kartlegges gjennom å undersøke hvilke *krav* til kompetanse som stilles og hvilken kompetanse*kapital* virksomheten har. Dette kompetansebehovet blir deretter møtt med ulike strategier for å møte kompetansebehovet: gjennom å *mobilisere* - altså bruke den kompetansen en har bedre, *lære* - altså å utvikle ny kompetanse hos eksisterende medarbeidere, eller å *anskaffe* - det vil si å rekruttere nye medarbeidere med kompetanse som dekker behovet. Prosessen vil gjennomgående være preget av kommunens egen forståelse av kompetansebegrepet og kompetanseplanlegging. På bakgrunn av dette presenterer vi først hvordan kommunene forstår kompetanse og hvordan de tenker rundt kompetanseplanlegging (kapittel 4), før vi presenterer kommunenes arbeid med å kartlegge kompetansebehov i kapittel 5. Ulike strategier for å møte kompetansebehovet presenteres i kapittel 6.

Denne analyserammen er benyttet for å strukturere våre analyser og presentasjonen av funn i rapporten. Det er imidlertid viktig å påpeke at kommunenes arbeid med kompetanseplanlegging ikke nødvendigvis følger gangen i en slik prosessfigur. Funnene fra prosjektet tyder heller på at de ulike prosessene illustrert over til dels foregår parallelt og i tett sammenheng i kommunene.

2.4.2 Innledende intervjuer

Innledningsvis i prosjektet ble det gjennomført intervjuer med følgende aktører:

- KS
- Sykepleierforbundet
- Fagforbundet
- Delta Helsefagarbeidere

Formålet med de innledende intervjuene var primært å få oversikt over viktige temaer og problemstillinger på området og som et utgangspunkt for videre arbeid med intervjuguider.

2.4.3 Dokumentgjennomgang

De fem kommunene som har deltatt i undersøkelsen har oversendt de planene de benytter til sitt arbeid med strategisk kompetanseplanlegging. Planene er analysert med tanke på å undersøke hvilke likhetstrekk som finnes mellom disse kommunene og deres arbeid med kompetanseplanene, samt som støtte til analyser av intervjuer. Arbeidet med og bruken av planene er også diskutert i intervjuene. Ikke alle planer hadde vært politisk behandlet på det tidspunktet de ble oversendt. De er derfor ikke beskrevet eller referert i detalj i rapporten.

2.4.4 Casestudier

Hoveddelen av datainnsamlingen baserer seg på kvalitative intervjuer, organisert som kommune-case. Det er gjennomført intervjuer i fire kommuner og 1 bydel i Oslo. For enkelhets skyld vil alle casene omtales som kommuner videre i rapporten.

Casekommunene har ulik størrelse og geografisk plassering. To av kommunene er store kommuner, hvorav én er en bykommune, én kommune er mellomstor og to kommuner er mindre kommuner (under 10 000 innbyggere). Kommunene har ulik avstand til universitet, høyskoler og sykehus. Videre har de ulik befolkningssammensetning, hvilket gir ulike utfordringer for den enkelte kommune. Kommunene ligger i Midt-, Sør- og Øst-Norge.

For å rekruttere kommuner tok vi kontakt med fylkesmennene i et lite utvalg fylker med spørsmål om de hadde kjennskap til kommuner som har jobbet godt med kompetanseplanlegging. Helsedirektoratet har også kommet med innspill til kommuner som jobber godt på dette området. Endelig utvalg av kommuner baserer seg på Helsedirektoratets og fylkesmennenes anbefalinger, samt til en viss grad også til hensynet til spredning, både i geografi og kommunestørrelse.

I de fem kommunene er det gjennomført både individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Vi har henvendt oss til kommunene og presentert prosjektets tema og hovedproblemstillinger. Utvalgte kommuner har deretter selv valgt ut informanter basert på hvem som kan uttale seg best om arbeidet som gjøres i den enkelte kommune. Totalt er det gjennomført 50 intervjuer med følgende informantgrupper: kommunalsjefer, ledere på ulike nivåer, herunder seksjonsledere og avdelingsledere, virksomhetsledere og tjenesteledere. Videre er det gjennomført intervjuer med HR-ledere/rådgivere, helsefaglige rådgivere og kompetanserådgivere, samt et par hovedtillitsvalgte.

En overvekt av intervjuene er på virksomhetsledernivå, i tillegg til at vi har gjennomført intervjuer med ledere og rådgivere på kommunaldirektør- eller rådmannsnivå. Ulik organisering og ulik størrelse på kommuneorganisasjonene vil også påvirke benevnelse av stillinger og antallet ledernivåer i kommunen. Fordelingen av informanter på de ulike kommunene er beskrevet i tabell 2-1 på neste side.

2.5 Leserveiledning

- **Kapittel 3** beskriver kompetansebegrepet og perspektiver på strategisk kompetanseplanlegging fra forskning.
- **Kapittel 4** presenterer casekommunenes forståelse av kompetansebegrepet og kompetanseplanlegging.
- **Kapittel 5** beskriver hvordan casekommunene kartlegger sitt kompetansebehov.
- I **kapittel 6** presenteres sentrale virkemidler kommunene benytter for å mobilisere og utvikle sin kompetanse.
- **Kapittel 7** er en fremstilling av sentrale utfordringer kommunene møter når det gjelder strategisk kompetanseplanlegging og suksesskriterier for å lykkes med arbeidet.
- I **kapittel 8** presenteres oppsummerende vurderinger og konklusjoner fra prosjektet.

Tabell 2-1: Oversikt over informanter

Kommune	Antall intervjuer	Antall informanter	Informantgrupper
1	5	7	Virksomhetsleder helse og omsorg Leder legetjeneste/fysioterapi Leder sykehjem Leder boligjeneste Leder hjemmebaserte tjenester Hovedtillitsvalgte
2	5	9	Seksjonsleder helse Seksjonsleder psykisk helse og rus Tjenesteleder bolig psykisk helse og rus Tjenesteleder sykehjem Tjenesteleder hjemmebaserte tjenester Tjenesteleder boliger for psykisk utviklingshemmede Kompetanserådgivere HR-rådgiver
3	6	11	Seksjonsleder helse Seksjonsleder bo- og dagtilbud Seksjonsledere bolig Seksjonsleder hjemmebaserte tjenester Avdelingsleder helse Avdelingsleder bo- og dagtilbud Avdelingsleder hjemmebaserte tjenester Fag- og kvalitetsrådgiver HR-leder HR-rådgiver
4	5	12	Kommunalsjef helse og omsorg Seksjonsledere bolig Ledere hjemmebaserte tjenester Ledere sykehjem Helsefaglig rådgiver HR-leder
5	5	11	Kommunalsjef helse og omsorg Enhetsleder helse Enhetsleder hjemmetjenesten Enhetsledere boliger Enhetsleder demensavdeling Enhetsleder psykisk helse Enhetsleder somatisk avdeling og nattjeneste Fastlege – sykehjem Fysioterapeut og folkehelsekoordinator Rådgiver – Helse og omsorg
Totalt	26	50	

3. KOMPETANSEBEHOV I PRIMÆRHELSETJENESTEN

I dette kapittelet gir vi en kort beskrivelse av dagens situasjon med tanke på kompetansebehov i primærhelsetjenesten, samt en teoretisk gjennomgang av kompetansebegrepet og kompetanseplanlegging/-styring slik det omtales og forstås i dag.

Det er flere forhold som påvirker kompetansebehovet i primærhelsetjenesten. En sentral faktor er Samhandlingsreformen som ble innført i 2012. Samhandlingsreformen har medført mer desentralisering av oppgaver og at flere pasienter behandles i kommunene. I tillegg er målet at primærhelsetjenesten i større grad skal diagnostisere, behandle og følge opp eldre med en rekke aldersrelaterte diagnoser, samt følge opp pasienter med kroniske lidelser. Det er også et mål at det forebyggende arbeidet skal styrkes og at man hindrer unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten. En økende andel minoritetsspråklige i befolkningen setter også krav til kompetanse, både diagnosespesifikk og med hensyn til oppfølging og veiledning. Dette medfører økt kompetansebehov, både bredde- og spesialisert kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.⁶

En litteraturstudie fra 2015 har sammenlignet myndighetenes krav og forventninger til kompetanse med det forskningen sier om tilgjengelig kompetanse. Studien viser at det er store forskjeller mellom disse to.⁷ Gjennom Stortingsmeldinger og lover og forskrifter for helse- og omsorgstjenester i kommunene, viser myndighetene at de forventer et bredt spekter av kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Dette er oppsummert på følgende måte, se tekstboks 3-1.

Tekstboks 3-1: Forventet kompetanse i helse- og omsorgstjenestene⁸

- **Overordnede prinsipper:** Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, pasientsikkerhet, kvalitetssikring, egenmestring og brukermedvirkning
- **Kjernekompetanse:** Folkehelse, helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon, behandling, omsorg, akutt hjelp og rehabilitering
- **Kompetanse relatert til samarbeid og interaksjon:** Samarbeid, tverrfaglighet, pasientforløp, flerkulturell forståelse
- **Spesifikk kompetanse:** Følge opp legemiddelbehandlingen ved å observere virkninger/manglende effekt/bivirkninger, vurdere og rapportere endringer i pasientens tilstand, legge til rette for forskning, arbeide kunnskapsbasert, håndtere velferdsteknologi, kunnskap om lokale helseutfordringer og epidemiologi

Samme litteraturstudie⁹ påpeker at myndighetenes mål er ambisiøse ettersom de både strekker seg på tvers av fagfelt, samtidig som de går i dybden på enkeltfelt. Det spesifiseres ikke hvilken yrkesgruppe som skal besitte kompetansen. Det er helse- og omsorgspersonell som samlet gruppe som skal inneha denne.

Sammenligning mellom forventet kompetanse og faktisk kompetanse viser at kommunehelsetjenesten besitter mye av kompetansen gjengitt i tekstboks 3-1. Samtidig identifiseres det også et gap mellom forventet og faktisk kompetanse som særlig omhandler følgende¹⁰:

⁶ Helsedirektoratet, 2012. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030. Rapport IS-1966

⁷Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., & Foss, C., 2015. The competence gap in community elderly care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*. doi:10.1177/0107408315601814

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰Ibid.

- Pasientsikkerhet, kvalitetssikring, egenmestring
- Folkehelse, helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon, behandling, akutt hjelp og rehabilitering
- Pasientforløp og flerkulturell forståelse

Videre peker KS` arbeidsgivermonitor fra 2017¹¹ på at en høy andel av norske kommuner oppgir at de har behov for å utvikle følgende kompetanser: IKT-ferdigheter/digital kompetanse, innovasjonskompetanse, evne til læring og omstilling og samhandlings- og relasjonskompetanse.

I tillegg viser tall fra arbeidsgivermonitoren at 49 prosent av kommunene i stor grad har behov for spesifikke fagkompetanser (som for eksempel sykepleierkompetanse), mens 30 prosent av kommunene svarer at de i stor grad har behov for tverrfaglige kompetanser (som for eksempel digital kompetanse eller samhandlingskompetanse). Videre oppgir 65 prosent av kommunene at de har en strategi for å dekke kompetansebehovet og for flertallet av kommunene betyr det å *heve* de ansattes kompetanse.

Når det gjelder helse- og omsorgssektoren, er det flere ting som påvirker behovet for strategisk kompetanseplanlegging og -utvikling. Det ene handler om behovet for å rekruttere fagpersonell. Arbeidsgivermonitoren viser at kommunene opplever det som utfordrende å rekruttere både sykepleiere og leger, henholdsvis 65 og 52 prosent. Mens sykepleier er det enkeltyrket som det er størst mangel på målt i antall personer, er mangelen høy også for vernepleiere (målt som andel av ønsket sysselsetting). Det er også stort behov for helsefagarbeidere og andre helseyrker.¹² Med en økende andel eldre, vil sektoren sannsynligvis ha ytterligere behov for ansatte.

Samtidig viser arbeidsgivermonitoren at deltidsarbeid er særlig utbredt innen helse- og omsorg, hvor hele 2 av 3 ansatte jobber deltid. I følge KS ligger det et stort potensial i å hente ut reservearbeidskapasiteten som denne gruppen representerer og det pekes både på å øke stillingsprosenten hos deltidsansatte, samt at kommunene bør lyse ut stillinger som heltidsstillinger. KS` egne beregninger viser for eksempel at en økning av gjennomsnittlig stillingsstørrelse for sykepleiere fra dagens 80 til 90 prosent, vil bidra til å redusere rekrutteringsbehovet med omtrent 30 prosent.¹³

Ett av hovedmålene i Helsedirektoratets strategi for 2014-2018 er å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse til å opprettholde høy kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg til utfordringene som er nevnt over, har de kommunale helse- og omsorgstjenestene utfordringer med en høy andel ufaglærte i tjenestene. I 2014 var andelen ansatte uten relevant utdanning på 25 prosent¹⁴. Videre viser arbeidsgivermonitoren at turnover innen helse og omsorg er noe høyere enn gjennomsnittet for kommunene som helhet. For 2017 var tallet i sektoren 13,6 prosent. Samlet sett viser dette at det er behov for flere tiltak for å styrke kompetansen i primærhelsetjenesten fremover.

3.1 Hva er kompetanse?

Før vi kan si noe om hva kompetanseplanlegging i kommunene betyr, vil vi kort si noe om hvordan begrepet kompetanse defineres og forklares av ulike aktører og hvordan vi forstår det i denne sammenheng.

Kompetansebegrepet er omfattende og kan defineres på ulike måter. I NOU 2018:2 *Fremtidige kompetansebehov* beskrives blant annet at kompetansen kan være formell, uformell, individuell og

¹¹ Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017, Kommunesektorens organisasjon.

¹² NOU 2018:2 Fremtidige kompetansebehov I <https://www.regjeringen.no/contentassets/e6acac1df4964805a34c767fa9309acd/no/pdfs/nou201820180002000dddpdfs.pdf>.

¹³ Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017, Kommunesektorens organisasjon.

¹⁴ Folkehelseinstituttet, 2016. Effekten av høy andel ufaglærte helsepersonell på kvaliteten og pasientsikkerheten i helse og omsorgstjenestene.

kollektiv. Avhengig av kontekst, vektlegges ulike deler av kompetansebegrepet. I et arbeidsmarkedsperspektiv er det imidlertid vanlig å fremheve at kompetanse kan oppnås gjennom utdanning, opplæring, arbeidserfaring, løpende kompetanseutvikling på arbeidsplassen og ulike former for etter- og videreutdanning.¹⁵ Dette er i tråd med annen forståelse av kilder til kompetanse, som alt fra medfødte egenskaper, utdanning, kurs og tiltak, samt erfaring fra arbeidsliv og andre arenaer.¹⁶

I KS og kommunenes arbeid med kompetanseplanlegging har professor Linda Lai vært sentral. I følge henne er kompetanse det samme som potensial og handler om å ha kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som passer til og gjør en i stand til å møte dagens og morgendagens oppgaver og krav.¹⁷ I denne forståelsen av begrepet er kompetanse altså ingen egenskap, men situasjonsavhengig. Motsatt vil inkompetanse handle om at man har feil, det vil si uegnede, for lave eller for høye kvalifikasjoner. Det er også et viktig poeng at overkvalifikasjon er like negativt som underkvalifikasjon.¹⁸ I forlengelse av dette, er vår forståelse av begrepet gjengitt i tekstboks 3-1.

Tekstboks 3-1 Vår forståelse av kompetansebegrepet

Vi forstår kompetanse som et sammensatt begrep, hvor en helhetlig forståelse av det vil inkludere både formelle og uformelle aspekter, herunder kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger, samt en forståelse av at kompetanse er situasjonsavhengig. Videre er det i en organisatorisk forstand viktig å vurdere kompetanse både på et individuelt nivå og på et større enhetsnivå.

3.2 Hva er kompetansestyring?

En rapport utarbeidet av Asplan Viak AS og Fafo¹⁹ beskriver begrepet kompetansestyring som bestående av hovedelementene planlegging, gjennomføring og evaluering. Kompetansestyring handler altså om å ha en bevissthet rundt kompetanse og kompetanseaktiviteter og ligger til grunn for arbeidet med å utvikle kompetansen. I følge Lai inneholder begrepet strategisk kompetanseanalyse eller -planlegging tre sentrale deler²⁰:

1. Kompetansekrav
2. Kompetansekapital
3. Kompetansebehov

Kompetansekrav handler om å undersøke og analysere hvilken kompetanse som er nødvendig for å nå de målene som er satt, det vil si å stille spørsmålet *hvilken kompetanse trenger vi?* Videre handler **kompetansekapital** om hvilken kompetanse som er tilgjengelig, hvilken kompetanse som blir brukt og hvilken kompetanse som ikke blir brukt på en god måte. Det siste punktet er **kompetansebehov**, som handler om tre ting: 1) Mobiliseringsbehov: Hvilken kompetanse bør brukes/utnyttes bedre? 2) Læringsbehov: Hvilken kompetanse kan og bør utvikles? Og 3) Anskaffelsesbehov: Hvilken kompetanse bør rekrutteres inn?

¹⁵ Hilsen og Tønder 2013 I: NOU 2018:2 Fremtidige kompetansebehov.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Lai, L., 2013. *Strategisk kompetanseledelse*. 3. utgave.

¹⁸ Lai, L., 2012. Strategisk kompetanseplanlegging – hvorfor er det viktig for kommunene?

¹⁹ Asplan Viak og Fafo, 2010. Strategisk kompetanseutvikling i kommunene.

²⁰ Lai, L., 2013. Steg i strategisk kompetanseanalyse.

Lai beskriver tre hovedstrategier for kompetanseutvikling: Tilføring av arbeidskraft, investering og involvering.²¹ Valg av kompetansestrategi angir hvordan og i hvilken grad virksomheten eller relevante enheter skal satse på kompetanse gjennom tiltak for: anskaffelse, utvikling, mobilisering og avvikling. I følge Lai er det ofte for mye fokus på kompetanseutvikling, for lite på mobilisering. Med dette menes at det ofte fylles på med kompetanse uten en plan for hvordan kompetansen skal brukes.

3.3 utfordringer og forutsetninger for å lykkes med kompetanseplanlegging

Asplan Viak AS og Fafos undersøkelse²² viser at det er et uutnyttet potensial for bedre kompetansestyring i kommunene. I følge denne rapporten er det omlag 30 prosent av kommunene (i deres materiale) som driver strategisk kompetansestyring og omlag halvparten som mener de driver strategisk og systematisk kompetanseutvikling. Rapporten viser videre at det er ulikt behov for kompetanseutvikling i ulike sektorer og tjenester i kommunen og i rapporten påpekes det at man for å imøtekomme de ulike behovene bør utarbeide både en overordnet strategisk kompetanseplan, i tillegg til delkompetanseplaner for ulike sektorer eller deltjenester. Videre påpekes behovet for tverrgående kompetansetiltak - særlig i tilfeller der brukere har behov for tjenester på tvers av tjenester eller sektorer. Også slike tverrgående tiltak kan nedfelles i en overordnet strategisk plan som er felles for hele kommunen. Videre understrekes behovet for å forankre planen politisk og rapporten antyder at kompetanse fortsatt betraktes mer som et ansattgode enn som et strategisk virkemiddel for kommunal kvalitetsutvikling.

²¹ Lai, L., 2013. Steg i strategisk kompetanseanalyse.

²² Asplan Viak og Fafos, 2010. Strategisk kompetanseutvikling i kommunene.

4. KOMPETANSEPLANLEGGING I KOMMUNENE

I dette kapittelet presenterer vi hovedfunnene fra undersøkelsen når det gjelder de ulike kommunenes kompetanseplaner og innholdet i disse, samt informantenes forståelse av kompetansebegrepet og kompetanseplanlegging.

Som nevnt i innledningen er denne rapporten strukturert med den hensikt å tydeliggjøre de ulike delene av kompetanseplanleggingsprosessen i kommunene. Samtidig er det et tydelig funn at kommunene selv ikke skiller mellom de ulike delene av kompetanseplanleggingen slik de er illustrert i vår analyseramme (Figur 2-1). Derimot foregår de ulike delene av planleggingen i parallelle prosesser som del av en mer kontinuerlig utviklingsprosess, hvor kommunens administrasjon og ledelse i samarbeid med enhetene, løpende kartlegger og tilpasser seg behovene de møter. Det er også tydelig at kompetanseplanene er levende dokumenter som stadig revideres og oppdateres. De er nyttige som dokumentasjon på prosessene og understøtter disse, men i denne undersøkelsen fremstår prosessene som like viktige som planene.

4.1 Kompetanseplaner

Alle kommunene som inngår i denne undersøkelsen har strategiske kompetanseplaner. Fire av kommunene har spesifikke planer for helse og omsorg, mens den siste foreløpig har en overordnet plan for kompetanseutviklingen.²³ Arbeidet med planene har involvert flere ledernivåer og baserer seg på behovet slik det oppleves ute i tjenestene. Det varierer i hvilken grad kommunene kobler kompetanseplanene til øvrig planverk og andre overordnede strategier og planer, slik som for eksempel arbeidsgiverstrategi.

4.1.1 Forankring av planene i kommunene

Tabell 3-1 på neste side gir en beskrivelse av hvordan casekommunenes kompetanseplaner har tatt form, hvem som har vært initiativtakere til planene, samt hvordan planene er forankret.

De to største casekommunene har i størst grad koblet kompetanseplanen for helse og omsorg med overordnede kompetanseplaner for kommunen. De overordnede kompetanseplanene for kommunene er i disse tilfellene brutt ned på en måte som gir god mening for den enkelte virksomhet samtidig som de ulike planene innad i kommunen følger samme røde tråd. Koblingen til det overordnede nivået virker å ha en sammenheng med at kompetanseplanleggingsprosessen har vært initiert på sentralt nivå (selv om planleggingsarbeidet foregår i de enkelte virksomhetene).

For de mindre kommunene er det i større grad helse- og omsorgssektoren selv som har tatt initiativ til planen/arbeidet med kompetanseplan for helse og omsorg. Det er altså virksomhetsledere og/eller kommunalsjefer som har sett behovet for og tatt initiativet til at en jobber mer systematisk med kompetanseplanlegging og -utvikling. I disse kommunene arbeider seksjon for helse og omsorg godt med strategisk kompetanseplanlegging, men deres arbeid henger i mindre grad sammen med øvrige planer.

Samtidig er det viktig å påpeke at det har vært noe utfordrende å kartlegge hvem som har vært initiativtakerne til kompetanseplanleggingen i de ulike kommunene. Det skyldes at det også er historiske forhold i form av vedtak eller tidligere gjennomførte prosjekter fra tidligere som ofte ligger til grunn for kommunens arbeid med tematikken.

²³ Det arbeides i denne kommunen med å bryte ned den overordnede kompetanseplanen ned i de ulike tjenesteområdene.

Tabell 3-1 Deskriptiv gjennomgang av kompetanseplanene og deres forankring²⁴

Tema Kommune	Overordnet kompetanseplan for kommunen	Egen kompetanseplan for helse og omsorg	Forankring av kompetanseplan	Initiativtakere	Involvering av tillitsvalgte
Kommune 1 (Stor kommune)	Ja	Nei, men utarbeides	Kompetanseplan er forankret på strategisk administrativt nivå. Øvrige strategiske planer (som er forankret politisk) inneholder føringer knyttet til kompetanse.	Sentraladministrasjonen, men det har vært prosjekter/initiativ i tjenestene tidligere.	Involverer tillitsvalgte i prosessene ute i tjenestene.
Kommune 2 (Liten kommune)	Nei	Ja	Kompetanseplanen er bakt inn i virksomhetsplan, som vedtas politisk.	Ledelse for helse- og omsorgstjenestene.	Tillitsvalgte involveres for å gi innspill til innhold fra tjenestene.
Kommune 3 (Stor kommune)	Ja	Ja	Overordnet kompetanseplan er politisk behandlet og kompetanseplan for Helse og omsorg er forankret i tjenesteadministrasjon (kommunalsjef)	Sentralt initiert med HR-avdelingen som viktig pådriver i prosessene.	Involverer tillitsvalgte i planprosessen for forankring.
Kommune 4 (Mellomstor kommune)	Nei	Ja	Politisk utvalg orienteres ved rullering av kompetanseplan, men ellers er det kommunalsjef som holder i prosessen.	Rulleringen av planene har en bottom-up tilnærming hvor avdelingene starter prosessen, samtidig som kommunalsjef og HR følger opp prosessene.	Involverer tillitsvalgte i planprosessen for forankring.
Kommune 5 (Liten kommune)	Ja	Ja (utkast som skal behandles)	Kompetanseplanen føres av administrasjonen, men skal behandles i politisk ledelse.	Eldre politisk vedtak. Kommunen som nå holder i prosessen og politiske utvalg involveres.	HTV sentral i prosessen og kommunen er opptatt av dette som et suksesskriterie.

²⁴ Liten kommune = under 10.000 innbyggere, mellomstor kommune = 10.000-20.000 innbyggere og stor kommune = over 20.000 innbyggere.

Fire av kommunene har egne ansatte som arbeider med kompetanseplanlegging og -utvikling. For disse kommunene har slike ressurser vært viktig for å lykkes med å løfte blikket, prioritere og arbeide med kompetanseplaner på lengre sikt. I tre av kommunene er også HR-avdelingen involvert i arbeidet på mer overordnet nivå og med lederstøtte.

Jevnt over i alle kommunene involveres tillitsvalgte som en del av prosessene. Det varierer riktignok i hvilken grad de involveres lokalt i tjenestene eller sentralt som en del av selve planprosessen. Involvering av tillitsvalgte fremstår imidlertid som viktig både for å få innspill til planen og for å forankre den i tjenestene. Et konkret eksempel på hvorfor tillitsvalgte er viktige i utforming av slike planer er når tjenestene ønsker å gjøre om en stilling etter at en medarbeider har sluttet. Flere av informantene har pekt på at de har ønsket og lykkes med å omgjøre stillingshjemler på grunn av rekrutteringsutfordringer. For å gjennomslag for dette, vurderes det som avgjørende å ha en omforent forståelse med fagforeningene av hvordan en arbeider med kompetanseplanlegging. Involvering av tillitsvalgte bidrar nettopp til slik forståelse. Dette kommer vi tilbake til senere.

Som følge av arbeidet med kompetanseplanleggingen, opplever flere av kommunene vi har besøkt å ha god forståelse for hvordan de kan drive kompetanseutvikling mer helhetlig innad i tjenesteområdene og mer helhetlig for helse og omsorg samlet sett. Samtidig peker flere av informantene på at de har potensiale når det kommer til samarbeid på tvers av sektorer i kommunen. Per nå sees ikke kompetanseplanene i helse og omsorg i sammenheng med kompetanseplanlegging og -utvikling i andre deler av kommunen. Det påpekes at det bør det kanskje i større grad gjøre, ettersom mange brukere har behov for tjenester også på tvers av sektorer.

Selv om kompetanseplanene oppfattes som viktige i oppfølgingen av politiske vedtak og ses i sammenheng med kommuneplaner og øvrige styringsdokumenter, er ikke politisk ledelse nevneverdig involvert i arbeidet med kompetanseplanlegging. Med unntak av en av kommunene i undersøkelsen, har politikerne fortrinnsvis vært orientert om planen eller det har inngått som et overordnet vedtak i ordinær behandling. Den ene kommunen som oppgir å ha tett samarbeid med politikerne, er en liten kommune hvor de tillitsvalgte også har en viktig rolle i dette samarbeidet. Flere av informantene påpeker at det kan være krevende å forklare politikerne hvorfor kompetanse og kompetanseutvikling er viktig å prioritere, men at dette er viktig for å få gjennomslag.

4.1.2 Betydningen av kompetanseplanene

Å ha en kompetanseplan beskrives som viktig av flere grunner: for å kunne måle og evaluere tiltak, samt som motivasjon i perioder der man for eksempel strever med rekruttering. Å gå tilbake til planen og se at man har lykkes på en rekke områder, oppleves som viktig motivasjon. Videre er skriftliggjøring viktig for å sikre at informasjonen er kjent, tilgjengelig og for å sikre kontinuitet i arbeidet uavhengig av enkeltpersoner. Enkelte informanter oppgir at de bruker kompetanseplanene til promotering av kommunen som arbeidsgiver, i forbindelse med rekruttering. Samtidig mener enkelte at det ikke kun handler om å ha en plan, men også om at jevnlig dialog om kompetansebehov er en arbeidsform og at endringene nå skjer så raskt at eventuelle planer må være dynamiske.

Kommunene fremhever at planarbeidet øker bevisstheten om kompetansebegrepet i tjenestene og oppmerksomheten knyttet til kompetanseutvikling og behovet for dette. Dette er fremhevet av flere som sentralt for å lykkes i arbeidet med strategisk kompetanseutvikling²⁵.

Flere av kommunene trekker også frem at systematiseringen av behovet for kompetanseutvikling gjennom strategiske kompetanseplaner står sentralt ved søknader om kompetansemidler hos

²⁵ Blant andre Lai, L., 2013. Strategisk kompetanseledelse. 3. utgave. og Asplan Viak og Fafo, 2010. Strategisk kompetanseutvikling i kommunene.

Fylkesmannen. Disse tilskuddene bidrar til at kommunen og deres helse- og omsorgstjenester får drevet mer kompetanseutvikling. På denne måten står kommunene bedre rustet til å møte fremtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenestene.

4.1.3 Innholdet i kompetanseplanene

De fem kompetanseplanene vi har sett på varierer i omfang og detaljeringsnivå, men det er også noen tydelige fellestrekk. Alle har en **fortolkning av kompetansebegrepet**, et **utfordringsbilde** - som også inkluderer et tydelig rasjonale bak planen - og tydelig **prioriterte innsatsområder** for kompetansesatsingen. I de fleste planene er det også tydeliggjort hvem som har ansvaret for å følge opp ulike deler av planene eller konkrete tiltak.

Alle kommunene har beskrevet et bredt kompetansebegrep som omfatter både kunnskap og formell kompetanse, ferdigheter, evner og holdninger. Videre presiseres det hvordan kompetansen er knyttet til kommunens oppgaver og funksjoner, heller enn som et frittstående begrep. Lais²⁶ definisjon av kompetanse synes å ha hatt tydelig innvirkning på kommunenes forståelse av begrepet. To av kommunene har ikke inkludert en avgrenset definisjon av kompetanse eller kompetanseplanlegging i sin plan, men omtaler ulike strategier for å både mobilisere og utvikle kompetanse gjennom andre arenaer enn formell opplæring.

Alle kommunene beskriver et utfordringsbilde for de kommunale tjenestene, enten generelt for kommunen eller særskilt for helse- og omsorgssektoren. Dette benyttes i neste omgang til å argumentere for hvorfor det er viktig at kommunen har en strategisk kompetanseplan. I begrunnelsene for en strategisk kompetanseplan, peker de fleste kommunene på demografiske utviklingstrekk og økte krav som følge av Samhandlingsreformen, i tillegg til særskilte, lokale utfordringer som den enkelte kommune har i tjenestene sine. Disse særskilte utfordringene spenner fra rekrutteringsutfordringer og digitaliserings-/innovasjonsbehov til økt mangfold og levekårsutfordringer. Våre intervjuer viser at kommunenes utfordringer baserer seg på en analyse av kompetansebehovet i tjenestene, også der dette ikke er eksplisitt nevnt i planen.

Gjennomgangen av kompetanseplanene viser også at casekommunene har benyttet prosessen til å prioritere innsatsen sin innenfor kompetanseutvikling. Dette er tett koblet til utfordringsbildene som er skissert over. Alle de fem kommunene har skissert hvilke fagområder eller kompetansetyper som er særlig relevante for kompetanseutvikling i deres kommune. Noen av kommunene har definert generelle kompetanseområder som kommunen ønsker å utvikle seg innenfor, slik som samarbeid eller innovasjon, med tilhørende tiltak for hvordan de skal utvikle seg innen dette. De andre kommunene (fortrinnsvis de mindre kommunene) prioriterer med tanke på konkrete fagområder for helsepersonell. Det siste kan for eksempel være en vektlegging av fordypning innen blant annet psykisk helse og rus og/eller demensomsorg.

I alle planene beskrives tydelige strategier for å drive formell kompetanseutvikling, og de mindre kommunene har detaljerte beskrivelser av rammevilkårene for videreutdanning, det vil si tilrettelegging og kompensasjon fra kommunen. Flere av kommunene har i tillegg definert viktige alternative arenaer for kompetanseutvikling i kommunen, herunder nettverksmøter i og mellom kommunene, interne evalueringer og samarbeid med spesialisthelsetjeneste, utdanningsmiljøer og andre fagmiljøer.

I flere av kompetanseplanene fremheves også andre strategier for å møte kompetansebehovene, herunder mobilisering og anskaffelse av kompetanse. Når det gjelder mobilisering, er det flere av kommunene som har inkludert strategier for å benytte den kompetansen de besitter på bedre måter. Dette omfatter blant annet strukturer for samhandling og beslutningstaking, hvor det er målsettinger om å utnytte bruken av spesialkompetanse bedre og øke bruken av relevant hosi-tering, både internt i kommunen, samt eksternt.

²⁶ Lai, L., 2013. Strategisk kompetanseledelse. 3. utgave. Fagbokforlaget: Oslo

4.2 Kompetanse og kompetanseplanlegging

Som beskrevet i kapittel 3, er kompetansebegrepet omfattende og består av en rekke komponenter, herunder kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Videre beskrives den som formell, uformell, individuell og kollektiv. Det er mange ulike fortolkninger og inndelinger av kompetansebegrepet i faglitteraturen, hvorav noe er presentert i forrige kapittel. For å forstå hvordan kommunene arbeider med kompetanseplanlegging, har vi også bedt informantene forklare hva de selv legger i selve kompetansebegrepet ettersom det vil kunne påvirke hvordan de arbeider med temaet ute i virksomhetene.

4.2.1 Informantene har en bred forståelse av kompetansebegrepet

Funn fra caseintervjuene tyder på at informantene har et bevisst forhold til kompetansebegrepet. De bruker et bredt kompetansebegrep og er opptatt av både den formelle og den uformelle kompetansen hos de ansatte, etikk og ansattes holdninger og ferdigheter. Informantene omtaler også kompetanse både som noe den enkelte har og som noe virksomheten som helhet har. Dermed er flere av informantene opptatt av å benytte den enkeltes kompetanse mest mulig hensiktsmessig, slik at virksomheten kan dekke inn kompetansebehovet på best mulig måte. Dette tyder på at kommunene har kommet lenger enn å bruke et smalere kompetansebegrep, som typisk kun ville fokusert på antallet ansatte og hvilke yrkesgrupper de tilhører.²⁷

Gjennom intervjuene ser vi at ledere på flere nivåer tar innover seg og bruker de tre trinnene som Lai²⁸ nevner, at kompetanseplanlegging handler om å se på og sammenholde kravene kommunen har og vil ha til kompetanse og den kompetansen som allerede finnes i organisasjonen. De har videre et bevisst forhold til at kompetanse må utnyttes på best mulig måte.

Avhengig av hvilken tjeneste det er snakk om, vil ulike typer formell kompetanse vektlegges (i større og mindre grad). I hjemmebaserte tjenester og sykehjem vektlegges den sykepleiefaglige kompetansen sterkt, samtidig som det understrekes at dyktige helsefagarbeidere også er viktige. I boligjenester er det tilsvarende behov for den formaliserte vernepleierkompetansen. Når det snakkes om behovet for formell kompetanse, understreker informantene også behovet for sykepleiere med spesialutdanning innen demens, smerteproblematikk eller sårbehandling for å nevne noe. Et par informanter påpeker også at renhold på sykehjem er et eget fag som også har blitt mer og mer viktig, på grunn av smittefare.

Videre beskriver informantene betydningen av at kompetansen er *«bred og høy nok og riktig sammensatt»*. Som eksempel beskrives en velfungerende korttidsavdeling som fungerer bra fordi man har rett kompetanse i form av ulike høyskoleutdannede grupper som kan ivareta ulike brukergruppers behov og der sammensetningen av kompetanse blant annet bidrar til at man kan holde sykehusinnleggelse nede. I forlengelse av dette, kan det også nevnes at kompetanse beskrives i relasjon til øvrige ansatte, slik følgende sitat illustrerer:

«Kompetanse er å se hva jeg som ansatt kan bidra med i sammenheng med de andre- [man] er ingen solospiller, men [det er et] samspill»

Utover den faglige, formelle kompetansen, påpeker informantene at kompetanse også handler om ansattes evner til å tilpasse seg brukernes behov. Dette relaterer seg både til Samhandlingsreformen og det faktum at pasientene nå er vesentlig sykere ved utskrivelse enn før, skrives raskere ut fra sykehus og i mange tilfeller følges av en rekke medisinske prosedyrer og ulike former for utstyr. Det andre handler om kompetanse innen kommunikasjon, relasjonelle og sosiale forhold. Det siste gjelder kanskje spesielt for ansatte som jobber i hjemmebaserte tjenester og som jobber i brukernes hjem.

²⁷ Bing-Jonsson, P., 2016. Hvordan jobbe systematisk med kompetanseheving? Presentasjon for KS.

²⁸ Lai, L., 2013. Strategisk kompetanseledelse. 3. utgave. Fagbokforlaget: Oslo.

Enkelte steder trekker informantene også frem begrepet mangfoldskompetanse, som handler om å arbeide i og forstå en kommune som er sammensatt med tanke på kultur, religion og etnisitet. Spesielt to av kommunene har en høy andel ansatte med minoritetsspråklig bakgrunn. Språk-kompetanse trekkes derfor frem som et eget og svært sentralt punkt.

Aller sist er det viktig å nevne at også realkompetanse anses som viktig. Flere steder har man dyktige assistenter som har jobbet lenge i tjenestene og som har med seg verdifull kompetanse som følge av denne erfaringen.

4.2.2 Informantene arbeider kontinuerlig med delementene i kompetanseplanlegging

Kompetanseplanlegging forstås av informantene som å se på egen kompetansebeholdning og se hva man har og hva man trenger, sett opp mot brukernes behov for tjenester. Det handler om å løfte blikket, tenke og se fremover. Kompetanseplanleggingen gjøres gjennom dialog, ved å sammenligne kompetanseplaner med brukerundersøkelser og ved å lese Stortingsmeldinger og veiledere, holde seg oppdatert på lover og forskrifter, samt følge med på trender og signaler. Videre fremheves det som viktig å danne seg god oversikt over både den formelle og uformelle kompetansen i organisasjonen, samt å se kompetansen i et helhetlig perspektiv – innad i den enkelte virksomhet og i kommunen som helhet.

Å drive kompetanseplanlegging etter Samhandlingsreformen beskrives som å være i kontinuerlig endring og systematisk kompetanseplanlegging beskrives som krevende, spesielt på enkelte områder. Som eksempel nevnes hjemmebaserte tjenester som tar imot et stort antall pasienter raskt og med svært ulike behov. Dette gir stor uforutsigbarhet for tjenesten og kan påvirke kompetansebehovet og -planleggingen relativt raskt og i stort omfang. Som et konkret eksempel har en av de mindre casekommunene opplevd at de måtte drive omfattende kompetanseheving av 70 ansatte i forbindelse med avansert hjemmebehandling av en pasient.

I enkelte institusjonsbaserte tjenester fremstår kompetanseplanlegging mer forutsigbart. Eksempelvis har en av de store kommunene laget en egen delstrategi som sier noe om hvor mange prosenter av ulike fagprofiler som bør være på et sykehjem.

Det påpekes også at det for enkelte lovpålagte tjenester er enklere å planlegge fordi tjenestene har flere føringer og krav enn hva som gjelder for tjenester som enten er nyere, eller mer diffuse i innhold og krav. Som konkret eksempel nevnes botilbud for enslige mindreårige asylsøkere, der det er noe mer uklart hvilke faggrupper som bør inngå, sammenlignet med for eksempel på et sykehjem.

Ettersom kompetansebegrepet inneholder så mange ulike elementer, påpekes det også at man kan planlegge for en del av disse elementene, men ikke alt. Mens det er forholdsvis enkelt å legge planer for et gitt antall sykepleiere i en tjeneste, er det vanskeligere å planlegge for høy grad av etikk og gode holdninger.

5. KARTLEGGING AV KOMPETANSEBEHOV

I dette kapittelet presenterer vi funnene som omhandler kartlegging av kompetansekrav og kompetansekapital. Mens kartlegging av kompetansekrav handler om å kartlegge hvilken kompetanse kommunen/virksomheten trenger for å nå sine mål og utføre definerte oppgaver på ønsket måte og nivå, handler kartlegging av kompetansekapital om å kartlegge hvilken kompetanse kommunen/virksomheten besitter. For å forstå hvilket kompetansebehov den enkelte kommune har, må kompetansekrav og -kapital ses i sammenheng. I praksis foregår altså dette i separate og parallelle prosesser.

Overordnet kan kommunenes arbeid med kartlegging av kompetansebehov fremstå som noe usystematisk. Det er lite helhetlige analyser av kompetansekravene basert på tydelig definerte datakilder, og det varierer mellom kommunene hvilke datakilder som vektlegges. Selv om kommunene registrerer de ansattes kompetanse, kan dokumentasjon av kompetansekapitalen og systemene for denne registreringen/dokumentasjon fremstå noe enkelt og fragmentert (med unntak av for en av kommunene).

Samtidig ser vi at alle kommunene ser til føringer fra sentrale myndigheter og befolkningsframskrivinger fra SSB når de skal kartlegge kompetansebehovet, og at dette sys sammen med interne tjenestenære undersøkelser, som brukerundersøkelser, samt innspill fra de som arbeider i tjenestene. Dette tyder på at kommunene arbeider analytisk og strukturert i den forstand at de gjennomfører prosesser som bidrar til større bevissthet om temaet, selv om de ikke nødvendigvis følger en gitt prosess som lar seg beskrive steg-for-steg.

5.1 Kompetansekrav

Funn fra intervjuene tyder på at kommunene har god oversikt over egen befolkning og befolkningens behov for tjenester. Oversikter baserer seg på egne brukerundersøkelser og analyser (fra blant annet bedrekommune.no), dialog mellom tjenester og i ett tilfelle med tildelingskontor. Videre baserer det seg på mer generell statistikk (slik som befolkningsframskrivinger) og rapportering på helsetilstanden i befolkningen for øvrig, samt dialog med brukerorganisasjonene.

For å danne seg en oversikt over kompetansekravene kommunene vil måtte forholde seg til fremover, er demografiske utviklingstrekk i egen befolkning en sentral pekepinn, eksempelvis kunnskap om en økende andel eldre. For mange av kommunene er slike framskrivinger med på å understreke at de vil bli nødt til å løse tjenestene annerledes fremover enn de gjør i dag – og at det vil være behov for styrket og endret kompetanse i tjenestene fremover.

Lederne som er intervjuet trekker også frem at tilbakemeldinger fra medarbeidere som yter tjenester til brukere er avgjørende for å danne oversikt over kravene kommunene møter fremover. Gode samhandlingsrutiner bidrar til å se hvordan brukernes behov endres og hvordan dette vil påvirke tjenestenes kompetansekrav fremover. I en av kommunene har de ikke et eget tildelingskontor, men har delegert tildelingsmyndighet til hjemmetjenesten. Dette forutsetter svært tett samarbeid og dialog mellom hjemmetjeneste og institusjoner. Denne tette dialogen medfører at institusjonene er godt forberedt på fremtidige behov i tjenestene og krav til kompetanse som følge av dette. Kommunen fremhever måten de er organisert på som en viktig del av hvordan de skaffer seg oversikt over de kravene som vil bli stilt til omsorgstjenestene fremover.

I fire av fem av kommunene er det egne ansatte som har et særskilt ansvar for og arbeider med fag- og kvalitetsutvikling innen helse og omsorg. Disse har, naturlig nok, en viktig rolle i alle deler av den strategiske kompetanseplanleggingen innenfor helse- og omsorgstjenestene, og har blant annet et overordnet ansvar for å vurdere kompetansekravene i kommunens tjenester. Dette gjøres blant annet gjennom å sammenstille føringer fra kommunalt og statlig hold (herunder framskrivinger av befolkning og kompetansebehov) med revisjoner, brukerundersøkelser og

tilbakemeldinger fra tjenestene selv. På denne måten sikres et mer helhetlig blikk på kompetansekravene kommunen stilles overfor.

Det er ikke nødvendigvis slik at egne personer ansatt i stillinger som arbeider med dette er nødvendig for å sikre et helhetlig planleggings- og utviklingsarbeid, men mange av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er preget av høy grad av driftsorientering og det kan derfor være utfordrende å «heve blikket» og sikre helhetlig og systematisk overblikk på dette arbeidet. Å ha egne ansatte med dette ansvaret er en måte å løse en slik utfordring på, og ser også ut til å bidra til å sikre en hensiktsmessig kobling mellom tjenestenes lokale behov og overordnede føringer.

5.2 Kompetansekapital

Det varierer i hvilken grad kommunen har en nedtegnet oversikt over kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, men informantene selv gir uttrykk for at de har relativt god oversikt over enhetens eller tjenestens kompetansekapital eller -beholdning.

Fire av fem casekommuner har utarbeidet et system for å kartlegge de ansattes kompetanse. Systemene varierer mellom kommunene, både i omfang og form. Mens enkelte av de små kommunene har enklere oversikter i Excel, har en av de større kommunene et omfattende, digitalt HR-verktøy der den enkelte ansattes kompetanse er beskrevet i detalj. Uavhengig av form, ser det ut til at systemene gir relativt god oversikt over kommunens totale kompetansebeholdning, samt kompetansen i den enkelte avdeling eller tjeneste og ut fra kommunens behov. Sammenholdt med kommunens kompetansekrav, danner denne kartleggingen utgangspunktet for identifiserte mangler og behov, nå og fremover. Dette beskrives i kompetanseplanen med tilhørende strategiske satsingsområder.

Det er også eksempler på at man har igangsatt et større kartleggingsarbeid i et HR-verktøy, for så å gi opp fordi det har blitt for omfattende og krevende å holde oppdatert. I følge informantene handler det både om at det blir for krevende for lederne å legge all informasjon om de ansatte inn i systemet, at det er krevende å følge opp og vedlikeholde informasjonen, samt at alle funksjonaliteter i datasystemet ikke lå inne på det tidspunktet systemet ble prøvd ut. I en av kommunene fungerer det nå slik at alle nyansatte som søker stillinger via webcruiter, automatisk legges inn i kompetansekartleggingen. Samtidig gir dette kun delvis oversikt, ettersom det kun er nyan-satte som ligger inne.

Grad av detaljnivå for hva slags kompetanse som kartlegges og hvor omfattende dette arbeidet er, synes også å være tilpasset den enkelte kommunes behov og kapasitet til slikt arbeid. Fordi de er små, opplever ledere at mindre kommuner har større mulighet til å ha oversikt over kompetansen uten at det gjøres en detaljert, skriftlig kartlegging. Større kommuner på sin side må ha mer strukturerte prosesser for å lykkes med en slik kartlegging og sikre at det får nytteverdi, ettersom det omfatter så mange medarbeidere. Samtidig er det informanter i en av de store kommunene som også påpeker at man vet en god del om kompetansen i tjenestene, uten at dette registreres i et system. Uavhengig av hvordan dette gjøres, er det tydelig at det er viktig å sørge for at kartleggingen blir gjennomført på et hensiktsmessig detaljeringsnivå, samt sikre kapasitet til å gjennomføre og følge opp dette arbeidet, jf. sitatet under:

Vi har ikke hatt individuell kompetansekartlegging. Det er en kjempejobb og hvis man ikke har en god struktur for å registrere og motta dette, så har vi bare et nåtidsbilde og ingen plan.

I tillegg til plan- og kartleggingsarbeid, beskriver informantene at de har løpende dialog om kompetansekrav og kompetansebeholdning internt i kommunen, både innad i enhetene og på tvers av tjenester innad i helse og omsorg. Ansatte og ledere diskuterer brukernes behov (til dels i sammenheng med brukerundersøkelser) og ser behovene i sammenheng med den kompetansen enhetene eller kommunen innehar. Spesielt i mindre kommuner gir informantene uttrykk for at

de er usikre på hvor godt dokumentert kartleggingen av kompetansen er. Samtidig oppgir ledere i de minste kommunene at de opplever å ha god oversikt over egen kompetansebeholdning og tjenestenes fremtidige behov, selv om dette ikke er kartlagt eller analysert i egne datasystemer. De beskriver blant annet at de opplever å ha rimelig god oversikt over demografien, inn- og utskrivning fra sykehus og reinnleggelser, behovet for hjemmesykepleie mv. Samtidig opplever noen at kartleggingen er på et mellomnivå, der man i fremtiden også må gjøre en større kartlegging som i større grad sier noe om fremtidsbehovet.

Gjennomgangen av datamaterialet viser tydelig at kommunene forholder seg bevisst til skillet mellom formell og uformell kompetanse. En systematisk og helhetlig kartlegging av formalkompetanse er nyttig for å skape oversikt, men krever en del ressurser og kapasitet. Denne undersøkelsen viser at det er den største kommunen som har gjennomført dette kartleggingsarbeidet mest detaljert. De minste kommunene på sin side, opplever at det er nyttig å kartlegge kompetansen blant de ansatte, men opplever samtidig at det er vel så viktig med en tett og god dialog og jevnlig samarbeid for å danne seg en god oversikt over alle sider ved kompetansebegrepet, slik som evner og holdninger.

Som tidligere nevnt, har den største kommunen i denne undersøkelsen registrert alle ansatte og deres formalkompetanse i et eget digitalt verktøy. En av de mindre kommunene har på sin side en egen ansatt som har lagt alle ansatte og deres kompetanse inn i en Excel-fil. Informantene i denne kommunen opplever at dette gir god oversikt over kompetansebeholdningen i kommunen - hvilken kompetanse man har mye av og hvor det er hull. På bakgrunn av behovene som fremkommer, gjøres prioritering av utdanningsløp. I denne kommunen gjøres slike prioriteringer av helse- og omsorgssjef, helsefaglig rådgiver og HR-rådgiver i samråd.

6. KOMPETANSEMOBILISERING OG -UTVIKLING

I forrige kapittel beskrev vi hvordan kommunene danner seg oversikt over sitt kompetansebehov. I dette kapitlet presenteres funn knyttet til hvordan de sikrer kompetansen de trenger – gjennom kompetansemobilisering og -utvikling. Mens mobilisering i utgangspunktet handler om mer hensiktsmessig bruk av den kompetansen man har, handler kompetanseutvikling om å løfte kompetansen.

6.1 Strategiske satsingsområder styrer kompetanseutvikling

Basert på parallelle analyser av behov i tjenestene og kompetanse blant ansatte, har samtlige kommuner identifisert egne strategiske satsingsområder for kompetanseutviklingen. Konkrete eksempler på slike satsingsområder avhenger av hva som fremkommer i den enkelte kommune, men er eksempelvis satsing på kompetanse innen områder som demens, palliativ behandling, kreftomsorg, velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering.

Videre jobber samtlige kommuner planmessig med å utvikle spisskompetanse innenfor de identifiserte satsingsområdene. Dette innebærer at søknader om etter- og videreutdanning eller kurs innenfor de nevnte satsingsområdene prioriteres og satses på. Dersom medarbeidere søker på etter- og videreutdanninger innenfor kommunens satsingsområder, tilrettelegger kommunene for gjennomføring av slik utdanning, blant annet med kompetansestipend, fri med lønn for lesedager og eksamen, tilrettelegging av turnus og reduserte stillinger mm. Flere steder oppgir lederne at de gjør nærmest «hva som helst» for å tilrettelegge for at ansatte skal kunne gjennomføre relevant videreutdanning ved siden av jobb. På den annen side oppgir lederne at det er mindre grad av tilrettelegging dersom ansatte ønsker å ta videreutdanning kun ut fra egen interesse og innenfor områder der kommunen ikke har et identifisert behov. Prosessen beskrives blant annet slik:

«I kompetanseplanen er det satt retning for utvikling av kompetanse. I vurdering av videreutdanninger ser man til krav, behov og planen. Mens kompetanseutvikling var mer tilfeldig og styrt av individets behov før, er det nå mer planlagt og ut fra kommunens behov for kompetanse.»

For kommunene som helhet er det altså gjort tydelige prioriteringer. Vi ser også at ulike tjenester prioriterer ulikt når det kommer til kompetanseplanlegging, med utgangspunkt i de behovene de har. Flere informanter har for eksempel hatt stor stabilitet i arbeidsstokken i sin virksomhet og har dermed ikke hatt like stort behov for å rekruttere ny kompetanse eller endre stillingsinnhold. De har derfor heller prioritert hvordan de kan heve kompetansen hos de ansatte de har og redusere andelen ufaglærte.

6.2 Fra profesjonsfokus til oppgavefokus

I vurderingen av hvilken kompetanse som mangler, ser ledere i den enkelte enhet/avdeling i kommunene på behovet for konkrete profesjoner for å imøtekomme spesifikke krav. Dette er særlig knyttet til sykepleiere og vernepleiere. Samtidig gjøres det også en vurdering av enhetens samlede kompetansebeholdning og hvordan sammensetningen av kompetanse fungerer sett opp mot overordnede mål og brukernes behov. En leder sier følgende:

«Jeg er opptatt av at vi skal få et spekter av kompetanse i stedet for at det kun skal jobbe sykepleiere her. For det er oppgaver som skal løses og hvordan løser vi dem best?»

Fremfor at man utelukkende forsøker å rekruttere personer med samme formalkompetanse som den som tidligere besatte stillingen, gjør flere kommuner nå en grundig stillingsanalyse når en stilling blir ledig. Leder og tillitsvalgte ser på hvilke oppgaver som tilfaller stillingen og hvordan stillingen henger sammen med øvrig kompetanse i enheten. Dette skaper større muligheter for å tenke alternativt om kompetanse og ansette andre grupper enn det man tradisjonelt har gjort. Dette kommer vi nærmere inn på i avsnittet under.

6.3 Konkrete mangler gir kreative løsninger

Kommunene som er intervjuet i dette prosjektet er plukket ut fordi de fremstår som gode og systematiske i sitt arbeid med kompetanseplanlegging. De kan følgelig tenkes å ha noe mindre utfordringer enn kommuner som jobber mindre systematisk eller har en lavere bevissthet om behovet for kompetansestyring. Samtidig har enkelte kommuner i vårt materiale og enkelte tjenester innad i kommunene vesentlig større utfordringer med å rekruttere fagkompetanse enn andre vi har snakket med. Våre data viser at spesielt enkelte hjemmebaserte tjenester og sykehjem har store utfordringer med å få tak i nok sykepleiere. Enkelte steder har de tilsvarende utfordringer med å rekruttere vernepleiere. For å løse disse utfordringene, har man flere steder omgjort stillingshemler og ansatt andre høyskoleutdannede enn sykepleiere og vernepleiere.²⁹ En av lederne som strever med å rekruttere vernepleiere, reflekterer over fremtidig rekruttering på denne måten:

«Jeg prøver å finne ut hvordan tverrfaglighet kan bidra inn i bolig. Har en sosiolog nå, prøver med en barnevernspedagog, førskolelærer og sykepleier.»

Andre eksempler på alternative anskaffelser av kompetanse er ansettelse av ergoterapeut på sykehjem for å satse mer på å løfte beboernes funksjon, samt ansettelse av kokk for en økt satsing på mat og ernæring og med det sikre beboernes ernæringsstatus. Andre steder har man ansatt musikkterapeut. I boliger for psykisk utviklingshemmede er det eksempler på ansettelser av en rekke andre fagpersoner med annen type bakgrunn enn sykepleie og vernepleie, slik som politi og farmasøyt, samt personer med bachelor i ernæring eller psykologi.

Erfaringene så langt er at ny og annen kompetanse kan brukes inn for å supplere den kompetansen man allerede har og at ved å løfte den samlede kompetansen i en avdeling, får man et rikere fagmiljø med mer fokus på hverdagsrehabilitering og mestring. I tillegg opplever man at sykepleiernes tid frigjøres. Ansettelser av eksempelvis kokk og ergoterapeut beskrives å gi et nytt og viktig fokus på ernæring og funksjon som bidrar til å henholdsvis øke ernæringsstatus og med det redusere innleggelse i sykehus, samt løfte beboernes funksjon og dermed medføre mindre pleiebehov. I et par av kommunene påpekes det at de i fremtiden ønsker å se på hvordan de kan bruke reseptarfarmasøyt, samt se på muligheten for å ansette en lærer i demensavdeling. Det påpekes at man må ha et minimum av både sykepleiere og vernepleiere i enkelte tjenester, men at det er mulig å supplere med ansatte med annen fagbakgrunn enn dette.

Flere av kommunene oppgir videre at de arbeider målrettet og til dels alternativt med rekruttering. Dette knyttes blant annet til en profesjonalisering av rekrutteringsprosessen, herunder betydelig arbeid med stillingsutlysninger, omdømmebygging, samt økt fokus på og bruk av varierte digitale rekrutteringskanaler. Som konkret eksempel kan det nevnes at i en av kommunene hadde de arbeidet med å lage en alternativ stillingsutlysning hvor dagens medarbeidere delte sine perspektiver på hva som gjorde jobben og arbeidsplassen så attraktiv.

6.4 Reduksjon i bruk av ufaglært arbeidskraft

Fire av fem kommuner oppgir at de ikke lenger ansetter medarbeidere uten formell fagkompetanse i nye stillinger. Den siste kommunen ansetter personer uten formell kompetanse, men med krav om at personer tar utdanning innen relativt kort tid, for eksempel ett eller to år. Alle casekommunene har ufaglærte medarbeidere ansatt i tjenestene i dag. Antallet varierer mellom kommunene og mellom tjenester innad i samme kommune. Ofte handler dette om ansatte som har jobbet i kommunen i lang tid og har opparbeidet seg rett til fast stilling. I mange tilfeller er dette medarbeidere som har lang praksiserfaring og gjør en god jobb innen pleie, på kjøkken, i praktisk bistand og sosialt arbeid med brukere.

²⁹ Det understrekes at dette ikke gjøres på bekostning av det antallet sykepleiere eller vernepleiere man må ha.

Informantene er svært bevisste på denne delen av arbeidsstokken og jobber aktivt for å styrke gruppen og styrke tjenestene ved å tilby og tilrettelegge for at de kan ta fag- eller høyskoleutdanning. Kommunene opplever imidlertid at det kan være krevende å motivere voksne mennesker til å ta grunnutdanning. Denne gruppen beskrives i mange tilfeller også som personer som har dårlige erfaringer med skole. Videre oppgis det å være få incentiver til å gjennomføre en slik formell kompetanseheving ettersom både oppgaver og lønn er relativt likt for en ufaglært/assistent og for eksempel en helsefagarbeider. I en av kommunene har enhetslederne god erfaring med å tilby ulike ABC-utdanninger.³⁰ Disse utdanningene oppleves å gi assistenter/ufaglærte et godt og relevant faglig påfyll, uten krav om eksamen eller prøver. Mulighet for kompetanseheving uten krav om eksamen oppgis å være svært viktig for en del ansatte i denne gruppen.

6.5 Stor satsing på å heve grunnkompetansen

Spesielt to av kommunene vi har undersøkt har satset stort på å løfte ansattes grunnkompetanse. Kommunene har generelt lavt utdanningsnivå og begge kommuner har rekrutteringsutfordringer, spesielt når det gjelder rekruttering av helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere. For å imøtegå disse utfordringene har lederne i disse to kommunene satset aktivt på å heve de ansattes grunnkompetanse. Lederne forteller at de aktivt leter etter ansatte som egner seg i helse- og omsorgsarbeid og som er motivert for utdanning. Deretter driver de aktivt motivasjonsarbeid for å stimulere de ansatte til å ta utdanning, på et nivå som passer den enkelte ansatte og innenfor et område som er relevant for tjenesten. Kommunene tilrettelegger både ved å tilpasse turnuser, endre stillingsprosenter, tilby fri med lønn og ved å finansiere bøker/studiemateriell og kursavgifter. Samtlige kommuner oppgir at de søker tilskuddsmidler fra Fylkesmannen. Dette oppgis som en viktig forutsetning for å kunne satse på kompetansetiltak.

I en boligjeneste i en av de små kommunene i denne undersøkelsen har de hatt og har fortsatt store utfordringer knyttet til kompetanse og kvalitet i tjenestene. Tjenesten har kun 13 prosent høyskoledekning, samt 30 prosent ufaglærte i faste stillinger, samt over 60 brukere, hvorav flere med tvangsvedtak. Tjenesten beskrives som tung - med flere brukere med 2-1 bemanning. Gjennom sitt aktive fokus på og understreking av behovet for kompetanse og utdanning, samt høy grad av tilrettelegging for kompetanseheving i kommunen, har lederen sørget for at 13 personer fikk fagutdanning relativt raskt.

6.6 Stor satsing på språkkompetanse

To av kommunene har en høy andel ansatte med minoritetsspråklig bakgrunn. Begge kommuner har satset systematisk både på å kartlegge og løfte språkkompetansen for denne gruppen. En av de store casekommunene har kartlagt språkferdighetene blant alle ansatte med minoritetsspråklig bakgrunn. På bakgrunn av kartleggingen, ble det opprettet norsk-klasser med ulik nivåinndeling, samt oppfølgende e-læring. I denne kommunen stilles det nå krav om Norsk B2 for ansettelse som sykepleier. Har man ikke tilstrekkelige norskkunnskaper, det vil si minimum Norsk B1, må man jobbe innen renhold eller på kjøkken. I begge disse kommunene fremheves viktigheten av gode norskkunnskaper som en forutsetning for å gjøre jobben godt.

6.7 Læring på arbeidsplassen

Funn fra undersøkelsen viser at det pågår en rekke læringsaktiviteter på arbeidsplassen. Det er imidlertid vanskelig å gi en fullstendig beskrivelse av omfanget av disse aktivitetene ettersom informantene ikke alltid har hatt fullstendig oversikt over og kjennskap til alt. Informantene påpeker også at læringsaktivitetene sannsynligvis varierer fra tjeneste til tjeneste. Konkret fortelles det at det avsettes tid til refleksjonsgrupper, foredrag, at man tilrettelegger for overlapping av vakter for opplæring i prosedyrer, samt innføring av opplæringspermer for nyansatte. Disse aktivitetene anses som viktige for å utvikle kompetansen innad i tjenestene og i kommunen.

³⁰ <https://abc.aldringoghelse.no/>

Spesielt en av de store casekommunene har satt læring på arbeidsplassen i et større system og har innført et elektronisk kompetanseutviklingssystem bestående av en rekke små og store opplæringsmoduler. Systemet gir den ansatte jevnlig beskjed om når det er behov for å oppdatere kompetansen innenfor ulike områder og modulene gjennomføres som e-læring. Arbeidsgiver forplikter å tilrettelegge for at ansatte skal kunne gjennomføre de ulike modulene. Mens korte og mindre moduler kan gjennomføres av den enkelte i løpet av arbeidsdagen, kan store og tidkrevende moduler legges opp som fellesundervisning for flere ansatte dersom det oppleves som mer hensiktsmessig. Eksempelvis skal alle sykepleiere hvert annet år gjennomføre et oppfriskningskurs på legemiddelhåndtering. Denne kompetansehevingen anses som sentral for å sikre oppdatert og relevant kunnskap for alle ansatte innenfor deres fagområde. Systemet oppdateres når ansatte har gjennomført moduler og gir lederne god oversikt over hvordan de ansatte følger opp og ligger an med hensyn til kompetanseutvikling. Systemet er per nå delvis rullet ut i tjenestene og foreløpige tilbakemeldinger fra ansatte er positive.

6.8 Teamorganisering og kompetanse på tvers

I flere av kommunene som inngår i undersøkelsen har de organisert de ansatte i team for å styrke kompetansen i tjenestene. Dette gjøres på ulike måter og av ulike årsaker, men konkrete eksempler er organisering av hjemmetjenesten i ulike fagteam som følge av omlegging av tjenester fra mye bruk av sykehjem, til større satsing på hjemmebaserte tjenester. I en av kommunene er teamene organisert slik at alle medarbeiderne i teamet har kompetanse innen det samme fagområdet, eksempelvis demensteam, psykiaritteam og rehabiliteringsteam. Andre steder er teamene tverrfaglig sammensatt og involverer ulike profesjoner.

I en mellomstor kommune har man en liten gruppe ansatte med videreutdanning innenfor ulike områder og som fungerer som ressurspersoner på tvers av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse ressurspersonene har fått avsatt 20 prosent av stillingen sin til dette arbeidet og sitter samlokalisert med hverandre en dag per uke. Det jobbes mye med å etablere faglige nettverk rundt disse personene for at de ikke skal føle seg alene og for å holde kompetansen levende. Intervjuer i denne kommunen tyder på at slike spesialiserte ressurser må markedsføre egen kompetanse og tilgjengelighet aktivt for å sikre at kompetansen blir kjent og faktisk tatt i bruk i alle tjenester.

En kommune fremhever særlig digital kompetanse som viktig fremover. Dette inkluderer både evner og holdninger til å benytte ulike digitale verktøy og flater. Selv om digital kompetanse oppleves som viktig, fremheves det også at behovet vil variere mellom ulike stillinger. Lederne i denne kommunen jobber med å benytte ansatte som oppgir å ha en interesse for digitalisering til ulike pilotprosjekter og til å arbeide tettere med slike problemstillinger. På denne måten mobiliseres også den uformelle teknologiske kompetansen som enkelte ansatte innehar.

6.9 Heltidskultur og økning av stillingsprosenten

Deltidsproblematikk er kjent i helse- og omsorgstjenestene og er en sentral problemstilling når man snakker om fremtidig kompetansebehov. Kommunene har en bevisst tanke og praksis om betydningen av heltidskultur og større stillingsprosenten. Funn fra intervjuer viser at stillinger nå i stor grad lyses ut som hele stillinger der det er mulig. Dette gjelder særlig stillinger som krever høyskoleutdanning.

Et par kommuner lyser i tillegg ledige stillinger ut som fulltidsstillinger også før hjemmelen foreligger, fordi de vet at behovet vil komme og fordi det er nødvendig for å klare å rekruttere de personene man trenger. Flere påpeker at skal man klare å rekruttere de man vil ha, må man handle raskt. Dette gjelder kanskje særlig i geografiske områder der det er høy konkurranse om de samme personene/den samme kompetansen.

I tillegg til å jobbe for økt bruk av heltidsstillinger, jobbes det også aktivt med å øke stillingsprosentene for ansatte som er i deltidsstillinger og der det er mulig og ønskelig å gjøre en slik økning. Dette er pågående arbeid, der kommunene oppgir å ikke være i mål. Det ser ut til at særlig helsefagarbeiderne fortsatt tilbys små stillinger, selv om det også her gjøres forsøk på å øke stillingsprosenten der det er mulig.

6.10 Godt mottak av elever, studenter og lærlinger

Et sentralt fellestrekk for kommunene som inngår i denne undersøkelsen er deres fokus på betydningen av å motta elever, studenter og lærlinger på en god måte. Fire av fem kommuner tar imot det de selv beskriver som et høyt antall elever og studenter hvert år og har samarbeid med skoler og utdanningsinstitusjoner på bakgrunn av dette. Også den siste kommunen tar imot elever, studenter og lærlinger, men enkelte tjenester ønsker seg flere elever og studenter og opplever å få relativt lite henvendelser fra skoler og universiteter.

En av lederne i en av de små kommunene beskriver det slik:

«Også har vi hatt godt samarbeid med videregående skole. Hadde 35 lærlinger i fjor. Vi har alltid satset på å ta med så mange vi klarer».

En god mottakelse av denne gruppen beskrives som noe av det viktigste kommunale ledere gjør for å bygge et godt omdømme. Kommunene har tydelige planer for hvordan praksisplassene kan gi relevant erfaring for studentene og være en lærerik periode, slik at trivselen også blir god og inntrykket deres av kommunen som arbeidsplass kan styrkes. Å lykkes med godt mottak av elever, studenter og lærlinger fordrer godt arbeid på system og tjenestenivå. Både samarbeidsavtaler med universitet og høyskoler står sentralt, samtidig som det er viktig med et godt mottakerapparat med egne veiledere, lærlingekontakt eller koordinator. God mottagelse av studenter anses som viktig for rekruttering og omdømmebygging, men også som et viktig ledd i kompetansebygging. Det oppleves som skjerpene for de som tar imot studenter og å være veileder og ta en veilederutdanning er også viktig kompetanseheving. Å skape en positiv holdning til elever og studenter blant øvrige ansatte står helt sentralt i arbeidet på det enkelte tjenestested.

Godt mottak av elever, studenter og lærlinger vektlegges altså særlig i rekrutteringsøyemed og flere av informantene oppgir at studenter og lærlinger søker på ledige stillinger i kommunen når de er ferdig utdannet nettopp fordi de har hatt en god opplevelse av kommunen i sin praksis eller lærlingeperiode. Én av casekommunene oppgir også at det er vanlig at studentene jobber som sommervikarer under studiene og deretter som helgevakt frem til kommunen har en fast stilling ledig til dem. Slik får kommunen rekruttert nyutdannet helsepersonell som det ellers er krevende å få rekruttert. En av informantene sier det ganske tydelig:

«Klarer vi å ta imot studenter på en god måte, slipper vi å utlyse stillinger.»

I tillegg til at et godt mottak av elever, studenter og lærlinger er viktig for rekrutteringen til kommunen, vektlegger informantene den betydningen denne gruppen har på resten av arbeidsplassen og arbeidsmiljøet. Å ta imot personer under utdanning gir tettere tilknytning til fagmiljøene ved ulike skoler og universiteter. I tillegg anses det som lærerikt og utviklende i seg selv å ha studenter og andre som har med seg ny kunnskap og som stiller spørsmålstegn ved etablerte praksiser. Gjennom å måtte forklare og begrunne praksisen i virksomheten, økes de ansattes bevissthet om egen yrkespraksis. Dette oppleves som både positivt og skjerpene, slik følgende sitat illustrerer:

«[...] Så er det veilederne, de får også en ny kompetanse når studenter kommer. Pluss at du må skjærpe deg og hente frem kunnskapen din.»

6.11 Samarbeid med UH-sektoren, spesialisthelsetjenesten og NAV

Flere av kommunene oppgir å ha samarbeid med mange ulike institusjoner og aktører som et ledd i sitt arbeid med kompetanseplanlegging og -utvikling. I tillegg til elev- og studentpraksis som beskrevet i avsnittene over, er det også flere kommuner som har samarbeid med NAV om språkpraksis.

I tillegg til samarbeid knyttet til praksis, har flere kommuner annet samarbeid med UH-sektoren, det være seg forskningssamarbeid, delte stillinger, samt samarbeid i forbindelse med bachelor- og masteroppgaver.

Noen steder er det også samarbeid med spesialisthelsetjenesten, i form av felles kompetansehevingstiltak som kurs og foredrag, samt hospiteringsordninger. Det vanligste ser imidlertid ut til å være samarbeid knyttet til enkeltbrukere. I to kommuner uttrykkes ønsker om at ansatte i spesialisthelsetjenesten også kunne hospiteret i kommunene. I den grad det foregår hospitering i dag, ser det ut til at det primært er kommunens ansatte som hospiterer i spesialisthelsetjenesten og ikke motsatt.

7. UTFORDRINGER OG SUKSESSKRITERIER

I dette kapittelet vil vi kort presentere noen av de felles identifiserte utfordringene i denne undersøkelsen. Dette er både utfordringer som kommunene har når det gjelder å skaffe kompetanse, men også utfordringer i arbeidet med kompetanseplanlegging og -utvikling. Etter presentasjon av utfordringer, følger en beskrivelse av suksesskriterier- dette til inspirasjon for andre kommuner som ønsker å jobbe bedre på dette feltet.

7.1 Utfordringer

Kommunene som inngår i dette prosjektet er valgt ut fordi de fremstår som gode på strategisk kompetanseplanlegging. Dette innebærer at intervjuene i stor grad har fokusert på å få frem hvordan de jobber på dette området og mindre på utfordringer. Selv om dette er såkalte gode kommuneeksempler, har imidlertid også disse kommunene utfordringer.

7.1.1 Vanskelig å rekruttere sykepleiere og vernepleiere

Kommunene som er intervjuet har svært ulike utfordringer og behov. Mens noen har satset aktivt på å løfte grunnkompetansen blant de ansatte, har andre relativt god dekning av fagutdannede sammenlignet med landsgjennomsnittet og kan derfor legge mer vekt på videreutdanning og spesialisering. Videre er det store forskjeller mellom tjenester innad i den samme kommunen. Mens enkelte tjenester har lite utfordringer med å rekruttere og beholde relevant fagkompetanse, har andre betydelige utfordringer. Det er spesielt sykehjem og hjemmebaserte tjenester i enkelte kommuner som strever med å rekruttere sykepleiere. Videre har flere kommuner store utfordringer med å få tak i vernepleiere og særlig til bolig tjenester. Motsatt er det få utfordringer knyttet til rekruttering av blant annet fysioterapeuter og ergoterapeuter.

I enkelte tjenester opplever de at kombinasjonen av å mangle sykepleiere, rekrutteringsutfordringer, høy andel ufaglærte og mye sykefravær gjør at man heller ikke har hodet tilstrekkelig over vannet til at man opplever at man kan fokusere på og prioritere kompetansehevende tiltak. I tjenester med døgnkontinuerlig drift kan det i seg selv være vanskelig å prioritere kompetanseheving fordi driften skal opprettholdes parallelt. I enkelte tjenester eller avdelinger i en av kommunene i denne undersøkelsen opplever lederne at de ikke har reservekapasitet til å dekke opp vakter når ansatte skal ta videreutdanning eller kurs.

7.1.2 Å bruke den kompetansen man har på en hensiktsmessig måte

I følge Linda Lai er det mer fokus på å rekruttere ny eller utvikle kompetanse enn på å bruke og mobilisere den man allerede har.³¹ Det ser vi også i dette prosjektet. Kommunens informanter legger vekt på at en viktig del av kompetansestyringen handler om mobilisering av kompetanse, altså å bruke den kompetansen som allerede finnes i organisasjonen på en mest mulig hensiktsmessig måte. Her mener flere av informantene at de har et forbedringspotensial. De opplever at de har relativt god oversikt over de ansatte og har systemer for kartlegging av kompetansen, men flere mener allikevel at ikke all kompetanse utnyttes og brukes på den beste måten. Et konkret eksempel på det er tilfellene der sykepleierne bruker unødvendig tid på ledelse eller administrasjon, slik som turnusarbeid eller tilkalling av vikarer. I to av kommunene har man valgt å ansette ledere for helse- og omsorgstjenester med annen bakgrunn enn sykepleie. Det beskrives som utradisjonelt og modig, men også fornuftig sett i lys av at sykepleiere er en knapp ressurs som man trenger i det kliniske arbeidet. En av lederne sier det på følgende måte:

«Vi vet vi mangler sykepleiere. Skal den sykepleieren sitte på kontor den da?»

Funnene tyder også på at kommunene har mer å hente på oppgaveglidning. I noen av kommunene er enkelte informanter oppmerksomme på betydningen av oppgaveglidning, særlig mellom sykepleiere og helsefagarbeidere og jobber aktivt med å øke helsefagarbeidernes kompetanse og

³¹ Lai, L., 2013. Strategisk kompetanseledelse. 3. utgave. Fagbokforlaget: Oslo.

ansvar, samtidig som sykepleierne må trenes i å delegere oppgaver. Som et konkret eksempel på hvordan dette kan gjøres, brukes helsefagarbeiderne i større grad som primærkontakter enn hva de gjorde før. Funnene viser allikevel at flere mener det er potensiale i en større oppgaveglidning mellom disse to gruppene og at man ved å bruke helsefagarbeiderne mer planmessig, kan frigjøre sykepleierressurser til mer spesialiserte oppgaver. Også en av de store kommunene opplever at det er behov for å tydeliggjøre forskjellene mellom sykepleiere og helsefagarbeidere og driver kompetanseutvikling blant sykepleierne som spesifikt omhandler delegering av oppgaver. Mens det tidligere var slik at sykepleiere og helsefagarbeidere gjorde det samme, skal sykepleiergruppen i denne kommunen nå trene seg i å delegere oppgaver til helsefagarbeiderne. I følge en av informantene er det store gevinster ved denne oppgaveglidningen:

«Hvis alle sykepleiere hadde gjort sykepleieroppgaver så hadde vi hatt nok sykepleiere.»

7.1.3 Bruke nyervervet kompetanse

Flertallet av informantene mener kommunene kunne jobbet bedre med å ta i bruk den nye kompetansen når ansatte har videreutdannet seg. Dette kan blant annet handle om at pasientgrunnlaget er så lite at den nye kompetansen ikke blir tilstrekkelig brukt, eller at bruk av ny kompetanse er krevende uten å gjøre endringer i organisering av tjenester. For å få brukt kompetansen, må den i mange tilfeller brukes på tvers av tjenester og avdelinger. Dette gjøres enkelte steder, men flere av kommunene strever med dette. Våre intervjuer kan tyde på at dette er enklere i små kommuner der det er mindre forhold og man kjenner hverandre på tvers av tjenester. Samtidig ser det ut til at lederne har et ansvar for å peke på brukernes behov og omdisponere ressurser slik at kompetansen nettopp utnyttes på best mulig måte. Dette kan kreve tydelig ledelse og upopulære avgjørelser.

Det pekes også på at det kan være utfordrende å gjøre ny kompetanse kjent og at personer som har videreutdannet seg og der kompetansen for eksempel skal brukes på tvers av enheter/avdelinger også må «markedsføre» sin nye kompetanse. I én kommune har de rutiner for interne kurs som oppfølging av kompetansehevingstiltak. Dette er et tiltak for å både heve det generelle kompetansenivået og sikre kjennskap til den nyervervede kompetansen i større deler av organisasjonen. Samtidig påpekes det også i noen av intervjuene at ansatte som har vært på kurs, ikke alltid tør/har lyst til å dele ny kurskompetanse. Det blir derfor viktig å stille tydelige forventninger til at ny kompetanse skal deles, samt sørge for gode og trygge arenaer for denne delingen.

Samtidig bør det også påpekes at casekommunene, gjennom å ha tydelig prioriterte områder for kompetanseutvikling basert på et identifisert behov, trolig har bedre forutsetninger for å få benyttet slik nyervervet kompetanse enn de ville hatt uten slik prioritering.

7.1.4 Motivasjon til å ta utdanning

Som nevnt har alle kommunene i undersøkelsen tydelige krav og mål om at nyansatte med faste stillinger skal være faglærte. Samtidig opplever kommunene utfordringer med at noen ansatte uten formell utdanning ikke nødvendigvis er motiverte for å gjennomføre et utdanningsløp. Dette ser særlig ut til å gjelde eldre arbeidstakere med lang fartstid i tjenestene, men også yngre medarbeidere som har dårlige erfaringer med skole og utdanning fra tidligere.

På tross av at dette er krevende, har flere ledere allikevel lykkes med å imøtegå denne utfordringen ved å ha forutsigbare og tydelig planer for og forventninger til kompetanseutvikling, samt gode rutiner for og tilrettelegging for gjennomføring av utdanning. På denne måten gir kommunen som arbeidsgiver tydelige signaler til sine medarbeidere om at de prioriterer kompetanse og vil støtte dem i kompetansehevingen. Dette bidrar også til å signalisere en forventning om at medarbeiderne videreutvikler sin kompetanse. Tydelige overordnede føringer og rammer gjør sannsynligvis dette motivasjonsarbeidet lettere for virksomhetsledere og andre. Selv om utdanning står sterkt blant informantene, har enkelte også trukket frem hvordan kortere opplæringstiltak kan være nyttig for å heve grunnkompetansen i tjenestene og særlig for medarbeidere som

ikke har mulighet til å gjennomføre et fullstendig utdanningsløp med avsluttende eksamen. I den forbindelse nevnes særlig ABC-kurs utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som et sentralt og viktig bidrag for å heve kompetansen blant denne gruppen. Gjennomføring av slike kurs kan også bidra til å skape større mestringfølelse knyttet til kompetansehevingstiltak som igjen kan skape motivasjon for videre utdanning.

7.2 Suksesskriterier

Med bakgrunn i kommunenes ulikheter, fremhever informantene også ulike ting som sentralt for å lykkes med kompetanseplanlegging og -utvikling. Det er allikevel også likhetstrekk mellom kommunene som inngår i utvalget i denne rapporten. I de neste avsnittene vil vi trekke frem og beskrive det vi anser som sentrale suksesskriterier for å lykkes med strategisk kompetanseplanlegging.

7.2.1 Utarbeidelse av kompetanseplaner gir høy bevissthet om kompetanse

Samtlige kommuner i undersøkelsen har en strategisk kompetanseplan for helse og omsorg. Arbeidet med planen fremstår som kontinuerlig prosessarbeid, der det innhentes innspill fra alle tjenester og nivåer. I tillegg til å ha utarbeidet en plan, er det tydelig at kompetansebegrepet og kompetanseplanlegging, både nå og fremover, er høyt på agendaen i kommunen og noe som ledere på ulike nivåer har høy bevissthet om. Kompetanse og kompetanseutvikling beskrives ikke kun som et enkelttiltak for å rekruttere enkelte faggrupper, ei heller som et ansattgode. Derimot har man i disse kommunene anlagt et bredt kompetansebegrep, i tråd med relevant forskning, og man anser arbeidet med kompetanseplanlegging og -utvikling som et systematisk arbeid der man planlegger for å sikre høy kvalitet i tjenestene, sett opp mot befolkningens behov og myndighetenes krav.

Det virker også tydelig at kommunenes plan- og prosessarbeid på dette området bidrar til større bevissthet om kompetansen som finnes i kommunene og dermed til hvilke ytterligere kompetansebehov de har:

«Når man får løftet de ufaglærte, får de mye større forståelse for driften og man løfter diskusjoner. Før var det mye diskusjoner om hvor mange vi trengte, nå er det mer fokus på hvem vi får inn og at alle må holde kvaliteten.»

7.2.2 Ledere som har oversikt, kan lettere drive strategisk kompetanseutvikling

Det er en tydelig sammenheng mellom kommunenes kartlegging av kompetanse og kompetansebehov og deres vektlegging av kompetanseutvikling. Gjennom kartlegging av kompetansekrav og kompetansebeholdning i virksomhetene og kommunen, danner lederne seg tydeligere oversikt over hvilke kompetansebehov de har fremover og kan arbeide systematisk med å tilegne seg denne. Oversikten over behovene virker å gi større trykk på kompetanseutvikling og bedre prioritering av hvilken kompetanse en har behov for. Følgende sitat illustrerer hvordan en av informantene tenker rundt kompetanse og kvalitet:

«Vi kan ikke bare øse på med flere folk. Det må være kvalitet.»

I flere av casekommunene har vi møtt ledere som tilbyr betydelig tilrettelegging for at de ansatte skal kunne ta utdanning – på alle nivåer. Særlig er dette tilfellet når det gjelder kompetanse som kommunen vet det er krevende å få rekruttert eller har sterkt behov for, slik som sykepleie og vernepleie. Dette kan tyde på at det å ha tydelig kartlagte kompetansebehov, gjør at kommunene i større grad våger å investere i medarbeideres kompetanse, ved å tilrettelegge for relevante og betydelige kompetansehevingstiltak:

«Vi ser at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere. Vi ser på hvordan vi kan tilrettelegge for hvordan vi kan videreutvikle for at flere [av de ufaglærte] kan ta sykepleier- og vernepleierutdanning og mener det er en god investering.»

7.2.3 Godt og planlagt mottak av elever, studenter og lærlinger

Alle kommunene vi har snakket med vektlegger godt og planlagt mottak av elever, studenter og lærlinger. Godt samarbeid om studenter og elever kommer i stand på bakgrunn av samarbeidsavtaler og gjennom opplæring og holdningsskapende arbeid i ansattgruppa, samt fokus på veilederkompetanse. Dette er viktig for å bidra til målgruppens læring, og for å sikre kommunen og tjenestestedene et godt omdømme. Det er høy konkurranse om enkelte faggrupper i noen av kommunene vi har besøk og de har ikke «råd» til å kaste bort praksisperioder og fremtidig arbeidskraft ved å ikke ta imot studentene på en god måte.

7.2.4 Endringsvilje, prøving og feiling

I alle kommunene er det eksempler på virksomheter hvor det er tenkt utenfor de typiske profesjonene og arbeidsformene for å innhente, mobilisere og/eller utvikle kompetanse. Flere av kommunene oppgir at de vurderer ledige stillinger nøye og har eksempler hvor stillinger er omgjort slik at de kan passe profesjoner med en litt annerledes kompetanseprofil enn det en har hatt tidligere. Videre er alle opptatt av hvordan de kan benytte den kompetansen kommunen besitter på en bedre og mer fleksibel måte, slik at oppgavene også samsvarer bedre med den kompetansen den enkelte medarbeider har.

Et annet viktig fellestrekk på tvers av kommunene handler om ledere og ansattes vilje til å prøve og feile. Dette kommer til uttrykk på ulike måter, men særlig ser det ut til at det å ha ledere på toppen som arbeider for en læringskultur og aktivt og bredt kommuniserer at det er lov å prøve og feile, er viktig. Dette gjør ledere og ansatte modigere - det tenkes mer alternativt og det skapes større handlingsrom, hvilket anses som viktig i en sektor der behovene er økende og ressursene til dels knappe.

I dette prosjektet finnes også kommuner som har vært på ROBEEK-listen og med betydelige utfordringer, men som nå har klart å opparbeide seg et godt omdømme, både blant studenter og ferdig utdannede. For å forklare hvordan man har lyktes i dette arbeidet, svarer en av lederne at det handler om å satse og følge med på det som kommer sentralt fra, samtidig som man må være endringsvillig. Det handler om samarbeid, om å bruke hverandre og bruke den kompetansen kommunen har. Som vedkommende selv sier det:

«Det handler om å tørre. Vi har drevet litt akrobatikk».

I en annen kommune i undersøkelsen fremheves poenget om å prøve å feile i forbindelse med at ulike prosjekter som startes opp også avvikles dersom man ser at man ikke lykkes i henhold til det som var tanken og intensjonen med prosjektet. Samtidig som det er takhøyde for å prøve, er det også forventet at man avslutter ting som ikke fungerer.

7.2.5 Aktive søkere av midler og deltagere i prosjekter

Kommunene søker tilskuddsmidler fra Fylkesmannen for sine kompetanseutviklingstiltak. Dette beskrives som viktig for å kunne dekke inn og tilby kompetanseheving slik de gjør i dag. Videre viser intervjuene at kommunene er aktive deltagere i ulike prosjekter, slik som «Menn i helse» og «Drømmejobben» i regi av KS, samt «Trygghetsstandard i sykehjem» i regi av Helsedirektoratet. Spesielt «Menn i helse» beskrives av flere som et viktig og godt prosjekt som har gitt kommunene gode mannlige helsefagarbeidere som både er svært motiverte og dyktige og som bidrar til å påvirke arbeidsplassene positivt. Det har ikke vært rom for å gå dypere inn i dette i denne undersøkelsen.

8. OPPSUMMERENDE VURDERINGER OG KONKLUSJON

I dette kapittelet gir vi noen oppsummerende vurderinger av og konkluderer på de sentrale problemstillingene i prosjektet:

- Hvordan jobber kommunene for å styrke helse- og omsorgstjenestene med nok personell og rett kompetanse?
- Hvordan jobber enheter innen kommunal helse- og omsorgstjeneste med kompetanseplanlegging?
- Hvordan kobles kompetanseplanlegging i enhetene til strategisk arbeid på kommunenivå?

8.1 Gode kommuner har en plan

Kommuner som jobber systematisk med kompetanseplanlegging kjennetegnes av flere ting. De har en kompetanseplan som er utarbeidet av ledere som har god oversikt over kommunens brukere, tjenestebehov og kompetansekrav. Planen utarbeides med innspill fra ansatte i tjenestene. Videre tyder funnene på at kompetanseplanen er et levende og dynamisk dokument, som endrer seg underveis. Casebesøkene tyder på at lederne i kommunenes helse- og omsorgstjenester har god kjennskap til planene og arbeider relativt systematisk med planlegging og utvikling. Spesielt en av casekommunene utpeker seg ved at man har lykket særlig godt med å bryte den overordnede kompetanseplanen ned i delkompetanseplaner. På denne måten gir planene god mening i alle enheter og i alle ledd nedover i tjenestene.

Samtidig er det viktig å si at igangsetting av arbeidet med planen, i mange tilfeller er avhengig av at kommunene har ledere innen helse- og omsorg som ser behovet for å jobbe med strategisk kompetanseplanlegging. Dette er ledere som har god kjennskap til hvilke utfordringer kommunale helse- og omsorgstjenester står overfor og som ser at det er helt nødvendig å tenke annerledes rundt kompetanse fremover dersom man skal lykkes med å styrke helse- og omsorgstjenestene. Tankegangen og prioriteringen av kompetanse synes også å være godt kommunisert nedover i og på tvers av tjenestene.

I tillegg til å ha engasjerte ledere som både snakker varmt om og jobber aktivt for å styrke kompetansen, har flere av kommunene også egne ansatte som bidrar til å løfte arbeidet i kommunen. Fire av fem kommuner i denne undersøkelsen har personer ansatt i egne stillinger for å arbeide med kompetanse- og/ eller kvalitet i tjenestene. Dette er ansatte i stillinger som helsefaglige rådgivere, fag- og kompetanserådgivere. Å ha egne ressurspersoner som ikke jobber med drift, men som kjenner tjenestene godt, bidrar sannsynligvis til at man i disse kommunene klarer å løfte blikket og holde et jevnt og godt fokus på kompetanseplanlegging. Samtidig er det ikke sikkert at det er nødvendig at man har egne personer som ivaretar denne funksjonen. I denne undersøkelsen finnes også en liten kommune der ledere og tillitsvalgte spiller viktige roller og ivaretar dette arbeidet selv.

8.2 Koblingen fra tjenestenivå til strategisk nivå er krevende

Det er variasjon i hvor godt arbeidet med kompetanseplanlegging er forankret på strategisk nivå i kommunene, og dette virker å ha en sammenheng med hvem som er initiativtakere i kommunen. Alle kommunene kobler arbeidet med kompetanseplanene til overordnede føringer i kommunene, men det er kun noen av dem som har behandlet kompetanseplanene på politisk nivå. Videre fremheves det at kompetanseplanlegging og -utvikling skjer innad i helse- og omsorg og ikke ses i sammenheng med øvrige sektorer i kommunen. Flere steder påpekes det at kompetanseplanlegging og -utvikling særlig forekommer innenfor helse og omsorg, mens andre sektorer ikke har kommet like langt.

Informantene fremhever at arbeidet med kompetanseplanlegging gjør at de er bedre rustet til å fremme sine behov overfor sentral administrativ og politisk ledelse. Kompetanseplanene blir et kunnskapsgrunnlag for de behovene tjenestene har, som igjen kan benyttes for å kommunisere behovene og argumentere for bevilninger og satsinger på kompetanseutvikling. På bakgrunn av

denne undersøkelsen, er det ikke mulig å si om kompetanseplanene bidrar til at helse- og omsorgstjenestene og deres kompetansebehov i større grad blir prioritert på strategisk nivå i kommunene. Undersøkelsen tyder imidlertid på at kompetanseplanene er viktige redskap for å kunne kommunisere tydelig hvilket behov som finnes i sektoren, og at planen bidrar til større troverdighet når helse- og omsorgstjenestene melder inn sine behov.

I en av kommunene har de høy og voksende andel eldre i kommunen, samtidig som andelen barn og unge går ned. De anser kompetanseplanen som et sentralt verktøy for å argumentere for at mer av budsjettene bør allokere til helse- og omsorgstjenestene fremover. Ettersom undersøkelser viser at kommunene, på tross av oppgaveveksten etter Samhandlingsreformen³², ikke prioriterer helse- og omsorgstjenester i større grad enn tidligere, kan slike problemstillinger bli stadig mer aktuelle fremover. Kompetanseplanlegging vil således være viktig for å gjøre gode prioriteringer.

Informanter i den kommunen som har et tettere samarbeid med politisk ledelse når det gjelder kompetanseplanlegging, har påpekt at det kan være krevende å forklare politikere hvorfor kompetanse er så viktig. Gode kompetanseplaner med strukturert kobling av kompetansebehov med kvalitetene i tjenestene er sannsynligvis med på å avhjelpe slike utfordringer og gjøre denne kommunikasjonen enklere og tydeligere.

8.3 Kompetansebehov og -styring er høyt på agendaen

Kommunene som inngår i undersøkelsen er valgt ut fordi de fremstår som gode eksempler. Vi har ikke noe sammenligningsgrunnlag i denne undersøkelsen og kan ikke si om disse kommunene er best i klassen på dette området. Samtidig tyder funnene på at det disse kommunene særlig gjør, er å sette kompetanse og kompetansestyring på agendaen- på flere nivåer og på tvers av tjenester.

Kompetansebehov er blitt et aktuelt tema som det er høy bevissthet om blant nesten alle vi har snakket med. Det er god dialog mellom nivåer og tjenester med tanke på å diskutere nåværende og fremtidig kompetansebehov. Samtlige kommuner gjennomfører kartlegginger av både kompetansekrav og kompetansebeholdning- enten gjennom tett dialog og samarbeid, eller også gjennom egne kartleggingssystemer. Kartleggingssystemene har ulik form og omfang og varierer fra enkle oversikter i Excel til detaljerte registreringer i egne digitale plattformer. Dette ser til en viss grad ut til å være tilpasset kommunens størrelse og dermed behov. Mens større kommuner kan ha større behov for å registrere all kompetanse, kan det tenkes at ledere i små kommuner i større grad har oversikt over dette på andre måter. En viss registrering eller skriftliggjøring ser allikevel ut til å være vanlig og også kanskje nødvendig for å skaffe oversikt over kommunens samlede kompetanse.

Uavhengig av hvilken løsning kommunene har valgt, ser det ut til at registreringen særlig omfatter den formelle kompetansen. Slik sett gir ikke registreringen fullstendig oversikt over alle sider ved de ansattes kompetanse. En fullstendig kartlegging av både formell og uformell kompetanse, ferdigheter, evner osv. vil være både krevende og til dels vanskelig. Dette kan kanskje forklare hvorfor informanter i et par av kommunene oppgir at de har startet registrering i et omfattende HR-verktøy, for så å gi opp. Fullstendig registrering krever sannsynligvis både egne ressurser, samt et system for vedlikehold og oppfølging.

Kartleggingsarbeidet som gjennomføres per i dag medfører at lederne i kommunene synes å ha relativt god oversikt over de ansattes kompetanse, samt over hvilket kompetansebehov kommunen har, nå og til dels frem i tid. Samtidig som kommunene har denne oversikten, ser det også ut til at endringene i tjenestene nå går en god del raskere enn hva de gjorde før og at analyser av fremtidig kompetansebehov i kommunen krever at man stadig er i endring.

³² Menon Economics, 2018. Bemanning, kompetanse og kvalitet – status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nr. 51/2018.

En analyse og sammenstilling av krav, beholdning og behov ser imidlertid ut til å gi kommunene retning i arbeidet med kompetanseplanlegging og -utvikling. Samtlige kommuner har utarbeidet mål for arbeidet, samt spesifikke satsingsområder for å dekke fremtidig kompetansebehov. Etter som kommunene har ulike utfordringer og behov, har de også valgt ulike strategier for å nå disse målene.

Felles for kommunene er imidlertid at de har rettet spesifikk innsats mot områder der det avdekkes hull i kompetansen på ulike måter. Mens kompetanseutvikling tidligere har handlet mye om å sende ansatte på kurs de selv har ønsket, gir intervjuer i de fem kommunene et bilde av mer strukturert og styrt kompetanseutvikling der midler styres i strategisk retning og arbeidsgiver tilrettelegger relativt mye for kompetansehevende tiltak dersom det er kompetanse kommunen har behov for. Dette innebærer at kommuner med lavt utdanningsnivå, satser aktivt på å løfte de ansattes grunnkompetanse. Kommuner med høy andel minoritetsspråklige ansatte, satser tilsvarende på kartlegging og opplæring i norsk språk. Kommuner som strever med å rekruttere spesielle yrkesgrupper, ser på alternative måter å dekke inn kompetansen- de omgjør blant annet stillingshjempler og ansetter høyskoleutdannede med annen bakgrunn enn sykepleie og vernepleie som er yrkesgruppene flere strever med å få tak i. Kommuner som har flere av disse utfordringene, retter innsatsen mot flere steder parallelt.

I forlengelse av dette er det interessant å se at lederne i disse kommunene anvender et bredt og omfattende kompetansebegrep og i mange tilfeller snakker om den samlede kompetansen i en avdeling- heller enn den enkelte ansattes formalkompetanse. Slik vi viste i kapittel 3, stiller myndighetene store krav og har ambisiøse mål for kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene³³. Samtidig spesifiseres ikke hvilken yrkesgruppe som skal besitte kompetansen. Det er helse- og omsorgspersonell som samlet gruppe som skal inneha denne. Funn fra denne undersøkelsen tyder på at en del ledere i disse kommunene også ser det på denne måten og gjør nettopp dette.

8.4 Ledere som både stiller krav og gjør tilpasninger

I kommunene som inngår i undersøkelsen stilles det høye krav til kompetanse. Dette er svært positivt, gitt oppgavene kommunale helse- omsorgstjenester står overfor. Samtidig er det interessant å se at, samtidig som enkelte tjenester har relativt store rekrutteringsutfordringer, har og praktiserer lederne i disse kommunene strenge krav ved ansettelser. De ansetter ikke lenger ufaglærte og den ene kommunen som gjør det- stiller krav om utdanning innen 1-2 år. Videre stilles det strenge språkkrav- også i kommuner der en høy andel av arbeidstakerne er minoritetsspråklige. Ved å satse og prioritere på kompetanse, løfter de både tjenestene og arbeidsmiljøet. Dette gir sannsynligvis både bedre tjenester av høyere kvalitet og et rikere arbeidsmiljø der ansatte kan oppleve mestring og læring på nye måter. Kommunale helse- og omsorgstjenester har utfordringer knyttet til både turnover og sykefravær. Satsing på kompetanse er sannsynligvis en viktig investering, også for å imøtekomme disse utfordringene.

Fullstendig bruk av all kompetanse i kommunen kan kreve at ansatte må flytte seg mellom tjenester og på bakgrunn av brukernes behov. Dette er ikke nødvendigvis populært blant alle ansatte, men oppgis i noen tilfeller å være nødvendig dersom man skal lykkes med å tilby gode tjenester til brukerne. Dette er et lederansvar og fordrer kunnskap om endringsledelse, samt god dialog og tydelig forventningsavklaring, både ved nyansettelser, men også mot erfarne ansatte.

Samtidig som lederne i disse kommunene stiller krav til kompetanse, gjør de samme lederne en rekke tilpasninger overfor medarbeidere i forbindelse med kompetansehevende tiltak. Dette innebærer at ansatte som tar utdanning på områder som kommunen/enheten har behov for, får både

³³ Menon Economics, 2018. Bemanning, kompetanse og kvalitet – status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nr. 51/2018.

tilpasning av turnus og stilling, fri med lønn i forbindelse med lesedager og eksamen, samt økonomisk støtte til praktisk gjennomføring.

8.5 Kommuner som anser elever, studenter og lærlinger som en viktig ressurs

Samtlige kommuner ser elever, studenter og lærlinger som viktig for å utvikle kompetanse. Dette gjelder både for å lykkes med å skaffe nok personell til helse- og omsorgstjenestene nå og i fremtiden, men også fordi gruppen i seg selv er en viktig ressurs. I kommunale helse- og omsorgstjenester med høyt driftsfokus, vil arbeid med elever og studenter komme som en tilleggsoppgave. En helt ny undersøkelse³⁴ av studenters erfaring med praksis viser at en stor gruppe studenter har uheldige erfaringer i studentpraksis. Det er derfor interessant å se at student- og praksisarbeid utelukkende beskrives positivt av våre informanter. Å ta imot elever og studenter oppleves ikke som en tilleggsoppgave eller belastning, men som å berike arbeidsplassen- det skjerper de ansatte og bidrar til økt læring. Videre er informanter på alle nivåer bevisste på hvordan et godt mottak av elever, studenter og lærlinger påvirker kommunens omdømme og med det fremtidig rekruttering. I noen av disse kommunene rekrutteres studenter først inn som sommervikarer, videre som faste helgevakter og deretter til faste stillinger. Bevisst og godt arbeid med studenter på tvers av tjenester påvirker rekrutteringsbehovet direkte og i stort omfang. Dette er i tråd med KS arbeidsgivermonitor som viser at samarbeidsavtaler mellom UH-sektoren og kommuner letter rekrutteringen.³⁵

8.6 Fra profesjonsfokus til oppgavefokus

Casekommunene har et bevisst forhold til kompetansebegrepet. De er opptatt av både den formelle og den uformelle kompetansen og ser både på den enkelte ansattes kompetanse for seg og den samlede kompetansebeholdningen i tjenester og enheter, og i kommunen. Også i disse kommunene rapporteres det om til dels store utfordringer med å rekruttere spesielt sykepleiere og vernepleiere til enkelte tjenester, og det jobbes aktivt med tiltak for å sikre at tjenestene har et tilstrekkelig antall sykepleiere og vernepleiere sett opp mot brukernes behov og kravet til tjenestene.

Samtidig jobbes det med å se på alternative løsninger, slik som å gjøre grundige jobbanalyser og gjøre vurderinger av om også andre faggrupper kan fylle stillinger som sykepleiere tidligere har besatt. Heller enn å låse seg til profesjoner, har flere av kommunene valgt å se på hvilke oppgaver som skal løses i tjenesten. Ved å se på den kompetansen man allerede har i enheten og oppgavene som skal løses, og gjennom grundige vurderinger og involvering av tillitsvalgte, har flere av kommunene valgt å omgjøre stillingshjemler og ansette personer med annen type høgskoleutdanning enn kun sykepleie eller vernepleie. Alternativ bruk av kompetanse minsker behovet for sykepleiere, samtidig som det oppleves å løfte fagmiljøet og komme brukerne til gode. Ved å tenke alternativt rundt bruk av kompetanse, har kommunene lyktes med å fremskaffe kompetent personell, samtidig som det reduserer behovet for og imøtegår den konkrete mangelen på sykepleiere og vernepleiere som kommunene opplever. Tverrfagligheten og flerfagligheten synes også å bidra til at kommunene arbeider smartere og i større grad evner å tilpasse oppgavene til ulike kompetanser. Forskning har vist at dette i seg selv er viktig for medarbeidernes interne motivasjon³⁶ og kan følgelig være et viktig virkemiddel for å lykkes med å redusere turnover, som i seg selv er en trussel mot tjenestene.

8.7 Fylkesmannen er viktig for satsingen på kompetanseheving

Fylkesmannen, med tilhørende tilskuddsmidler, fremstår som en sentral aktør for å finansiere kompetansehevingstiltak i de aktuelle kommunene. Det pågår massiv satsing både på grunnutdanning- og videreutdanningsnivå og det søkes aktivt tilskuddsmidler for å heve kompetansen. Særlig blant de mindre kommunene er disse tilskuddsmidlene avgjørende for å kunne finansiere

³⁴NOKUT, 2018. Til glede og besvær – praksis i høyere utdanning Analyse av studentenes kommentarer i Studiebarometeret 2016.

³⁵ KS arbeidsgivermonitor 2017, s. 27

³⁶ Lai, L. (2011) Kompetansobilisering og egenmotivasjon. Magma 3/2011.

ulike videreutdanningstilbud blant de ansatte. Etter å ha satt kompetanseutviklingen i system gjennom kartlegging av kompetansebehov og identifisering av prioriterte satsingsområder, opplever kommunene at de har fått god tilgang på midler hos fylkesmennene og med det fått et betydelig større løft på kompetansehevingen enn hva de ellers ville hatt mulighet til. En av kommunene søkte midler med utgangspunkt i sitt utkast til kompetanseplan og opplevde at dette utkastet bidro til å utløse betydelig større midler i tilskudd enn de har fått tildelt tidligere, noe som illustrerer potensialet kommunene har ved å benytte seg av slike strukturerte planer.

8.8 Konklusjon

Casekommunene i dette prosjektet satser på kompetanse, de prioriterer det og tilrettelegger for det. De arbeider med flere parallelle spor for å styrke helse- og omsorgstjenestene med nok personell og rett kompetanse - ved å øke grunnkompetanse, satse på etter- og videreutdanning, samt tilrettelegge for læring på arbeidsplassen. Videre ser de elever, studenter og lærlinger som viktige bidragsytere i tjenestene - som vikarer, for arbeidsmiljøet og ikke minst som sentralt for fremtidig rekruttering. Enkelte tjenester i kommunene har fortsatt utfordringer, særlig med å rekruttere sykepleiere og anser utfordringene for å øke fremover. For imøtekomme blant annet disse utfordringene har flere også valgt å fokusere mer på oppgavene som skal løses, mindre på konkrete profesjoner. Dette har medført omgjøring av stillingshjemler og rekruttering av annet høyskoleutdannet personell enn bare sykepleiere. Dette oppleves å både lette rekrutteringsutfordringene og bidra til å styrke kvaliteten i tjenestene.

REFERANSELISTE

Asplan Viak og Fafo, 2010. Strategisk kompetanseutvikling i kommunene.

Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., & Foss, C., 2015. The competence gap in community elderly care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*. doi:10.1177/0107408315601814 I: Forskning på kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunene i Norge

Bing-Jonsson, P., 2016. Hvordan jobbe systematisk med kompetanseheving? Presentasjon for KS.
<http://www.ks.no/globalassets/regionene/ks-buskerud-vestfold-og-telemark/nyttblikk/3.-samling/hvordan-jobbe-systematisk-med-kompetanseheving--bing-jonsson-2016.pdf>

Folkehelseinstituttet, 2016. Effekten av høy andel ufaglærte helsepersonell på kvaliteten og pasientsikkerheten i helse og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet, 2012. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030. Rapport IS-1966

Helsedirektoratet, 2017. Kompetanseløft 2020 Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017. Rapport IS-2560

Hilsen, A. I og A. H. Tønder. 2013. «Saman om» kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013: 03. I: NOU 2018:2 Fremtidige kompetansebehov.

Kommunesektorens organisasjon, Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017.
<http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/arbeidsgivermonitoren/arbeidsgivermonitoren-2017/ks-arbeidsgivermonitor-2017-f36.pdf>

Lai, L., 2011. Kompetansemobilisering og egenmotivasjon. Magma 3/2011.
<https://www.magma.no/kompetansemobilisering-og-egenmotivasjon>

Lai, L., 2013. Steg i strategisk kompetanseanalyse.
<https://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/strategisk-kompetanseanalyse-linda-lai.pdf>

Lai, L., 2012. Strategisk kompetanseplanlegging – hvorfor er det viktig for kommunene? Presentasjon ved Saman om ein betre kommune.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/prosjekter/saman_om_ein_betre_kommune/linda_lai_nettsamling_16022012.pdf

Lai, L., 2013. Strategisk kompetanseledelse. 3. utgave. Fagbokforlaget: Oslo

Menon Economics (2018) *Bemanning, kompetanse og kvalitet – Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Menon-publikasjon nr. 51/2018.

Nokut, 2018. Til glede og besvær – praksis i høyere utdanning. Analyse av studentenes kommentarer i Studiebarometeret 2016.

NOU 2018:2 Fremtidige kompetansebehov. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e6acac1df4964805a34c767fa9309acd/no/pdfs/nou201820180002000dddpdfs.pdf>

Øvrige nettsider:

<https://abc.aldringoghelse.no/>

