

Kompetanseløft 2025

Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021-2025

Et felles løft for fremtiden

Vi har gode helse- og omsorgstjenester i Norge. De fleste av oss får tilstrekkelig hjelp når vi har behov for det. Det skyldes ikke minst mange dyktige ansatte med høy kompetanse.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har et viktig oppdrag: De skal sørge for tjenester av høy kvalitet til innbyggere i alle faser av livet. I årene fremover vil dette bli mer krevende. Vi blir stadig flere eldre, og stadig flere brukere har sammensatte og komplekse behov. Samtidig er det en knapphet på ressurser og personell.

Dette gjør at vi må tenke nytt. Ikke bare må vi legge til rette for god rekruttering til helse- og omsorgstjenesten og for at de ansatte har muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling. Vi må også finne nye måter å jobbe på, bli flinkere til å ta i bruk ny teknologi, utnytte tilgjengelige ressurser bedre og styrke ledelse og planlegging. Bare slik kan vi sørge for at befolkningen i Norge får like gode helse- og omsorgstjenester også i fremtiden.

Derfor lanserer vi Kompetanseløft 2025. Gjennom denne satsingen skal vi sammen sørge for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med tilstrekkelig og kompetent personell. Vi løfter særlig frem etablering av en heltidskultur i tjenestene, redusert vikarbruk og derigjennom økt kontinuitet i bemanningen, som viktige områder å jobbe med de neste årene. Jeg er glad for at vi har fått med oss Delta, Fagforbundet, KS og Norsk sykepleierforbund i et samarbeidsforum for å følge opp Kompetanseløft 2025.

Kompetanseløft 2025 samler mer enn 60 ulike tiltak - fra rekrutteringstiltak til kompetanseheving av ansatte, forskning og utvikling. Sammen skal disse tiltakene bidra til at vi oppnår det både ansatte og brukere i helse- og omsorgstjenesten fortjener: Et felles løft for fremtiden.

Bent Høie

Helse- og omsorgsminister

1 Innledning

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Regjeringen vil skape pasientens og brukernes helse- og omsorgstjeneste, der alle har likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester av god kvalitet. Regjeringen er opptatt av å redusere bruken av deltid, og at det etableres en heltidskultur i helse- og omsorgstjenesten. Gode helse- og omsorgstjenester skapes når pasienten og brukeren møter personell med høy faglig kompetanse og faglig bredde, når det er flest mulig ansatte i hele og faste stillinger og god kontinuitet i bemanningen, og når det er et godt samspill mellom pasienten/brukeren og personellet. Pasientens stemme skal bli hørt, både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Kompetanseløftet 2025 er et virkemiddel i arbeidet med å utvikle en fremtidsrettet og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil bl.a. fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, øke tilgjengelighet og kapasitet, styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten til spesielt brukere med omfattende behov, fremme god helse og livskvalitet og redusere sosiale forskjeller i helse.

Innbyggertallet i Norge stiger, vi blir flere eldre, og sykdomsbildet er i endring. Det er derfor behov for å videreutvikle og utvikle kompetanse og arbeidsmåter for å møte behovene, og å styrke bærekraften i tjenestene. En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste forutsetter at vi utnytter mulighetene som ligger i teknologi, tjenesteutvikling og kompetansen hos de ansatte og pasientene/brukerne, og at vi tar i bruk samfunnets ressurser på nye og bedre måter.

Kompetanseløft 2025 skal følge opp vedtatt politikk og nasjonale strategier. Av disse vil vi bl.a. nevne Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, Meld. St.15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn, Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg, Opptappingsplan for rusfeltet 2016–2020, Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017–2022, Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse 2019–2024 og Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024

og Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 og strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023.

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 setter retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetanse er ett av hovedtemaene i meldingen, med særlig vekt på sykepleiere og helsefagarbeidere.

Kompetanseløft 2025 tar utgangspunkt i et utfordringsbilde der helse- og omsorgstjenestene er preget av knapphet på helse- og sosialfaglig personell, mangel på kompetanse- og kunnskapsgrunnlag, for lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling, svakheter i ledelsen og av planleggingen og organiseringen av tjenestene. Utfordringsbildet byr samtidig på muligheter for en utvikling som vil kunne bidra til måloppnåelsen av Kompetanseløft 2025.

Kompetanseløft 2025 bygger på de gode erfaringene med Kompetanseløft 2020. Til forskjell fra Kompetanseløft 2020 utvides Kompetanseløft 2025 til også å omfatte den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, som fra tidligere har en rekke kompetansetiltak rettet mot tannhelsepersonell. Kompetanseløft i tannhelsetjenesten har vært gjennomført som et ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester.

Kompetanseløft 2025 består av følgende fire strategiske områder med en rekke tiltak: rekruttere, beholde og utvikle personell; brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid; kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena; og ledelse, samhandling og planlegging. Tiltakene under hvert område vil videreutvikles i kompetanseløftets planperiode.

Kompetanseløftet 2025 skal gi retning for strategisk kompetanseplanlegging regionalt og lokalt. For å nå målet for Kompetanseløftet 2025 må en lang rekke aktører samarbeide. Kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester skal være utøvende kompetanseorganisasjoner, som skal utvikles til å møte nye oppgaver og framtidens utfordringer. Det er derfor ønskelig at strategiene i Kompetanseløftet 2025 innarbeides i fylkeskommunale og kommunale kompetanseplaner.

2 Status og utviklingstrekk

2.1 Pasientenes, brukernes og pårørendes behov

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene dekker hele livsløpet og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper, med svært ulike behov og utfordringer. Pasientenes og brukernes behov er i endring både i omfang og innhold. Framtidas brukere vil utgjøre en mer differensiert gruppe med ulike og mer sammensatte behov. De yngste og eldste mottakerne av omsorgstjenester er de som oftest har omfattende bistandsbehov, og det er også disse gruppene som vokser mest og vil vokse mest i omfang årene fremover. I tillegg er bruker- og pasientrollen i endring med sterkere vekt på brukerorientering og helsekompetanse i befolkningen.

Pårørende er en viktig gruppe i arbeidet med å styrke brukerorienteringen. De er en viktig deltaker i pasientens helsetjeneste. For pårørende innebærer pasientens helsetjeneste å være verdsatt, bli lyttet til og være en del av arbeidslaget, så langt pasienten selv ønsker og aksepterer det. Med dette menes at pårørende kan være sentrale bidragsyttere og støttespillere for sine familiemedlemmer eller andre nære ved at de kjenner den enkelte og deres behov

Nesten alle nye ressurser som er satt inn i omsorgstjenestene de siste 20 årene har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper. Nær fire av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester er nå under pensjonsalder. Dette er en vekst om ser ut til å vedvare i årene fremover og skyldes bl.a. at flere i dag overlever alvorlige skader eller sykdommer. Mange av disse tilstandene inngår i begrepet "hjernehelse", som er nærmere omtalt i Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024). Den største gruppen er mennesker som har sammensatte somatiske lidelser, særlig nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag, hode- og ryggskader. Deretter følger mennesker med psykiske lidelser, mennesker med utviklingshemming og personer med rusproblemer. Det er derfor behov for et mangfold av tjenestetilbud og faglige tilnærminger.

Norge står på terskelen til en periode med en sterk vekst i antall eldre i befolkningen. Denne veksten vil ramme ulikt mellom kommuner og regioner, og mange kommuner opplever veksten allerede i dag. Samtidig pågår det en økende flyttestrøm mot byene, særlig blant unge voksne. Som en konsekvens av lave fødselstall og manglende innflytting fra andre kommuner eller fra utlandet, vil derfor aldringen bli sterkest og skje raskest i distriktene.

De yngste og eldste mottakerne av omsorgstjenester er de som oftest har omfattende bistandsbehov, og det er også disse gruppene som vokser mest og vil vokse mest i omfang årene fremover.

2.2 Tjenestene

Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige tjenester som møter den enkeltes behov. Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 definerer hva kommunen skal tilby, bl.a. allmennlegetjenester, ulike former for hjemmetjenester, opphold i sykehjem og andre typer institusjoner, tilbud om avlastningstiltak og støttekontakt, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, offentlig fysioterapitjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, rusomsorg og psykisk helsearbeid. Den offentlige tannhelsetjeneste ytes av fylkeskommunene.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 viser til at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, samt hvilke grupper de skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. Disse er, barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. I tillegg gis det stønad til tannbehandling for innsatte i fengsel og rusavhengige i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer.

Det har over flere år pågått en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling. Tjenestetilbudet har endret karakter ved å legge større vekt på helsetjenester framfor sosiale forhold og praktisk hjelp i hverdagen. Økt vekt på hjemmerehabilitering og tidlig innsats bidrar til å opprettholde og styrke brukeres egenmestring, slik at de kan bli boende hjemme lengre.

Pasienter skrives ut fra sykehus tidligere enn før eller gis spesialisthelsetjenester uten sykehusinnleggelse, som i økende grad medfører at oppfølging og behandling fortsetter i hjemmet. Økt bruk av e-konsultasjon og måling av egen helse i allmennlegetjenesten bidrar til å redusere pasientbesøk på legekantorene. Fremtidig bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene vil understøtte denne utviklingen.

Flere oppgaver enn tidligere blir nå løst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen skjøt særlig fart under samhandlingsreformen med raskere utskrivning av pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Dette har ført til både flere oppgaver og mer avansert behandling i de kommunale tjenestene. Fastlegene har opplevd en sterkt økende arbeidsbelastning til tross for kortere listelengder.

2.3 Personell og kompetanse

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har hatt en betydelig årsverksvekst de siste årene, og framskrivninger viser at årsverksbehovet vil øke i årene fremover. Samtidig preges tjenestene av høyt sykefravær, høy turnover, høy avgang, høyt omfang av deltidsstillinger og høy vikarbruk. Samlet legger dette et stort press på kommunene i deres arbeid med å sikre tjenestene tilstrekkelig og kompetent bemanning. En reduksjon i sykefraværet, turnover og avgang og ikke minst i omfanget av deltid, vil kunne redusere rekrutteringsbehovet og stabilisere personellet i tjenestene. Dette må i tillegg suppleres med å finne andre måter å jobbe på, nye løsninger, legge til rette for rekruttering og omskolering av voksne mv. Dette drøftes nærmere i omtalen av utfordringsbildet og strategiområdene nedenfor.

2.3.1 Årsverk

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde fra utgangen av 2015 til utgangen av 2019 en årsverksvekst på om lag 11,3 pst., som utgjør om lag 16 800 årsverk. Veksten var størst blant personell med høyere helse- og sosialfaglig utdanning, med en vekst på om lag 17,9 pst. Blant disse har veksten vært særskilt høy blant sykepleiere med og uten spesialisering, med en samlet vekst på 14 pst. og i overkant av 5000 årsverk i perioden. For personell med helse- og sosialfag fra videregående opplæring var veksten godt under snittet, med en vekst på om lag 8,6 pst. Særlig har det blant helsefagarbeidere vært en lav vekst, med en vekst på 7,2 pst. og om lag 3400 årsverk i perioden.

Tabell 2.1 Avtalte årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2015–2019

| Utdanningsnivå | Utdanningsgrupper | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2015-2019 |
|--|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Helse- og sosialfag videregående opplæring | Aktivitør | 1229 | 1191 | 1162 | 1069 | 993 | - 19,2 % |
| | Barne- og ungdomsarbeidere | 1051 | 1128 | 1260 | 1333 | 1475 | + 40,3 % |
| | Helsesekretær | 2573 | 2582 | 2640 | 2651 | 2645 | + 2,8 % |

| | | | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|-------|----------|----------|
| | Hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider | 46333 | 47076 | 48145 | 48355 | 49688 | + 7,2 % |
| | Andre med helseutdanning på vg. nivå uten autorisasjon | 3337 | 3374 | 3584 | 4036 | 4400 | + 31,9 % |
| Helse- og sosialfag høyere utdanning | Barnevernspedagog | 915 | 946 | 969 | 1071 | 1185 | + 29,6 % |
| | Ergoterapeut | 1944 | 2044 | 2214 | 2338 | 2438 | + 25,4 % |
| | Fysioterapeuter | 4690 | 4806 | 4966 | 5039 | 5115 | + 9,1 % |
| | Leger | 5457 | 5585 | 5823 | 5963 | 6094 | + 11,7 % |
| | Miljøterapeuter og pedagoger | 3984 | 4205 | 4433 | 4857 | 5220 | + 31,0 % |
| | Psykisk miljøarbeid | 168 | 168 | 180 | 186 | 176 | + 4,6 % |
| | Sosionom | 1381 | 1446 | 1597 | 1733 | 1919 | + 38,9 % |
| | Vernepleier | 7921 | 8259 | 8683 | 9058 | 9416 | + 18,9 % |
| | Sykepleiere med bachelorgrad | 25812 | 26654 | 27725 | 28273 | 29006 | + 12,4 % |
| | Sykepleiere med videreutdanning, herav: | 10154 | 10644 | 11184 | 11629 | 11997 | + 18,2 % |
| | - geriatrisk sykepleier | 1814 | 1857 | 1934 | 1969 | 1977 | + 9,0 % |
| | - helsesøster | 2660 | 2777 | 2904 | 3025 | 3125 | + 17,5 % |
| | - jordmor | 372 | 421 | 462 | 520 | 565 | + 51,9 % |
| - psykiatrisk sykepleier inkl. psykisk helsearbeid | 2227 | 2266 | 2358 | 2407 | 2455 | + 10,2 % | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | - sykepleier med annen spes./videreutdanning | 3080 | 3323 | 3526 | 3708 | 3875 | + 25,8 % |
| | Andre med helseutdanning på høgskolenivå uten autorisasjon | 2442 | 2450 | 2649 | 2971 | 3139 | + 28,5 % |
| Helseutdanning på ukjent nivå | Helseutdanning på ukjent nivå uten autorisasjon | 853 | 917 | 923 | 1023 | 1096 | + 28,5 % |
| Uten helse- og sosialfag | Andre i brukerrettede tjenester med annen vg. utd. | 11647 | 11999 | 12778 | 13206 | 13866 | + 19,1 % |
| | Andre i brukerrettede tjenester uten vg. utd. | 17920 | 17333 | 17358 | 17758 | 17797 | - 0,7 % |
| | Uspesifisert, annet | 2671 | 2572 | 2570 | 2804 | 2573 | - 3,6 % |
| Service og administrasjon | Servicefunksjoner | 4332 | 4475 | 4480 | 4515 | 4495 | + 3,8 % |
| | Administrativt personell | 1918 | 1898 | 1845 | 1896 | 1856 | - 3,2 % |
| Totalt | | 15873 | 16175 | 16716 | 17176 | 17658 | +11,3 % |
| | | 0 | 2 | 6 | 5 | 9 | |

Kilde. Statistisk sentralbyrå

Merknader: Inkluderer ikke psykologer. Gjennom tilskuddsordningen til rekrutteringen av psykologer ble det i 2019 registrert 615 psykologstillinger fordelt på 381 kommuner i 2019. Inkluderer flere utdanninger som ikke er spesifisert i tabellen. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser bl.a. at det i 2019 var 58 sysselsatt personer utdannet som klinisk ernæringsfysiolog i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Tabell 2.2 Avtalte årsverk i fylkeskommunal tannhelsetjeneste 2015–2019

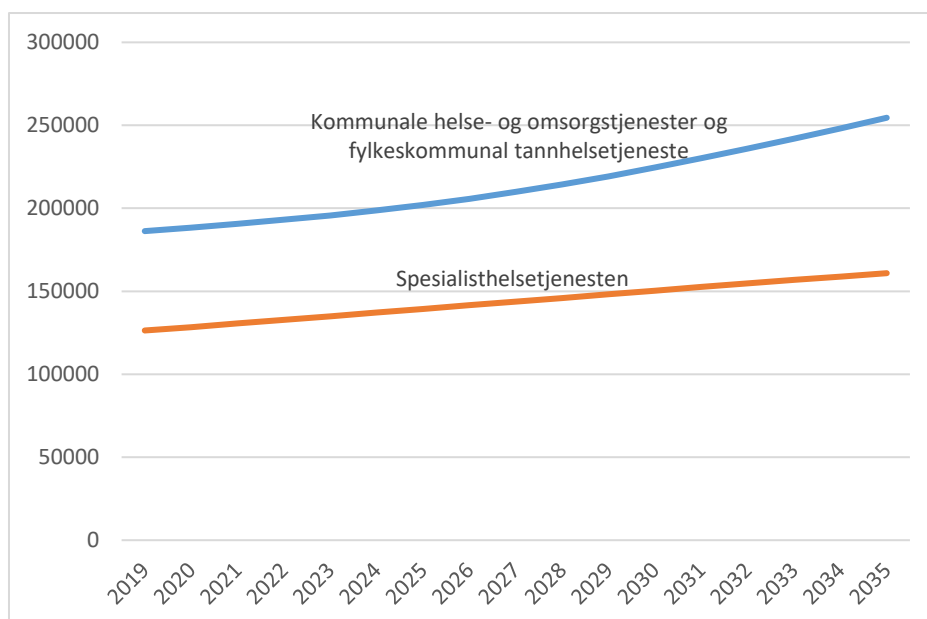
| Utdanningsgrupper | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2015-2019 |
|---|------|------|------|------|------|-----------|
| Tannlegespesialist | 67 | 73 | 77 | 73 | 85 | + 26,9 % |
| Tannleger uten spesialitet | 1266 | 1278 | 1279 | 1285 | 1285 | + 1,5 % |
| Tannpleier | 512 | 520 | 535 | 537 | 554 | + 8,2 % |
| Tannhelsesekretær | 1451 | 1479 | 1503 | 1490 | 1539 | + 6,1 % |
| Annet personell med helseutdanning/yrke | 67 | 64 | 66 | 75 | 79 | + 17,9 % |
| Administrativt personell | 42 | 40 | 35 | 32 | 24 | - 42,9 % |
| Annet personell med service-funksjoner | 38 | 36 | 32 | 29 | 30 | - 21,1 % |
| Annet uspesifisert personell | 45 | 43 | 52 | 48 | 50 | + 11,1 % |
| Totalt | 3486 | 3533 | 3579 | 3569 | 3646 | |

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2020

Merknader: Flere tannlegespesialiteter er ikke registrert i SSBs data over offentlig sektor, bl.a. kjeveortopeder, pedodontister mv.

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå av etterspørselen etter personell i helse- og omsorgstjenesten viser at årsverksveksten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten vil kunne være i overkant av 70 000 årsverk frem til 2035. Hele 60 000 av disse årsverkene er i omsorgstjenesten.

Figur 2.1 Framskrivning av etterspørselen etter årsverk i helse- og omsorgstjenesten frem til 2035



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Merknad: Framskrivningsbanen er basert på middelalternativet i befolkningsframskrivningene 2018, 0,5 pst. årlig økning i produktivitet, 1 pst. årlig økning i standard (årsverk per bruker), samt konstant familieomsorg. Dette er de samme forutsetninger som lå til grunn for årsverksframskrivningene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til slike tallmessige framskrivninger. Framskrivningene er derfor ikke ment som forsøk på å forutsi framtida, men som illustrasjoner til debatten om hva slags framtid vi ønsker.

2.3.2 Omfang av deltid og vikarbruk

Kun om lag 32,1 pst. av de sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med kommunal ansettelse hadde avtalt en stillingsprosent på 100 pst. eller mer i 2019. Dette var en økning på 1,8 prosentpoeng fra 2018. 15,6 pst. hadde avtalt en stillingsprosent på mellom 80-99, mens 26,9 pst. hadde avtalt en stillingsprosent på mindre enn 50 pst. Det er særlig omsorgstjenestene som preges av høy deltidsbruk, der kun 30 pst. av de sysselsatte hadde avtalt en stillingsprosent på 100 pst. eller mer.

Gjennomsnittlig avtalt stillingsprosent har økt fra 69,9 pst. ved utgangen av 2015 til 73,2 pst. ved utgangen av 2019. Det er særlig personell uten helse- og sosialfaglig utdanning som har lave stillingsbrøker med en gjennomsnittlig avtalt stillingsprosent på i overkant av 50 pst. Helsepersonell med høyere utdanning har de høyeste avtalte

stillingsprosentene med gjennomsnitt på rundt 90 pst. Helsefagarbeidere har en gjennomsnittlig avtalt stillingsprosent på i underkant av 80 pst.

Ifølge Statistisk sentralbyrå foreligger det i dag ingen sikre tall på omfanget av vikarbruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere forhold tyder på at omfanget er høyt.

2.3.3 Sykefravær, turnover og avgang

Sykefraværet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har holdt seg stabilt på i overkant av 11 pst. over flere år, tilsvarende om lag 18 000 årsverk. Høyest er sykefraværet blant helsefagarbeidere og sykepleiere, med hhv. 12,8 pst. og 12,7 pst. sykefravær. Med så høyt sykefravær som det er i dagens situasjon går svært mange ressurser og mye kompetanse tapt.

Det vil bli stort behov for å rekruttere helsefagarbeidere om få år. Gjennomsnittsalderen for helsefagarbeidere er betydelig eldre enn andre faggrupper, der andelen 55 år eller mer er nærmere 35 pst. Andelen sykepleiere og ufaglærte som er 55 år eller mer fra 2016 til 2018 er om lag 22 pst.

Det var totalt 14,9 pst. turnover blant ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2019, med turnover i betydningen de som slutter i kommunen, som er en økning fra 12,7 pst. i 2011. Andelen personell som avslutter sitt arbeidsforhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er relativt stabil i perioden 2009 til og med 2019.

2.3.4 Lederkompetanse

Tall fra KS viser at det er om lag 11 200 ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Av disse er om lag 3200 i institusjonsbaserte tjenester, 4200 i hjemmebaserte tjenester og 3700 i helsetjenester. En undersøkelse fra NORCE i 2020 på oppdrag fra KS viser at helse- og omsorgstjenestene skiller seg ut fra resten av kommunen med stort lederspenn (antall ansatte en leder har lederansvar for). Større lederspenn betyr at lederens oppgavevolum øker, og dette gjelder særlig oppgavene knyttet til administrative og formelle krav. Undersøkelsen viser bl.a. at i alders- og sykehjem er medianen 93 ansatte per leder, men at det forekommer virksomheter med 274 ansatte per leder. Tilsvarende er medianen for hjemmetjenesten 59 ansatte per leder, men at det forekommer virksomheter med inntil 315 ansatte per leder. Rapporten peker også i retning av at jo større lederspennet er, jo høyere er sannsynligheten for mange

fraværsdager og for å slutte i virksomheten. Det er derfor behov for større ledertetthet, økte stillingsbrøker og økt kompetansebygging.

2.4 Kommunenes håndtering av covid-19

Det er for tidlig å si hvilke langvarige konsekvenser håndteringen av covid-19 i kommunene vil ha med hensyn til kompetanse- og personellbehov. Det er både kapasitets- og kompetansemessig krevende for tjenestene å ivareta smittevern, beredskap og covid 19-pasienter, når de samtidig skal levere gode tjenester til øvrige pasienter og brukere. Behovet for reservepersonell vil ofte løses lokalt i kommunene, bl.a. gjennom å øke stillingsbrøkene til egne ansatte. Helsedirektoratet har i tillegg etablert en nasjonal løsning for reservepersonell som kommunene kan benytte i sitt rekrutteringsarbeid.

3 Evalueringer og erfaringer fra Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 var regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for perioden 2016–2020. Formålet med planen var å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Kompetanseløft 2020 var en kompleks satsing som besto av nærmere 50 tiltak og flere ulike virkemidler, og som ble iverksatt til ulike tider og av ulike aktører. Kompetanseløft 2020 ble følgeevaluert av Sintef, Nibr og Nifu. I forbindelse med følgeevalueringen ble tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene evaluert som et eget delprosjekt. I tillegg er det gjennomført evalueringer av enkelttiltak og innhentet innspill fra Helsedirektoratet og partene i arbeidslivet.

Samlet har Kompetanseløft 2020 både bidratt til å heve kompetansen og øke rekrutteringen, til økt tjeneste-, fag- og kunnskapsutvikling, og til å styrke ledelseskompetansen i tjenestene. Kompetanseløft 2020 synes samtidig ikke å treffe like godt blant små kommuner som blant større kommuner.

3.1 Kompetansehevende tiltak

Det fremgår av følgeevalueringen at kommunene ikke ville hatt mulighet til å drive kompetanseutvikling i så stor skala som de gjør uten Kompetanseløft 2020. Årlig har om lag 5000 ansatte fullført en grunn- eller videreutdanning innen helse- og sosialfag og om lag 25 000 ansatte fullført et kurs, internopplæring eller annen etterutdanning med midler fra Kompetanseløft 2020 i de første fire årene av planperioden. De statlig initierte opplæringstilbudene som ABC-ene (Eldreomsorgens ABC, Demensomsorgens ABC mfl.), benyttes aktivt av de aller fleste kommunene, særlig i internopplæringen. Samlet har dette bidratt til å tilføre tjenestene betydelig kompetanse. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i perioden 2016–2019 var en vekst på om lag 14 700 årsverk helse- og sosialutdannet personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, av en samlet vekst på om lag 16 800 årsverk.

Det fremgår av følgeevalueringen at støtte til formalutdanninger (grunn- og videreutdanninger) oppgis å være det klart viktigste tiltaket i Kompetanseløft 2020, og at opplæring som ikke er kompetansegivende bør finansieres av for eksempel kommunene selv, med unntak av de statlig initierte opplæringstilbudene.

Samlet sett er det flere forhold som tyder på at det særlig er små distriktskommuner som har de største utfordringene med å håndtere personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Kompetanseløft 2020 synes ikke å treffe like godt blant

små kommuner som blant større kommuner. Prioriteringene som settes for enkelte av tilskuddsordningene møter ikke behovene i små kommuner, og tilbakemeldingen er at kommunene burde få større rom til å prioritere ut fra egne behov. Videre fremgår det at små kommuner og kommuner som ligger langt fra utdanningsinstitusjoner ville ha hatt større nytte av tilskuddene dersom tilskuddene hadde dekket en større del av utgiftene.

3.2 Rekrutteringstiltak

Helsedirektoratet vurderer at rekrutteringstiltakene Menn i helse og Jobbvinner har god måloppnåelse. Evalueringen av tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunene viser at tilskuddet var en suksess. I tillegg tilsier erfaringer fra Kompetanseløft 2020 og foregående handlingsplaner at tiltak knyttet til ledelse, fagmiljø og kompetanseheving indirekte har stor positiv innvirkning på rekrutteringen til tjenestene.

3.3 Tjenesteutvikling

Det prøves ut flere arbeidsformer for mer teambaserte tjenester. Oppfølgingsteam startet i 2018 og innebærer en mer strukturert, tverrfaglig oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Den treårige piloten for primærhelseteam ble påbegynt i 2018, og målgruppen er alle innbyggere på fastlegenes lister, med særlig fokus på å sikre bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov.

Det pågår også et treårig prosjekt innen legevakt som ble startet høsten 2019. Det er også utarbeidet veileder for legevakttjenesten og utredet kvalitetsmål for legevaktstjenesten som vil inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitalene tjenestene. Akuttmedisinforskriften er gjennomgått og kravet til bakvakt er endret.

3.4 Fag- og kunnskapsutvikling

Gjensidig veiledningsplikt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten ble innført fra 1. januar 2018, og kommunene er i jevnlig dialog med både sykehus og fylkesmennene om hva som forventes av faglig kvalitet og forsvarlighet. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester vurderes av Helsedirektoratet å være et virkningsfullt tiltak, og som har et betydelig potensial for ytterligere fag- og tjenesteutvikling i tjenestene.

3.5 Ledelse

Deltakerne er svært fornøyd med innholdet i Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, som har mellomledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som målgruppe. Samlet

har om lag 840 ledere gjennomført lederutdanningen frem til nå. Det er imidlertid fortsatt en betydelig andel av ledere uten formell lederutdanning. En kartlegging av lederkompetansen i 2020 tyder på at om lag 50 pst. av lederne i den kommunale helse- og omsorgstjeneste og om lag 20 pst. av lederne i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ikke hadde en formell lederutdanning med over 30 studiepoeng.

4 Utfordringsbilde

Selv om det er oppnådd mye gjennom Kompetanseløft 2020, står de kommunale helse- og omsorgstjenestene fortsatt overfor betydelige utfordringer i årene fremover med å sikre en bærekraftig og god helse- og omsorgstjenestene med tilstrekkelig og kompetent personell for å møte brukernes behov for tjenester.

Personellet utgjør den grunnleggende ressursen i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og kvaliteten på tjenestene påvirkes av endringer i personellens kunnskap, forståelse, ferdigheter, holdninger og verdier.

Helse- og omsorgssektoren har behov for et styrket kunnskapsgrunnlag. Det er behov for kunnskap både om tjenesteinnhold og tjenestekvalitet, organisering, ledelse og styring av tjenestene, effekter av arbeidsformer og faglige tilnærminger, samt samspill med brukere og andre omsorgsressurser. Det er også behov for kunnskap om status og utvikling av den frivillige og uformelle omsorgen.

Det er også store bærekraftutfordringer. De samlede ressursene i hele samfunnet må utnyttes bedre. Fremtidens tjenester må derfor ha nødvendig fleksibilitet og omstillingsevne. Dette stiller store krav til innovasjon og endring i tjenestene i årene fremover.

Selv om mange kommuner jobber godt med disse utfordringene, er det avgjørende med et fortsatt statlig engasjement for å bistå kommunene. Mange kommuner trenger veiledning og støtte. Mange utfordringer kan heller ikke løses av kommunene alene, men må løses i samarbeid med regionale og nasjonale aktører. Noen utfordringer kan bare løses nasjonalt.

Kompetanseløft 2025 tar utgangspunkt i følgende fire hovedutfordringer:

- Knapphet på helse- og sosialfaglig personell.
- Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag.
- For lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling.
- Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene.

4.1 Knapphet på helse- og sosialfaglig personell

Mange kommuner sliter med å rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten. I Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen fra 2016, opplyser nær halvparten av kommunene at de ikke har nok sykepleiere. NAV estimerte i 2019 en

mangel på 4500 sykepleiere, 1100 spesialsykepleiere og 2650 helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenesten som helhet. KS' arbeidsgivermonitor for 2019 viser at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere, men også leger, psykologer og vernepleiere.

Årsakene er flere og sammensatte; mangel på heltidsstillinger, små eller manglende fagmiljøer, begrensede muligheter for fagutvikling, høyt arbeidspress og dårlig omdømme. Undersøkelser viser at kun 2 av 10 nyutdannede sykepleiere hadde jobb i sykehjem eller hjemmetjeneste som førstevalg etter endte studier. Evalueringen av fastlegeordningen viser at det har blitt vanskeligere å rekruttere nye leger inn i ordningen. Samtidig slutter flere fastleger enn før.

Utfordringene med å sikre tilstrekkelig personell må også ses i sammenheng med utdanningskapasitet og mulighet for veiledning/praksis i kommunene, et høyt omfang av deltidstillinger, høyt sykefravær, høy turnover.

Disse utfordringene må bl.a. møtes med tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle personell omtalt i kap. 7.6, og med tiltak som bidrar til å forbedre ledelsen, samhandlingen og planleggingen i tjenestene omtalt i kap. 7.9.

4.1.1 Begrenset tilgang på personell

Statistisk sentralbyrå har laget framskrivinger over tilbud og etterspørsel etter helsepersonell som bl.a. viser at det i hele helse- og omsorgssektoren vil kunne mangle om lag 28 000 sykepleierårsverk, om lag 18 000 helsefagarbeiderårsverk og om lag 4 900 vernepleierårsverk fram mot 2035.

Rekrutteringen av voksne for å utdanne seg til å bli helsefagarbeidere ble redusert etter omleggingen fra den skolebasert hjelpepleierutdanningen til den yrkesfaglige helsefagarbeiderutdanningen. Selv om tilgangen på helsefagarbeidere har økt betydelig siden 2010, har den ikke nådd tilsvarende nivå som før omleggingen og klarer i tillegg ikke å kompensere for frafallet ved pensjonsalder blant helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Mindre kommuner har særlige utfordringer med å legge til rette for at ansatte kan ta utdanning. Denne utfordringen forsterkes ved at færre studenter enn tidligere følger desentralisert undervisning. Siden 2010 har det vært en økning i antallet som følger nettbasert undervisning, mens antallet studenter som følger desentral undervisning har gått ned. Dette gir følger for små kommuner med lang avstand til høyskoler og universiteter. Undersøkelser viser at desentraliserte utdanningstilbud styrker rekrutteringen av kvalifisert personell, og de blir værende i kommunene.

Det er behov for å heve kvaliteten og øke omfanget av praksis i kommunene for en rekke helse- og sosialfaglige utdanninger. I dag gjennomføres om lag 2/3 av alle praksisstudier i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke lenger i samsvar med hvordan arbeidsoppgaver fordeler seg mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak. Positive erfaringer fra praksisperioder kan være rekrutterende med tanke på framtidig arbeidsforhold.

4.1.2 Høy andel deltid

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten preges fortsatt av et høyt omfang av deltidsstillinger, noe som påvirker både brukernes opplevelser negativt og gir kommunene som arbeidsgiver flere utfordringer. Informasjonsflyt og brukermedvirkning blir særlig utfordrende, og påvirker tjenestekvaliteten og pasientsikkerheten.

Deltid kombinert med turnus gjør det vanskelig for ansatte å ha en annen deltidsjobb for å sikre tilstrekkelig lønnsgrunnlag. Videre gjør mange små stillingsprosenter det vanskelig å rekruttere kvalifisert arbeidskraft, og tilbud om kun deltidsstillinger har negativ innvirkning på ungdoms utdanningsvalg.

Deltidsarbeid er en stor arbeidsgiverutfordring. Ledere med personalansvar for mange deltidsansatte opplever utfordringer i oppfølging av sykefravær, ivaretagelse av ansatte, etablering og utvikling av fagmiljøer og kompetanseutvikling i tjenesten. Ansvar for å ivareta kontinuitet i pasientarbeidet blir stort for de få som jobber i hele stillinger.

4.1.3 Høyt sykefravær, høy turnover og avgang

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er preget av et høyt sykefravær, høy turnover og høy avgang. Dette medfører både at betydelige deler av personellet må erstattes av vikarer, og at behovet for å rekruttere og beholde personell er høyt. Høy turnover i helse- og omsorgsykker er generelt sett assosiert med lav arbeidsglede og manglende jobbengasjement. Høyt sykefravær og høy turnover har videre betydning for mottakerens opplevelse av tjenestens kvalitet og kontinuiteten i bemanningen. Sykefravær påvirkes bl.a. av ansattes arbeidsmiljø og arbeidsbelastning, herunder turnusarbeid. Det er en sammenheng mellom høyt omfang av deltid og høyt sykefravær.

4.2 Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag

Det ytes stadig mer avansert medisinsk behandling i de kommunale tjenestene, og flere pasienter og brukere har sammensatte behov. Beslutninger skal i større grad tas

sammen med brukere, og ny teknologi skal tas i bruk i oppgaveløsningen. Utviklingen stiller større og endrede krav til kompetanse og samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede pasient- og brukerbehov. Mange brukere har behov for flere tjenester både innad i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten – samtidig og over lang tid. Dette endrer kompetansebehovet og stiller krav til kunnskapsgrunnlaget i tjenestene.

4.2.1 Endrede kompetansebehov

Det er behov for personell med både høyere, bredere og annen kompetanse enn i dag. Videre er det et stort behov for opplæring av personell uten fagutdanning, rekruttering til yrkesutdanning i helse- og sosialfag og etter- og videreutdanning.

Dette handler både om at noen utdanninger ikke gir tilstrekkelig kompetanse på nødvendige områder, og at personell ikke har tilstrekkelig kompetanse til å møte pasientenes, brukernes og pårørendes behov. Dette må ses i sammenheng med mangel på kompetanseplanlegging, knapphet på personell og mangelfull systematisk regional dialog mellom tjenestene og utdanningssektoren. I tråd med at helse- og omsorgstjenestene digitaliseres er det behov for kompetanse innen IKT, anskaffelse og kjøp av nødvendig utstyr i tjenesten.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det vil bli flere eldre med innvandrerbakgrunn framover, særlig i områdene rundt de store byene. Helse- og omsorgstjenestene må tilrettelegges på en måte som sikrer at disse brukerne får gode og tilstrekkelige tjenester. Den endrede sammensetningen av brukeres kulturelle og religiøse bakgrunn vil få en betydning for utforming av tjenestene, og stille større krav til individuell tilrettelegging. Det er et stort kompetansebehov blant helse- og omsorgspersonell om innvandrergruppers helse, sykdomsforståelse, risikofaktorer og om sammenhengen mellom migrasjon og helse. Det er også for lite kunnskap om hvilke barrierer innvandrere opplever når det gjelder tilgang til tjenester. Kvalifiserte tolker brukes i liten grad, og det er mangelfulle rutiner for, og kunnskap om, bestilling, bruk og oppfølging av tolkene.

4.2.2 Kunnskapsgrunnlag

Det er behov for økt forskningsinnsats i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette er det bl.a. blitt redegjort for av Kommunenes strategiske forskningsorgan i sin sluttrapport til HelseOmsorg21-rådet. Det er etablert få strukturer for kunnskapssystem for kommunene både når det gjelder å utvikle, formidle og ta i bruk kunnskap, og vi har lite

systematisk kunnskap om kommunenes interne ressursbruk, kompetanse og kapasitet for initiering og deltakelse i forskningsprosjekter. Mye av kunnskapsutviklingen er initiert av andre enn kommunal sektor og uten tilstrekkelig involvering fra kommunene. Samlet fremgår det av følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 at små kommuner synes å ha de største utfordringene med fag- og kunnskapsutviklingen.

Nye oppgaver, nye medisinske og teknologiske muligheter og økende behov for helse- og omsorgstjenester, omstillingsbehov og strammere budsjetter i kommunene, vil kreve forskning bl.a. for å sikre at prioriteringer kan skje kunnskapsbasert og innenfor rammene av faglig forsvarlighet. Både helsepersonell, administrativ ledelse og politikere trenger et bedre kunnskapsgrunnlag for utviklingen av de viktige oppgavene som skjer i kommunene. Det er stort behov for grunnleggende data fra tjenestene.

4.3 For lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling

4.3.1 Brukermedvirkning

Det er fortsatt slik at for mange beslutninger innen helse- og omsorgstjenesten tas uten at pasienten har fått anledning til å ha innflytelse. Dette gjelder alt fra beslutninger om tjenestenes utforming og innretning, til de pasientnære beslutningene som direkte berører den enkeltes liv. Erfaringene fra Kompetanseløft 2020 er at tjenestene er blitt mer brukerorientert, men at brukermiljøene blir involvert i planarbeid på et sent tidspunkt i prosessene, slik at påvirkningsmuligheten er liten.

En ny brukerrolle, der brukeren deltar i beslutninger og følger opp, krever at brukerne får tilstrekkelig informasjon, veiledning og opplæring og anledning til å erverve seg god helsekompetanse. Kommunene har i liten grad etablert slike tilbud. Mange kommuner har etter hvert etablert frisklivstilbud, men få kommuner har etablert opplæringstilbud for de store brukergruppene med kronisk sykdom. I tillegg krever en ny brukerrolle ofte også en mer personsentrert tilnærming i tjenestene, med endringer i personellet holdninger, arbeidsformer og faglige metoder.

4.3.2 Tverrfaglighet, samarbeid og samhandling

Utviklingen stiller større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en tverrfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet.

Som eksempel har mange brukere av hjemmetjenester mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for både mer helsetjenester og mer avanserte helsetjenester enn før. De har behov for mer legetjenester, tannhelsetjenester, fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. I tillegg til dette kommer også behovet for hverdags- og livsmestring knyttet til det å forebygge sosiale og psykiske helse- og livsutfordringer. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenester innad i kommunene og inn mot tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Disse tjenestene må utvikle sine samarbeidsformer. Det kan være behov for å etablere nye organisatoriske løsninger som bedre reflekterer dagens utfordringer. Involvering av brukerne er en nøkkelfaktor i å oppnå forbedret samhandling.

4.4 Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene

4.4.1 Ledelse

Utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er omfattende og komplekst, og det krever kompetente ledere til å gjennomføre nødvendige tiltak og endringer. For å ivareta det lovpålagte ansvaret og de krav som stilles til styringssystemer i form av internkontroll og kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, kreves kompetente ledere på alle nivåer. Helsetilsynet har gjentatte ganger sagt at deres tilsynsfunn tyder på mangelfull kvalitetssikring og kontroll, og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen.

Det er lav ledertetthet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og lav lederkompetanse hos for mange av lederne. Høy deltidsbruk tilsier at hver leder har mange ansatte å følge opp. Den organisatoriske fragmenteringen er i seg selv en lederutfordring. God faglig kvalitet i tjenestene og god pasientsikkerhet krever at alle deltjeneste har gode samarbeidsrutiner og også samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten.

Det er behov for ledere med mer kompetanse både om ledelse og om de tjenestene de skal lede. Ledere trenger mer kompetanse om forvaltning, planarbeid, kvalitetsforbedringsarbeid, folkehelsearbeid, samhandling, innovasjon og teknologiske løsninger.

Kommunene har ansvar for tjenester som ytes av privat næringsdrivende helsepersonell basert på individuelle avtaler og rammeavtaler med en annen finansiering enn øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Slik aktivitet utgjør en ledelsesutfordring for kommuner og fylkeskommuner.

4.4.2 Planlegging

En undersøkelse av strategisk kompetanseplanlegging i kommunene peker på at få planer er politisk behandlet, slik at utfordringsbildet ikke er godt nok kjent for lokalpolitikere. Tilbakemeldinger fra fylkesmannsembetene tyder på at mange kommuner, særlig mindre kommuner, har begrenset kapasitet og kompetanse når det gjelder analyser og planlegging av tjenestene. Tilsvarende viser Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen at det fortsatt er kommuner som ikke utarbeider planer for å møte de framtidige helse- og omsorgsutfordringene. Videre viser Riksrevisjonens undersøkelse at myndighetene ikke har god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen.

Det fremgår av følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020 at det er en utfordring å stimulere kommunene til å bruke den nye kompetansen som ansatte får. Dette kan oppnås gjennom gode kompetanseplaner. De aller fleste større kommuner har utarbeidet en kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene, mens dette gjelder halvparten av de små kommunene. Kompetanseplaner kan gjøre det lettere å jobbe strategisk med kompetanseutvikling og være egnet til å utforme tiltak for å møte egne kompetansebehov og dimensjonere innsatsen.

Ifølge KS' Arbeidsgivermonitor 2019 opplever et stort flertall av kommuner og fylkeskommuner det som utfordrende å realisere gevinster ved digitalisering.

4.4.3 Endring og omstilling av oppgaver og tjenester

Kommunene er i stadig omstilling for å finne nye måter å yte tjenester og organisere oppgaver på. Det kreves endringer for at tjenestene skal bli bedre tilpasset brukernes behov, utnytter ny teknologi og tilgjengelige ressurser bedre, samt styrker det faglige samarbeidet. Dette er imidlertid krevende for mange kommuner. Noen kommuner må fortsatt gå i front for å utvikle og prøve ut nye modeller og metoder, slik at andre kan følge etter.

5 Mål

For å løse utfordringene skissert ovenfor har regjeringen følgende mål for Kompetanseløft 2025:

Kompetanseløft 2025 skal bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Ansvar for å sikre en faglig sterk tjeneste og tilstrekkelig og kompetent bemanning ligger hos kommunene og fylkeskommunene. Med Kompetanseløft 2025 ønsker regjeringen å understøtte kommunene og fylkeskommunene i deres arbeid med å forvalte dette ansvaret.

For å nå målet består Kompetanseløft 2025 av fire strategiske områder. Tiltakene under hvert område vil videreutvikles i kompetanseløftets planperiode, og tiltak med økonomiske konsekvenser omtales i de årlige statsbudsjettene og Stortingets behandling av disse. Kompetanseløft 2025 vil bygge på erfaringene fra Kompetanseløft 2020 og videreutvikle tiltakene som fungerer godt i samarbeid med aktørene.

6 Strategiområde 1: Rekruttere, beholde og utvikle personell

Gjennom Kompetanseløft 2025 skal kommunesektoren få bistand i sitt arbeid med å rekruttere og beholde helse- og sosialfaglig personell, og i å utnytte mulighetene som kompetanseheving gir til å sikre tjenestene helse- og sosialfaglig personell. Det skal legges vekt på å heve kompetansen innenfor områder med særskilt svikt og tjenester med særlig utfordringer til å møte brukernes og pasientenes behov, og på å innrette tiltak slik at de ivaretar variasjonene i kommunenes personell- og kompetanseutfordringer. Kompetanse- og innovasjonstilskuddet vil innrettes for å større grad ivareta kompetansebehovene for små kommuner. Kompetanse i alle ledd, opplæring i startfasen og tilgjengelig IT- og teknologikompetanse er viktige faktorer ved innføring av velferdsteknologi og nasjonale e-helseløsninger.

Tilgjengelige utdanningstilbud oppgis av mange kommuner som en viktig forutsetning for kompetanseheving av ansatte, særskilt i distriktene. Desentraliserte og deltidsbaserte utdanninger vil derfor stå sentralt. Muligheter for kompetanseheving og fagutvikling, hele stillinger og et godt arbeidsmiljø bidrar videre til å gjøre tjenestene mer attraktive og enklere å rekruttere til.

Regjeringen foreslår både en videreføring av pågående tiltak og flere nye tiltak for å bidra til kompetanseutvikling av ansatte, og støtte kommunene i deres arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle ansatte. Dette omfatter bl.a. å videreutvikle kompetansen om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Mange av tiltakene forutsetter et tettere samarbeid mellom fylkesmenn, UH-sektoren, kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Det vil i planperioden vurderes å utrede muligheten for et felles nasjonalt opplæringsprogram for alle medarbeidere uten helse- og sosialfaglig utdanning som skal jobbe brukerorientert, og vurderes å utrede behovet for videreutdanninger rettet inn mot ansatte i hjemmebaserte tjenester.

6.1 Tiltak

Rekruttering

- Tilskudd til styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Formålet med tilskuddet er styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Målgruppen er gravide og deres partnere, barselfamilier og barn og unge og deres familier.

- Finansiering av rekrutteringsprosjektet Menn i helse, som er ledet av KS og baserer seg på samarbeid mellom kommunene og Nav lokalt. Menn i helse skal bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren gjennom å gi deltakere en kort erfaring med å jobbe i sektoren og et tilbud om komprimert utdanningsløp fram til fagbrev som helsefagarbeider.
- Finansiering av rekrutteringsprosjektet Jobbvinner, som er ledet av KS i samarbeid med Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Delta. Jobbvinner skal bidra til økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, gjennom blant annet etablering av samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner for å utvikle tiltak som styrker praksisopplæringen.
- Stimuleringstiltak for psykologer. Det nasjonale rekrutteringsprogrammet Dobbeltkompetanse i psykologi ble etablert for å bedre tilgangen på kvalifiserte søkere til stillinger med krav om klinisk og forskningsmessig kompetanse ved universiteter, høyskoler og i helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet er et samarbeid mellom universiteter, helseforetak og Norsk psykologforening og omfatter utdanningsløp for 30 stipendiater og spesialistkandidater.

Grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte

- Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenestene gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Fylkesmannsembetene skal i tilskuddsforvaltningen, der det er hensiktsmessig, bidra til etablering av desentraliserte og distriktsvennlige utdanningstilbud med kommunene som målgruppe. Deler av midlene er øremerket desentraliserte studier.
- Mitt livs ABC er et kompetansehevende tiltak for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Målet er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. Det er utviklet opplæringsmaterieil til helse- og omsorgspersonell. Mitt livs ABC skal implementeres i landets kommuner i samarbeid med lokale fagmiljøer.
- Finansiering av kurspakke for ufaglærte, som utvikles og tilbys av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Formålet er opplæring av ufaglærte fram til fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider, eller kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Tilbudet ivaretar blant annet deltakere med norsk som andrespråk.
- Vurdere virkemidler for kvalifisering av ufaglært personell i omsorgstjenesten. Helsedirektoratet er bedt om å utrede potensialet og ev. virkemidler som ligger i å kvalifisere såkalt ufaglært pleiepersonell i omsorgstjenestene til en helse- og sosialfaglig utdanning og videre yrkeskarriere i omsorgstjenestene.
- Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC. Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er et viktig tiltak for å bidra til at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. Tiltaket inngår også i Demensplan 2025.
- Tilskudd til Verdighetssenteret for å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten. Verdighetssenteret er et nasjonalt, tverrfaglig

- kompetansesenter som forener kunnskap om palliasjon, demens, akuttmedisin, frivillighet og kultur i eldreomsorgen. De arbeider for at sårbare eldre skal få en verdig alderdom. Verdighetscenteret tilbyr utdanningene "Frivillighetskoordinator – eldreomsorg", "Palliativ eldreomsorg" og "Akuttmedisinsk eldreomsorg".
- Miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang. Formålet er å videreutvikle og spre opplæringsprogram om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i helse- og omsorgstjenestene, basert på bruk av musikk, sang og bevegelse innenfor kliniske rammer. Målgruppen er ansatte i helse- og omsorgssektoren som arbeider nært brukere og pasienter i alle aldre og med ulike sykdommer og lidelser. Arbeidet bygger på personsentrert omsorg og har gitt gode bidrag på praksisutvikling innenfor omsorgsarbeid.
 - Videreutdanning i barnepalliasjon på masternivå. Studiets mål er å kvalifisere helsepersonell til å bli sentrale ressurspersoner for barnepalliative team i de større barneavdelingene og for å forbedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste for pasienter med behov for barnepalliasjon. Fra 2019 kan videreutdanningen tas på masternivå for alle faggrupper med bachelor innenfor helsefag. Se også omtale under 6.1 Annen kompetanseheving.
 - Vurdere en opplæringspakke for grunnleggende opplæring i lindrende behandling og omsorg for ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. Dette er et tiltak i oppfølging av Meld St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.
 - Lønnstilskudd til masterutdanning i avansert klinisk sykepleie. Formålet med lønnstilskuddet er å stimulere kommuner til kompetanseoppbygging gjennom å videreutdanne sykepleiere i avansert klinisk sykepleie. Målgruppen er sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.
 - Tilskudd til kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse og rusproblematikk i kommunene. Tiltaket inngår i kompetanse- og innovasjonstilskuddet og forvaltes av fylkesmannsembetene.
 - Etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Tilskuddsordningen har til formål å bidra til økt kompetanse i psykisk helse, og retter seg mot institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Instituttene og foreningene tilbyr i stor grad videreutdanning som et ledd i spesialistutdanningen, særlig for leger og psykologer.
 - Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Dette er en praksisnær videreutdanning rettet mot kommunalt ansatte med helse- og sosialfaglig eller pedagogisk utdanning med relevante arbeidsoppgaver inn mot fagområdet. Det faglige innholdet i utdanningen knyttes til kunnskaps- og kompetanseheving i kommunenes tverrfaglige psykososiale arbeid overfor barn og unge i alderen 0-23 år og deres familie, og bidrar til styrket kunnskap om samarbeid og koordinering av tjenestene, samt utvikling av ferdigheter i å identifisere og intervensere i forhold til psykososiale belastningsfaktorer i nærmiljøet.
 - Opplæring i og spredning av rask psykisk helsehjelp er et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for milde og moderate angst-, depresjons- og søvnlidelser. For å stimulere til at flere kommuner etablerer Rask psykisk helsehjelp, foreslås det å

gradvis legge om tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp til en implementerings- og utdanningsstøtte. Kommuner som er inne i tilskuddsordningen vil få støtte i sin treårige tilskuddsperiode.

- Tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for helsepersonell i legevakt.
- Spesialistutdanning av leger i allmenntmedisin. Tilskudd skal tilrettelegge for spesialisering i allmenntmedisin for leger.
- Tilskudd til videreutdanning for tannpleiere organisert ved Universitetet i Sørøst-Norge. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere påbygging til master. Det er behov for tannpleiere med videre- og masterutdanning samt forskerkompetanse i tannhelsetjenesten.
- Kvalifiseringsprogram i regi av Universitetet i Bergen for utenlandske tannleger som er bosatt i Norge og har utdanning fra land utenfor EØS-området.
- Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger til universitetene som har tannlegeutdanning. Formålet er å bidra til tilstrekkelig utdanningskapasitet av tannlegespesialister ved universitetene i samarbeid med tannhelsetjenestens kompetansesentre om veiledet klinisk praksis for kandidatene.
- Lønntilskudd til tannleger som tar spesialistutdanning som del av dobbeltkompetanseutdanningen. Dobbeltkompetanseordningen er opprettet som et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.
- Lønntilskudd til tannleger som tar spesialistutdanning. Kandidater som prioriteres er de under spesialistutdanning i periodonti, multidisiplinær odontologi (under utprøving), samt de som har avtale med offentlig virksomhet som fylkeskommunene, lærestedene og kompetansesentrene.

Annen kompetanseheving

- Tilskudd til Senter for medisinsk etikk som jobber med medisinsk og helsefaglig etikk gjennom forskning, undervisning og formidling. Senteret skal blant annet bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for beslutninger og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten og bidra til å styrke medvirkning i tjenestene. Senteret skal også koordinere og kvalitetssikre kliniske etikkomiteer i helseforetakene og bistå kommuner som ønsker å etablere kliniske etikkomiteer.
- Satsing på etisk kompetanseheving for å bistå kommunene i deres etikkarbeid. Det gis støtte til lokale veiledere gjennom nasjonal koordinering og kvalitetssikring av satsingen, og det deles ut en årlig etikkpris. Satsingen vektlegger også etisk refleksjon om ulike dilemmaer knyttet til døden. KS og Senter for medisinsk etikk har etablert et formalisert samarbeid om etikksatsingen.
- Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg i kommunene. Formålet med satsingen er å styrke kvaliteten i tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg, uavhengig av diagnose, og bidra til kompetanseoppbygging i kommunene. Innenfor denne tilskuddsordningen foreslås det å øremerke midler til et treårig program for utvikling av ulike

modeller for hvordan man kan legge til rette for mer hjemmetid og hjemmedød for personer i livet siste fase.

- Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Formålet med ordningen er å styrke kunnskap, kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2020 er midlene fordelt til følgende formål:
 - Tilskudd til et fagmiljø for å utvikle og spre kunnskap om forhåndssamtaler, blant annet gjennom forskning. Forhåndssamtaler er et verktøy som kan bidra til medvirkning og økt livskvalitet ved livets slutt. Midlene tildeles et fagmiljø etter utlysning i regi av Helsedirektoratet. I 2020 er midlene gitt til Senter for medisinsk etikk på Universitetet i Oslo.
 - Videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet. Se nærmere omtale under kap.6.1 Grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte.
 - Tilskudd til Foreningen for barnepalliasjon til informasjons- og veiledningsvirksomhet. Tilskuddet er øremerket.
- Kompetansehevende tiltak i helse- og omsorgstjenesten til personer med utviklingshemming. Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet Mitt livs ABC – et kompetansehevende tiltak for ansatte som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Målet er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettssikkerhet for personer med utviklingshemming.
- Kompetansehevende tiltak i omsorgstjenestene til samiske brukere Formålet er å bidra til å bygge opp, implementere og styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn gjennom fagutvikling og kompetanseheving. Tiltakene skal rettes mot områder som omfatter innbyggere med både sør-, nord- og lulesamisk språk og kultur. Tilskuddet skal bidra til å framskaffe, initiere og spre kunnskap om behovene til samiske innbyggere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, samt hvordan disse behovene best kan dekkes og bidra til økt kompetanse blant personell som yter kommunale helse- og omsorgstjenester til samiske brukere.
- Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om nevrologiske lidelser. Tilskuddsordningen skal styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for og om personer med nevrologiske skader og sykdommer. Aktivitetene rettes mot helsepersonell, pårørende og de ulike brukergruppene. Tiltakene bidrar til økt kunnskap som videre styrker dialog og brukermedvirkning i tjenestene. Står også oppført under strategiområde 2.

Utvikling og videreutvikling av utdannings- og opplæringstilbud

- Vurdere behovet for desentraliserte og deltidsbaserte grunn- og videreutdanningstilbud. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å innhente oversikt over tilgangen på desentraliserte og deltidsbaserte grunn- og videreutdanningstilbud innen bl.a. sykepleie og vernepleie, og vurdere om eventuelle slike utdanningstilbud bør utvikles.

- Inkludere i RETHOS videreutdanning for sykepleiere og fysioterapeuter i henholdsvis jordmorutdanning, manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi
- På sikt å vurdere utarbeidelse av nasjonal retningslinje for kiropraktorutdanning i RETHOS.
- Utrede et opplæringstilbud knyttet til å forebygge og avdekke vold i sykehjem og hjemmetjenester, med formål å styrke kompetansen i omsorgstjenestene på ulike nivåer.

7 Strategiområde 2: Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid

Det er et stort forbedringspotensial i å drive kompetanse- og tjenesteutvikling og prøve ut nye måter å arbeide på. Større bevissthet omkring tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid, og en større forståelse for brukernes kunnskap og kompetanse, kan bidra til mer hensiktsmessig organisering av personell og oppgaver og bedre rutiner og systemer. Dette vil videre bidra til en helhetlig oppfølging av pasienter, brukere og pårørende, bedre kvalitet på tjenestene, og en bedre utnyttelse av de tilgjengelige ressursene.

For å styrke brukermedvirkning er det særlig viktig å utvikle og spre faglige tilnærminger og metoder som involverer brukere og pasienter på en systematisk måte i planleggingen og gjennomføringen av tjenestetilbudet. Dette innebærer å ta i bruk den enkeltes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene. Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp vil være et viktig bidrag i dette arbeidet. Ytterligere tiltak og justering av eksisterende tiltak for å styrke brukermedvirkningen vil vurderes.

For å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet i framtiden er det nødvendig med en sterkere vektlegging av forebygging, rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, sosialt nettverksarbeid, miljøbehandling, veiledning av pårørende og frivillige, økt bruk av ny teknologi og nye arbeidsmetoder. I tillegg må tjenestene organiseres slik at de støtter opp under og utløser de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk og i nærmiljøet, organisasjoner og lokalsamfunnet. Bl.a. handler innføring av velferdsteknologi om mennesker, behov, prosesser og endring mer enn teknologi. Regjeringens tilskudd til innovasjon vil bidra i dette arbeidet. I tillegg vil det gjennomføres et modellutviklingsprosjekt knyttet til klinisk ernæringsfysiolog.

Regjeringen er opptatt av å skape en heltidskultur, redusere vikarbruken og øke kontinuiteten i bemanningen i helse- og omsorgstjenestene. Økt omfang av heltidsstillinger byr på muligheter for årsverksvekst og virker i tillegg positivt på rekrutteringen til tjenestene, sykefraværet, vikarbruken, den ansattes mulighet til å holde seg faglig oppdatert og bidra positivt i arbeidsmiljøet, og på kvaliteten på tjenestene gjennom bl.a. økt kontinuitet i bemanningen. For å få til dette må det etableres en heltidskultur i tjenestene som motvirker både uønsket og ønsket deltid, og etablere turnusmodeller som i økt grad legger til rette for heltidsstillinger. Regjeringens satsing på forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer vil bidra til dette.

Regjeringens satsing på styrket ledelse, samhandling og planlegging omtalt i kap. 9, vil også kunne ha positiv effekt. Det vil igangsettes et arbeid for å fremskaffe bedre kunnskap om omfanget av vikarbruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ytterligere tiltak for å bidra til å skape en heltidskultur, redusere vikarbruken og øke kontinuiteten i bemanningen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil vurderes.

Tverrfaglig samarbeid bør være grunnleggende metodikk i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. Det bør sikres felles forståelse og kunnskap om denne arbeidsformen på tvers av fag, nivåer og sektorer. Arbeidet med å bidra til økt tverrfaglig samarbeid i tjenestene ivaretas i første omgang gjennom pilotene med primærhelseteam og oppfølgingsteam. Det kan på sikt bli aktuelt å se nærmere på tiltak knyttet til andre samarbeidsmodeller.

7.1 Tiltak

- Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten. Formålet er å bidra til omlegging av arbeidsformer og organisering av arbeidet for å øke kontinuiteten i tjenestene, gi brukere og ansatte større forutsigbarhet og trygghet, og å bidra til tjenester som er tilpasset brukernes hverdag. Det aktuelle tiltaket skal primært benyttes for å få økt iverksettelse av kunnskap på området. KS vil få ansvar for modellutprøving og spredning av erfaringer og kunnskap til kommunene.
- Tilskudd til innovasjon gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Ordningen forvaltes av fylkesmannsembetene og går til innovasjonstiltak i kommunene, som bl.a. utvikling av nye tiltak og metoder for forebygging og tidlig innsats, egenmestring, aktivitet og kulturopplevelser, mat og måltidsfelleskap, ernæring, legemiddelhåndtering, rehabilitering og samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og i demensomsorgen spesielt.
- Legge til rette for teamorganisering i tjenester. Satsingen består av flere tiltak. (1) Pilot primærhelseteam har som formål å prøve ut en ny teamorganisering av fastlegepraksiser og tilhørende alternative finansieringsordninger. Teamet består av fastlege, sykepleier og helsesykepleier. Det er kommunen som søker om midler. (2) I pilot oppfølgingsteam er målgruppen personer med store og sammensatte behov som trenger strukturert og tverrfaglig oppfølging som skal bidra til mestring og bedre funksjon. Formålet er også å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester og unødvendige sykehusinnleggelse. I forsøket benyttes et elektronisk risikostratifiseringsverktøy knyttet til fastlegens journal for å identifisere målgruppen. Tilskudd fordeles til den enkelte kommune og hver fastlege som deltar. (3) Aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT- og ACT-team) til mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse.
- Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp. Formålet er å støtte kommunene og helseforetakene i arbeidet med å bedre overgangene i

pasientforløpet og sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Tiltaket er forankret i avtalen mellom regjeringen og KS om gjennomføring av Leve hele livet 2019–2023. De nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp driftes av KS.

- Gjennomføre modellutviklingsprogrammet "Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten". Formålet med programmet er å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og sikre tilstrekkelig ernæringskompetanse i omsorgstjenesten, med hensikt å sikre en mat og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale anbefalinger. Modellutviklingsprosjektet kan inkludere fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, kvalitets-sikring av mattilbudet og ernæringsoppfølgingen, bistand i læringsnettverk, tverrfaglige team, strategi- og planarbeid, mv. Modellutviklingsprogrammet skal også vektlegge tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i kjøkken og ansatte i helse- og omsorgstjenestene.
- Tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre. Formålet med ordningen er å styrke den aktive omsorgen og ivareta brukernes sosiale og kulturelle behov. Tiltaket skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer i system.
- Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om nevrologiske lidelser. Tilskuddsordningen skal styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for og om personer med nevrologiske skader og sykdommer. Aktivitetene rettes mot helsepersonell, pårørende og de ulike brukergruppene. Tiltakene bidrar til økt kunnskap som videre styrker dialog og brukermedvirkning i tjenestene. Står også oppført under strategiområde 1.
- Tilskudd til kommuner for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet er gjensidig kompetanseoverføring for å bidra til å sikre god kunnskap i tjenestene og om hverandres hverdag og brukergruppe, for å sikre helhetlige og gode løp for pasientene. Står også oppført under strategiområde 3.

8 Strategiområde 3: Kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena

Det er behov for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten tar en mer aktiv rolle som initiativtaker og deltaker i forskning, og som fagutviklings- og opplæringsarena. Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og tjenesteutvikling forutsetter forskning og fagutvikling.

Dette vil bidra til å styrke fagmiljøet og kunnskapsgrunnlaget i tjenestene, øke rekrutteringen til tjenestene og øke utdanningskapasiteten innenfor relevante grunn- og videreutdanninger. En slik rolle forutsetter et samarbeid både lokalt og regionalt mellom kommuner, fylkeskommuner, spesialisthelsetjenesten, universitets- og høyskolesektoren og andre utviklings- og kompetansemiljøer.

Det vil i dette arbeidet være viktig å videreutvikle strukturene for å utvikle, spre og implementere kunnskap, synliggjøre forskningsaktiviteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og øke omfang og kvalitet på praksisstudier og læreplasser i kommunene. Kunnskapsbaserte tjenester forutsetter at kunnskapen tilgjengeliggjøres, spres og tas i bruk. Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, Senter for omsorgsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenster står sentralt i dette arbeidet.

For omsorgstjenestenes del er dette et arbeid som fortsatt bærer preg av å være i startfasen, med små miljøer og nyetablerte kommunikasjonskanaler og arenaer. Gjennom Senter for omsorgsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er det etablerte systemer og virkemidler som fungerer godt, og som det vil være nødvendig å bygge videre på. Senter for omsorgsforskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse vil ha viktige roller i fag-, kunnskaps- og kompetanseutviklingen, i spredningen av ny kunnskap og nye løsninger, og i nettverksbyggingen regionalt og nasjonalt.

Kompetanseløft 2025 vil ses i sammenheng med regjeringens forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet "Sammen om kunnskapsløft for oral helse" (2017–2027).

Det vil i tillegg til tiltakene nedenfor i planperioden bl.a. vurderes tiltak for å øke omfang og kvalitet på praksis i kommunene, vurderes å utvikle verktøy som kommunene kan bruke til å identifisere forskningsbehov og etterspørre forskning, og vurderes virkemidler for økt bruk av kombinerte stillinger mellom klinisk stilling i tjenestene og utdanningsstilling ved universitet- eller høyskole.

8.1 Tiltak

- Driftstilskudd til ulike kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer de fire regionale allmenntilleggsmedisinske forskningsentre (AFE), Nasjonalt senter for legevaktsmedisin (NKLM), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), de syv regionale kompetansesentre på rus (KoRus), de tre regionale kunnskapssentre for barn og unge (RKBU), Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Sør-øst), de fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Nasjonalt senter for selvmordsforskning (NSSF), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Driftstilskudd til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) skal bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Sentrene skal være en ressurs i fylket og fremme samarbeid mellom kommunene. Totalt er det 20 utviklingssentre i landet. Hvert senter er drevet av en vertskommune.
- Tilskudd til regionale odontologiske kompetansesentre, organisert av fylkeskommunene. Tilskuddet finansierer forskning, kunnskapsutvikling, fagstøtte til tannklinikken og deltagelse i spesialistutdanningen av tannleger. Fylkeskommunene finansierer den odontologiske spesialistvirksomheten ved sentrene.
- Tilskudd til Senter for omsorgsforskning, som består av fem regionale sentre som arbeider med omsorgsforskning. Bevilgningen er todelt og består av et driftstilskudd og et tilskudd til formidling av forskning og innovasjon til både omsorgssektoren generelt og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester spesielt. I dette inngår bl.a. drift av et nettbasert bibliotek, Omsorgsbiblioteket, som samler og oppsummerer dokumentasjon fra innovasjonsprosjekter, utviklingsarbeid og resultater fra følgeforskning.
- Tilskudd til praksisplasser i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for tannpleierstudentene ved Høyskolen i Innlandet.
- Tilskudd til kommuner for å utvikle og spre gode modeller for hospitering av ansatte mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet er gjensidig kompetanseoverføring for å bidra til å sikre god kunnskap i tjenestene og om hverandres hverdag og brukergruppe, for å sikre helhetlige og gode løp for pasientene. Står også oppført under strategiområde 2.
- Tilskudd til kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge. Formålet med tilskuddsordningen er å øke kunnskap og gi informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom. Ordningen skal bidra til å gi veiledning og støtte til pasient og pårørende. Det gis tilskudd til frivillige organisasjoner og stiftelser.

9 Strategiområde 4: Ledelse, samhandling og planlegging

Det er behov for å øke den formelle lederkompetansen i tjenestene, og å legge til rette for bedre samhandling og planlegging. Dette vil bidra til at flere ledere greier å håndtere utfordringene de står overfor, og til en bærekraftig utvikling av tjenestene. Ledere har også en avgjørende rolle som kulturskapere. Kommuner som lykkes med rekruttering og kompetanseheving er preget av god oversikt over personell og kompetanseutfordringer. Regjeringen vil bidra til å styrke lederkompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjeneste og den fylkeskommunale tannhelsetjeneste gjennom å videreføre Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Planlegging og tjenesteutvikling må i større grad skje på bakgrunn av analyser av utfordringsbildet og i samarbeid med ansatte i tjenesten og pasientene/brukerne og pårørende. Arbeidet med å utvikle og tilgjengeliggjøre verktøy for nasjonal og kommunal planlegging vil videreføres, bl.a. gjennom framskrivninger. Dagens virkemidler for planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal vurderes. Virkemidlene for å styrke små kommuners arbeid med å sikre tilstrekkelig kvalifisert personell skal vurderes.

Bruk og videreutvikling av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil være sentralt. Regjeringen etablerte i 2017 for å få større kunnskap om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. KPR skal gi data til planlegging, styring, finansiering og evaluering. Første versjon av registeret ble tilgjengelig våren 2018. KPR inneholder i dag data fra eksisterende registre (KUHR og Ipløs), men vil på sikt utgjøre et helhetlig register for kommunale helse- og omsorgstjenester.

I helsefelleskapene vil representanter fra kommuner, helseforetak, lokale fastleger og brukere sammen planlegge og utvikle helse- og omsorgstjenester. Helsefelleskapene oppfordres til å sette mål for kompetansedeling. Dette kan skje gjennom bl.a. tverrfaglige team, hospitering, delte stillinger, fagnettverk og felles kurs og digitale kompetanseportaler.

9.1 Tiltak

- Finansiering av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Utdanningen er på 30 studiepoeng og på mastergradsnivå. Målgruppen er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

- Vurdere dagens virkemidler for planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å vurdere om dagens virkemidler for planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er tilstrekkelig for at kommunene driver systematisk planlegging av kapasitet, kompetanse og kvalitet for å møte fremtidens utfordringer.
- Utarbeide veileder for kompetanseplanlegging i helse- og omsorgstjenestene.
- Vurdere virkemidler for å styrke små kommuners arbeid med å sikre tilstrekkelig kvalifisert personell. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å innhente kunnskap om hva som hindrer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i små kommuner, og å utrede virkemidler for å styrke små kommuners arbeid med å sikre tilstrekkelig kvalifisert personell i årene fremover.
- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å starte et forprosjekt for innsamling, uttrekk og behandling av tannhelsesdata i kommunalt pasient- og brukerregister.

10 Organiseringen av gjennomføringen av Kompetanseløft 2025

Det er kommunene og fylkeskommunene som vil være de sentrale aktørene i gjennomføringen av Kompetanseløft 2025. Ansvar for å sikre en faglig sterk tjeneste og tilstrekkelig og kompetent bemanning ligger hos dem.

Oppdraget med å gjennomføre Kompetanseløft 2025 vil gis til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet vil i gjennomføringen ha et samarbeid med KS og arbeidstakerorganisasjonene. Fylkesmannen vil ha et særskilt ansvar for dialogen med og oppfølgingen av kommunene og fylkeskommunene, i et samarbeid med andre relevante regionale aktører.

De ulike tiltakene vil forvaltes av både Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Fylkesmannsembetene. Tiltaksporteføljen vil kunne endres i løpet av planperioden som følge av bl.a. årlige budsjettvedtak, endringer i utfordringsbildet og ny kunnskap om hvilke virkemidler som fungerer. Det vil utvikles et eget opplegg for følgeevaluering av virkemidlene i Kompetanseløft 2025.