

Kvalifisering av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning – avsluttende rapport (2022)

Først publisert: 12. desember 2023

Siste faglige endring: 12. desember 2023

Innhold

1. Oppsummering	3
2. Innledning	5
3. Utfordringsbildet i tjenesten	8
4. Hvem er den ansatte uten helse- og sosialfaglig kompetanse? 10	
5. Incentiver for kvalifisering	12
6. Bærekraftig tjeneste og kompetansebehov	14
7. Mulige kvalifiseringsløp	16
8. Utdanning som virkemiddel for kvalifisering	17
9. Drøfting av potensial og virkemidler	24
10. Helsedirektoratets anbefaling	34
11. Ad økonomisk administrativ analyse	37
12. Konklusjon	38
13. PDF av rapporten	39
14. Vedlegg: Delrapport kartlegging av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (2022)	40

Oppsummering

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt muligheten for å kvalifisere personell uten helse- og sosialfaglig utdanning til en faglært yrkeskarriere i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Kartleggingsdata fra delleveransen Hvem er gruppen ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste (vedlegg til denne rapporten) danner sammen med forskningsbasert kunnskap grunnlag for Helsedirektoratets drøfting av aktuelle kvalifiseringsmodeller. Denne avsluttende leveransen følger opp med en drøfting av aktuelle kvalifiseringsmodeller og synliggjøring av relevante virkemidler for kvalifisering. Hvilken kombinasjon av tiltak og prioriterte satsninger som velges vil være avhengig av politiske vurderinger, økonomiske rammer og tidsperspektiv. En oversikt over relevante tiltak som foreslås i denne rapporten vises i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over alle relevante tiltak foreslått i rapporten

Tiltak nr.	Relevante tiltak
1	Utdanningstiltak rettet mot formell kvalifisering tilbudt innenfor utdanningssystemet
2	En koordinatorrolle på regionalt nivå rettet mot virksomhetsledere og aktuelle ansatte med behov for språkopplæring. Koordinatorrolle med ansvar for å rekruttere aktuelle kandidater og deres ledere til utdanningsløp som leder til dokumentert kompetanse i tråd med virksomhetens strategiske kompetanseplan
3	Praksisnære utdanningsløp der en stor andel av læringen skjer på arbeidsplassen
4	Økt bruk av realkompetanse som inngangsmulighet til utdanning på videregående-, universitet- og høyskole
5	Informasjonskampanjer for motivasjon og muligheter for veier til kvalifisering
6	Informasjonskampanjer: lære hele livet, jobbsikkerhet, karrierevei og fagutvikling, rettet mot menn
7	Modulbaserte, tilrettelagte utdanningstilbud innenfor alle relevante yrkesgrupper
8	Økonomiske incitament rettet mot kommunen for at virksomheten kan stille lærlingplass til rådighet under kvalifiseringsløp
9	Økonomiske incitament rettet mot kommunen hvor kandidater med innvandrerbakgrunn er ansatt slik at virksomheten kan stille lærlingplass til rådighet under kvalifiseringsløp
10	Informasjonskampanjer om mulighetene etter yrkesfaglig videregående opplæring rettet mot ansatte med innvandrerbakgrunn
11	Språkopplæring og språktrening for voksne innvandrere bør være en integrert del av utdanningsløpet vedkommende tar slik at fagspråket utvikles i takt med faglig kompetanse
12	Fleksible utdanningstilbud på videregåendenivå og innenfor høyere utdanning bør prioriteres i alle regioner
13	Øke lederkompetanse på planlegging, motivasjonsarbeid og endringsledelse gjennom deltagelse i nasjonale lederutdanningsprogram. Handlingskompetanse til å bruke forskrift om ledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsprogrammet aktivt i lederutøvelsen
14	Det bør utredes en juridisk hjemmel for å styrke strategisk kompetanseplanlegging, parallelt med § 5 i folkehelselovgivningen og kap. 11 i plan og bygningsloven

15	De to øremerkede tilskuddsordningene Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner) og Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten (TØRN) planlegges for utvidelse til å kunne inkludere alle kommuner som ønsker deltagelse fra neste budsjettperiode, og øremerket tilskudd til de to ordningene økes tilsvarende med friske midler
16	Det anbefales forskning for å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag på sammenhenger mellom pasientsikkerhet, kvalitet og andel ufaglærte. Områder som bør vurderes utforsket spesifikt: • Hva hemmer og fremmer ønske om å gjennomføre kvalifiseringsløp for målgruppen • Evaluering av implementerte tiltak og følgeforskning (herunder hva gjør at andel ufaglærte er konstant på tross av tiltak)
17	Prioritere utvikling av relevante kvalitetsindikatorer for effektmåling og kunnskap om kompetanseutvikling i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Oppdraget har tatt utgangspunkt i at det skal utdannes til en livslang yrkeskarriere innen kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom formelle kvalifiseringsløp. Dette er i tråd med kompetansebehovet i tjenestene. Det etterspørres også en faglig vurdering av behovet for et felles opplæringsprogram for ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Helsedirektoratet anbefaler at opplæringskurset Dette må jeg kunne videreutvikles med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Deretter kan det benyttes som et mulig førstevalg for et eventuelt felles opplæringsprogram, jf. kap. 8.5.

Det vil være stadig større behov for kvalifisert personell i tjenestene gitt utviklingen i bistandsbehovet og demografien i brukergruppen. Den kommunal helse- og omsorgstjenesten trenger styrking av kompetanse i alle ledd, for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

Personellet uten helse- og sosialfaglig utdanning er en mangfoldig gruppe med hensyn til blant annet alder, utdanningsnivå og språkforståelse.

Hovedkonklusjonen i denne rapporten er at det må gjøres en bred innsats på flere felt parallelt. Det må satses på ledelse, etableres en kultur som fremmer kvalitetsforbedring i tjenestene, og man må tilrettelegge for at strategisk kompetanseplanlegging gjøres, forankres og følges opp. I tillegg må utdanningsmuligheter som er målrettet for denne gruppen av sysselsatte være tilgjengelige. Slik tilpasning inkluderer praksisnære utdanninger som spiller på realkompetanse hos den enkelte, samt hvor det tilbys veiledning og oppfølging ut fra individuelle behov. Dette kan samlet bidra til å realisere ressurser for kommunal omsorgstjeneste og understøtte livslang læring for denne gruppen av sysselsatte.

Innledning

Denne rapporten er et ledd i å søke svar på hvordan man bedre kan sikre faglig forsvarlige tjenester med god kvalitet for pasienter og brukere gjennom kvalifisering av personellressurser som ikke har formell helse- eller sosialfaglig kompetanse. En stadig økende andel pasienter og brukere med omfattende bistandsbehov i kommunal helse- og omsorgstjeneste aktualiserer behov for kompetanse i alle ledd for å sikre pasientsikkerhet i tråd med lovverket.

I 2020 ble 20,3 prosent av årsverkene i helse- og omsorgstjenesten utført av personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er svakt redusert siden 2016. Det er store forskjeller mellom de ulike deltjenestene med hensyn til antall og andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. I omsorgstjenestene[1] er andelen 31,2 prosent, mens i kommunehelsetjenesten er den 15,4 prosent. Det er i omsorgstjenesten de ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning i størst grad står alene med brukerne og hvor tjenester gis hele døgnet.

Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester har vært vedvarende utfordring. En av fire ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste som arbeider i direkte kontakt med pasienter og brukere, har ingen fullført dokumentert relevant utdanning. Det har lenge vært et ønske å redusere denne andelen. Flere tiltak og tilskuddsordninger har hatt formål om å kvalifisere ansatte uten helse- eller sosialfaglig utdanning i tjenestene. De store effektene har likevel uteblitt.

Personellet uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør en viktig ressurs for å få den daglige driften til å gå rundt i en hardt presset helse- og omsorgstjeneste med stort innslag av deltidsstillinger, høyt sykefravær, stor turnover, og krevende drift døgnet rundt[2]. En nullvisjon med hensyn til personell uten helse- og sosialfaglig utdanning fremstår derfor ikke realistisk eller ønskelig. Det er likevel et behov for å jobbe for høyere kompetanse og en lavere andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i tjenestene for å sikre pasientsikkerhet, kvalitet og nødvendig fagutvikling i tjenestene.

Den enkeltes incentiv og/eller ønske om utdanning er åpenbart viktig og sentralt for å få flere ansatte til å fullføre kvalifiseringsløp. Denne kartleggingen omfatter derimot ikke forhold som belyser dette, som for eksempel forhold knyttet til personlige forutsetninger, motivasjon eller personlige egenskaper.

Rapporten tar i det videre for seg en oversikt over definisjoner som er lagt til grunn, før en oppdatert vurdering av utfordringsbildet er presentert i kapittel 2. Kapittel 3 gir en presentasjon av funnene fra kartleggingen i delrapporten levert i februar og i kapittel 4 belyses kort sentrale incentiver for kvalifisering. Kapittel 5 tar opp bærekraft og fremtidsutfordringer. Kapittel 6 beskriver de formelle utdanningsmulighetene for kvalifiseringsløp, før dette utdypes videre i Kapittel 7 hvor de aktuelle virkemidlene innen utdanning gjennomgås. I kapittel 8 drøftes potensialet, virkemidlene og de ulike rammevilkårene for dette. Til slutt følger Helsedirektoratets anbefaling i kapittel 9, kort betraktning omkring en økonomisk administrativ analyse i kapittel 10 og konklusjon i kapittel 11.

Tabell 2 angir definisjoner på ord og uttrykk slik de er lagt til grunn for denne rapporten.

Tabell 2: Definisjoner av ord og uttrykk brukt i rapporten

Ord brukt i rapporten	Betydning i denne konteksten
Helsehjelp	Her menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgsformål og som utføres av Helsepersonell

Helsepersonell	Helsepersonell er definert i helsepersonelloven § 3 første ledd og her angis det at dette inkluderer: • personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49 • personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører helsehjelp • elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsehjelp innen helse- og omsorgstjenester
Kompetanse	Et samlebegrep på kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. Kompetanse kan være uformell, formell, individuell og kollektiv. I denne rapporten brukes begrepet i hovedsak om formell kompetanse hos individer om ikke annet er oppgitt. Ferdigheter inkluderer evnen til å tilegne seg ny kunnskap (kognitiv), evnen til å jobbe sammen med eller omgås andre (sosial) og evner knyttet til selvregulering (emosjonell). Å være helsefaglig kompetent er å være i stand til å gi forsvarlig helsehjelp ut fra formelle kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers
Kvalifikasjon	En kvalifikasjon er et dokumentert læringsutbytte på et gitt nivå. Læringsutbyttet er vurdert etter bestemte kriterier og formelt godkjent av en ansvarlig myndighet. I Norge betegnes en kvalifikasjon oftest som formell kompetanse[3]. I en kvalifikasjonsvurdering må det være mulig å dokumentere høyeste oppnådde kvalifikasjon, arbeidserfaring og språkkompetanse
Kvalifisert personell	Her forstått som personale med dokumentert, formell kompetanse oppnådd etter godkjent utdanningsløp utstedt av godkjent ansvarlig myndighet. Kvalifisert personell som yter helsehjelp skal oppfylle kravet til forsvarlighet jf. Helsepersonelloven §4. Det betyr at kvalifisert personell kan utføre sitt arbeid med en viss kvalitet og gi omsorgsfull hjelp ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Kvalifisert personell har plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen
Omsorgstjenesten	Omsorgstjenestene er KOSTRA funksjonene 234, 253 og 254[4]
Personell som jobber brukerorientert	Ufaglært personell i stillingskategorier beskrevet under ufaglært pleiepersonell, som tradisjonelt jobber med pasienter og brukere, vurderes som personell som jobber brukerorientert. I tillegg vil det i en slik forståelse også inkludere faglært personell. Det bemerkes at å jobbe brukerorientert derimot ikke har samme definisjon som brukerrettede tjenester, og det er i dette oppdraget derfor også inkludert alle tjenester innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester
Realkompetanse	Realkompetanse er en måte å få opptak til høyere utdanning på, selv om du ikke fyller kravene til generell studiekompetanse. Alderskrav på 25 år det året du søker om opptak. Relevant kompetanse bestemmes av hvert enkelt studiested på de aktuelle studiene de har, og kan for eksempel være lønnet eller ulønnet arbeid, utdanning eller organisasjonserfaring[5]
Ufaglært pleiepersonell	Personell uten helsefaglig utdanning som er sortert under følgende personellgrupper av SSB: pleieassistenter, hjemmehjelpere mm., med/uten videregående utdanning, eller uspesifisert annet, med SSB-kodene KF17, KF18, KF21

[1] Omsorgstjenestene er KOSTRA funksjonene 234, 253 og 254; Regjeringen.no (2021) "Veileder til Kontoplan i KOSTRA"

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/2021/2021-korrigert-jan-21/vei>

[2] Helsedirektoratet (2021) Årsrapport for Kompetanseløft 2020. Tilgjengelig her:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer#aarsrapporter>

[3] Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Tilgjengelig her: <https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/>

[4] Regjeringen.no (2021) Veileder til Kontoplan i KOSTRA. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/2021/2021-korrigert-jan-21/vei>

[5] Samordna opptak Opptakskrav og poeng. Tilgjengelig her: <https://www.samordnaopptak.no/info/opptak/>

Utfordringsbildet i tjenesten

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er preget av høyt sykefravær, høy turnover, høy andel deltid og utstrakt bruk av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i tjenestene[6].

Oppgaver knyttet til pasienter og brukere med stort behov for sammensatte og kompliserte tjenester krever kunnskap og kompetanse for å kunne utføre en faglig forsvarlig omsorg og behandling. Utfordringene er knyttet til kompliserte problemstillinger både innen somatikk, rus, psykiatri og demens[7].

De demografiske endringer og endringer i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester, sammen med medisinsk og teknologisk utvikling, driver også frem behov for omstilling og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. En utvikling i retning av en styrket brukerrolle, krever kompetanse som innebærer kunnskap om blant annet systematisk brukermedvirkning, mestringsstrategier og helsekompetanse.

Det er en økning av yngre brukere (15-49 år) som mottar kommunale omsorgstjenester. Denne gruppen utgjør 27 prosent av alle som mottok en eller flere kommunale omsorgstjenester i 2020. Eldre over 65 år utgjør en større gruppe i antall, mens yngre under 65 år bruker langt mer omfattende og flere tjenester[8]. Videre viser en kartlegging gjort i fem kommuner at mange av helsetilbudene som gis til hjemmeboende, gjelder psykisk helsehjelp. Alvorlig syke pasienter, flere eldre og flere med sammensatte lidelser stiller store krav til helsepersonells kompetanse, uavhengig av hvor i behandlingskjeden pasienten er.

Kortere liggetid på sykehus, hyppigere overganger mellom ulike behandlingsnivå, oppgaveglidning og endret pasientflyt er blant forhold som har ført til behov for økt og ny kompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Overganger innad i virksomheter og mellom tjenestenivå er forbundet med risiko og utgjør en utfordring for pasientsikkerheten.

Det mangler kompetent personell i den kommunale omsorgstjenesten, spesielt innen heldøgns-baserte tjenester som hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem[9]. Det benyttes ofte vikarer i den løpende driften for å få turnusene til å gå opp. I tillegg har det vært krevende for mange kommuner å prioritere kompetansehevende tiltak under pandemien.

Folkehelseinstituttet utarbeidet i 2017 rapporten Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene[10]. Rapporten oppsummerte en systematisk oversikt over studier som evaluerer effekten på omsorgskvalitet og pasientsikkerhet, når en høy andel ufaglærte arbeider direkte med pasienter og brukere. Bakgrunnen for studien var manglende kunnskap om hvordan en høy andel ufaglærte påvirket kvaliteten på tjenestene og pasientsikkerheten. Konklusjonen av litteraturstudien var at forskningslitteraturen heller ikke ga entydige svar. Dette skyldtes i stor grad at det er gjort relativt lite forskning på feltet og følgelig er det hull i kunnskapsgrunnlaget, noe som gir begrenset grunnlag til å gi kunnskapsbaserte anbefalinger.

Andelen personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er kun redusert noe de senere år til tross for at rapporter belyser behovet for økt kompetanse og bekymring for pasientsikkerhet og faglig kvalitet i tjenestene. Gjennom bemanningsanalyser av planlagt og faktisk bemanning i Tørn-prosjektet[11], er det avdekket hvordan deltidskulturen og kompetansemangelen i dagens arbeidstidsordning ser ut. Funnene har vist at det er stor forskjell mellom planlagt og faktisk bemanning. I den faktiske bemanningen blir det brukt en stor del vikarer som dekker opp fravær. Vikarene som benyttes har som regel ikke den samme kompetansen som den de er vikar for, og ofte er vikarene ufaglærte. Det betyr at for hvert bytte i bemanningen vil kompetansen kunne utvannes. I bemanningsanalysene i pilotkommunene var det overvekt av ufaglærte ansatte på helg. Lesja kommune registrerte i forbindelse med Tørn-prosjektet sammenheng mellom høy andel ufaglærte og økende antall avvik i sykehjem[12].

Tørn-prosjektet synliggjør at de ulike yrkesgruppene i dag har mange overlappende arbeidsoppgaver, og det er et stort behov for at brukerens behov for helsehjelp skal styre hvilken kompetanse den som utfører jobben innehar. Mellomledere i helse og omsorgstjenestene rapporterer om en hverdag preget av mange administrative oppgaver der fokuset er på daglig drift og å løse oppgaver fra dag til dag[13]. Rapporten Sammen om fremtidens helse og omsorgstjenester[14] belyser utfordringene rundt ledelse og behovet for lederkompetanse, og at spesielt mellomledere i kommunene trenger kompetanse på analyse, endringsledelse og prosessarbeid. Dette er ferdigheter som synes viktige for mellomleder i arbeidet med å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Når turnuser skal utvikles, er det brukers behov for kompetanse som er utgangspunktet for planleggingen.

Turnusorganisering, høy deltidsandel og stor grad av innleide gjør at kommunene opplever det som utfordrende å gjennomføre kompetansehevingstiltak[15]. Praktisk opplæring krever møteplasser, hvilket det i mange tilfeller er relativt få av i hjemmetjeneste og sykehjem. Å drive strategisk kompetanseheving utgjør dermed en investeringskostnad, som kan medføre at det hos noen ikke prioriteres.

[6] Helsedirektoratet (2021) Årsrapport for Kompetanseløft 2020. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer#aarsrapporter>

[7] Rohde T., Grut L., Lippestad J., Anthun K.S (2020) Samhandling mellom kommuner og sykehus. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-syl>

[8] KS (2018) Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS om Ressurskrevende tjenester. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/contentassets/d5647ad8108649bf8a74f12519f07b5e/rapport-v9-180626---endelig.pdf>

[9] Helsedirektoratet (2021) Årsrapport for Kompetanseløft 2020. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer#aarsrapporter>

[10] Folkehelseinstituttet (2017) Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt. Tilgjengelig her: <https://www.fhi.no/publ/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-he/>

[11] KS (2022) Tørn – Sammen om fremtidens helse og omsorg. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/>

[12] KS (2021) Rapport. Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/contentassets/8af664237cc54f21b6fafee85d778569/Kunnskapsinnhenting-kommuner-Torn-m>

[13] Helsedirektoratet (2021) Årsrapport for Kompetanseløft 2020. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer#aarsrapporter>

[14] KS (2021) Rapport. Prosjekt Tørn: Sammen om fremtidens helse og omsorg. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/contentassets/8af664237cc54f21b6fafee85d778569/Kunnskapsinnhenting-kommuner-Torn-m>

[15] Norsk Sykepleierforbund (2020) Kommunene brukte 1,2 milliarder på å leie inn vikarer i fjor. Tilgjengelig her: <https://sykepleien.no/2020/12/kommunene-brukte-12-milliarder-pa-leie-inn-vikarer-i-fjor>

Hvem er den ansatte uten helse- og sosialfaglig kompetanse?

I delrapport Kartlegging viser Helsedirektoratet at det i 2020 var 66.700 sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det tilsvarer 29,4 prosent (66.700/227.000) av alle sysselsatte i tjenesten og 20,3 prosent av årsverkene. Andelen har vært stabil de siste årene, men det har vært en liten nedgang på 1,3 prosentpoeng siden 2016. Samtidig er det store forskjeller mellom de ulike deltjenestene med hensyn til andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. I omsorgstjenestene er både antall og andelen sysselsatte betydelig høyere enn i kommunehelsetjenesten. I omsorgstjenesten var andelen 31,2 prosent (62.700 sysselsatte), mens det var nær 15,4 prosent (4.000 sysselsatte) i kommunehelsetjenesten.

Potensialet i personell uten helse- og sosialfaglig utdanning som kan kvalifiseres og ha en livslang karriere i kommunale helse- og omsorgstjenester er noe begrenset. Delrapport Kartlegging viste at av de 66.700 uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjorde 46 prosent eller 30.700 sysselsatte målgruppen for kvalifisering.

Helsedirektoratet definerte fire eksklusjonskriterier for det statistiske tallgrunnlaget, basert på hvilke kjennetegn som er vurdert viktige for kvalifisering. Det anses viktig at personellet grunnet varigheten av en videreutdanning, samfunnsøkonomiske hensyn og særlig begrenset motivasjon til utdanning hos eldre arbeidstakere, at personellet som skal kvalifiseres er under 55 år. Utdanningsprosjektet Menn i helse som er et prosjekt for et komprimert utdanningsforløp frem til fagbrev for arbeidssøkende menn i NAV, har en øvre aldersgrense på 55 år.

En forutsetning for å kunne ta formell utdanning er også at man, avhengig av utdanningsløp, har minimum fullført ungdomsskole. Personell som allerede er under utdanning er allerede i et utdanningsløp, og er dermed ikke egnet for et eget kvalifiseringsløp. "Ikke-bosatte" er personell i tjenestene som har bostedsadresse utenfor Norge, og anses derfor ikke å være i målgruppen av samfunnsøkonomiske hensyn.

Eksklusjonskriteriene er derfor definert som følgende:

- 55 år eller over
- Ikke fullført ungdomsskole
- Under utdanning
- Status "ikke-bosatt"[16]

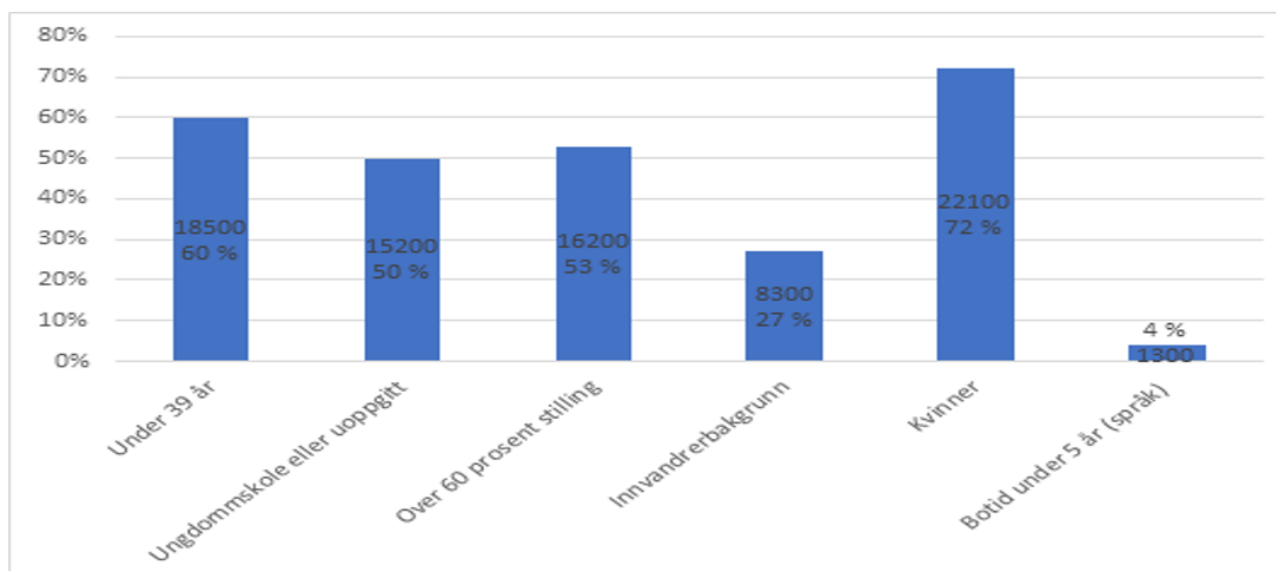
Kriteriene er valgt etter en helhetsvurdering. Forventet avgangsalder gjør kvalifiseringsløp av sysselsatte over 55 år mindre relevante, i og med at forventet yrkesaktive år i tjenestene kan antas å være relativt få. Samtidig er det ikke slik at de over 55 på individnivå er uaktuelle for kvalifisering. Kompetansereformen Lære hele livet [17] har som mål at ingen skal gå ut på dato, og dette kompetansegapet mellom hva arbeidslivet trenger av kompetanse og den kompetansen arbeidstakerne faktisk har.

Livslang læring betyr at ansatte aldri blir ferdig utlært, noe som også vil gjelde for de over 55 år i kommunene. I flere undersøkelser[18],[19] svarer arbeidstakere at de opplever alderen deres gjør det mindre aktuelt å starte på veien til kvalifisering. Det bør derfor sees videre på tiltak for å bidra til at flere eldre arbeidstakere både står lengre i arbeid og at de blir motivert til en utdanning innenfor helse- og sosialfag, og at tiltakene som allerede finnes brukes i større omfang i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Den viktigste motivasjonen til å ta yrkesfaglig utdannelse blant ufaglærte på sykehjem er en indre motivasjon basert på ønske om kunnskap[20]. Andre faktorer som fremmer motivasjon til læring er permisjon med lønn under utdanning, sikkerhet på arbeidsmarkedet og høyere lønn. Det ble også fremhevet leders rolle på

informasjon om utdanningsmuligheter og motivering til å ta utdanning. Faktorer som hemmer er tidsmangel, mangel på norskkunnskap for å komme inn på skole, vanskelig økonomisk situasjon og høy alder. En spørreundersøkelse fra 2009 konkluderte med at en fjerdedel opplever omsorgsansvar som en begrensning for kompetanseheving, en fjerdedel mente de er for gamle og en fjerdedel at det er for kostbart[21]. Noen sier ganske enkelt at de ikke har lyst. Medarbeidere med lang praksis i utgangspunktet ser ikke alltid verdien av å ta en fagutdanning. Dette peker på viktigheten av arbeidsgivers ansvar for å tydeliggjøre behovet for kompetanse.

Figur 1 viser kjennetegn ved personellet i målgruppen for kvalifisering i denne rapporten.



Figur 1: Kjennetegn ved personell i målgruppen for kvalifisering

* Merknad til figur 6: n=30.700.

[16] Basert på SSBs definisjon av "ikke-bosatt"

[17] Meldt. St. 14 (2019-2020) Kompetansereformen – lære hele livet. Tilgjengelig her:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>

[18] Daukasite-Ruud G. (2009) Masteroppgave: Faktorer som fremmer og hemmer ufaglærte på sykehjem til å ta en formell helsefaglig utdanning. Tilgjengelig her: <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/98403>

[19] Tobiassen A.E. og Døving E. (2009) Kompetansevurdering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren. Tilgjengelig her:

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/1968/1024786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[20] Daukasite-Ruud G. (2009) Masteroppgave: Faktorer som fremmer og hemmer ufaglærte på sykehjem til å ta en formell helsefaglig utdanning. Tilgjengelig her: <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/98403>

[21] Tobiassen A.E. og Døving E. (2009) Kompetansevurdering og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren. Tilgjengelig her:

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/1968/1024786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Incentiver for kvalifisering

Den enkeltes incentiv og/eller ønske om utdanning er ikke omfattet av kartleggingen i dette oppdraget (delrapport Kartlegging). I delrapporten levert februar 2022 ble det anbefalt at det bør utredes videre tiltak rettet mot personlige incentiver for kvalifisering, da kunnskapsgrunnlaget er for lite på dette området per nå[22]. I dette kapittelet adresseres derfor kort aktuelle funn i litteratur rettet mot personell uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Kartleggingen tegner et bilde av en uensartet målgruppe, men flertallet av de som regnes som kvalifiserbare er personer 39 år eller yngre, med ungdomsskoleutdanning og i deltidsstillinger. Helsedirektoratet antar at den reelle andelen som er aktuelle for kvalifisering for en livslang karriere, utgjør en mindre andel enn de 46 prosentene inkludert i målgruppen for kvalifisering i kartleggingen, jf. eksklusjonskriterier i kap.3. Potensialet i gruppen av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er sammensatt og påvirkes av det er en uensartet gruppe med hensyn til blant annet alder, utdanningsnivå og språkforståelse.

Opplæring og veiledning som raskt kan relateres til og anvendes i praksis der personellet arbeider er viktig[23]. En Fafo-studie fra 2013 om Vilkår om læring i kommunen[24], viste blant annet at motivasjon for å skaffe seg kunnskap var til stede i ganske stor grad for omkring halvparten av de spurte, og at livssituasjon hadde stor betydning for motivasjon til å skaffe seg kunnskap. Helsedirektoratet anser resultatene fra denne studien som fortsatt relevante, og at livssituasjon er en sentral faktor som i stor grad påvirker motivasjon til å starte på utdanningsløp.

Arbeidsgivers rolle er sentral for målet om økt kvalifisering, og knytter seg særlig til spørsmålet om hvilke incentiver som kan få ledere til å få flere ansatte inn i et kvalifiseringsforløp. For flere av de tilpassede utdanningsløpene som finnes i dag er det knyttet både økonomiske og driftsmessige konsekvenser, som også kan være et hinder for at ledere investerer i kvalifiseringsløp. I flere undersøkelser peker ansatte på viktige økonomiske motivasjonsfaktorer som fri til å delta på undervisningsaktivitet, lønn under utdanning, dekning av reise- og studiemateriell samt oppjustering av lønn, og justering av ansvar og arbeidsoppgaver i tråd med oppnådd kompetanseheving etter gjennomført og bestått utdanning.

Senter for omsorgsforskning publiserte i 2011 Holdninger til kompetanseøkning blant ufaglærte innen pleie- og omsorgsfeltet – et klasseperspektiv[25]. Bakgrunnen for studien var at samme prosentandel som i dag på omkring 30 prosent av de ansatte i kommunale pleie- og omsorgssektor ikke hadde relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Formålet med studien var å undersøke om eventuelt motstand mot helse- og sosialfaglig utdanning hang sammen med sosiale klasser, og hvilken type utdanningstilbud som kan fremme interesse og motivasjon for slik utdanning (Ibid.).

Incentivene for å ta helsefaglig utdanning fremstod som vanskelige å se for respondentene i undersøkelsen. For eksempel så pekte de på sentrale og kjente poeng som at de likevel allerede utfører arbeidsoppgavene ment for rollene sykepleier eller helsefagarbeider, også uten de helsefaglige kvalifikasjonene. De pekte på at lønnen i liten grad ble påvirket av at man tar helsefaglig utdanning, og at øvrige lønnsbetingelser som for eksempel arbeidstid og fritid er den samme (Ibid.).

Denne studien er fra 2011, men funnene anses likevel som relevante for dagens situasjon og at det er sannsynlig at lønn og ansvar har betydning for ansattes motivasjon til å gjennomføre lengre utdanningsløp.

Det er viktig å vurdere kvalifiseringsincentiver med utgangspunkt i den enkelte arbeidstaker. Indre motivasjon til å ta utdanning et viktig incentiv. Kartleggingen i delrapport Kartlegging rommer ikke dette perspektivet, noe delrapporten anbefalte at følges opp med mer forskning. En kunnskapsinnhenting fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin i 2022[26] viser at det er store forskningsmessige mangler når det gjelder faktorer som hemmer/fremmer det å rekruttere og beholde personell på bachelor og yrkesfagnivå i helse- og omsorgssektor i

distriktskommuner[27]. Det bør legges opp til fleksible opplæringsmetoder, tilpasset opplæring og veiledning [28]. Videre bør fagopplæring og norskundervisning skje parallelt for ansatte med norsk som andrespråk. Alle opplæringstiltak bør forankres i ledelsen på de ulike arbeidsplassene og dokumenteres i en strategisk kompetanseplan (Ibid.).

[22] Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2022) Kunnskapsoppsummering Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenestene i distriktskommuner? Ikke publisert

[23] Bakken R. og Arntsen B. (2012) Holdninger til formell utdanning blant ufaglærte innen kommunal pleie- og omsorgssektor: et klasseperspektiv. Tilgjengelig her: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/144344>

[24] Aspøy T.M., Nicolaisen H., og Nyen T. (2013) Fafo-rapport 2013:35 Vilkår for læring i kommunene. Tilgjengelig her: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/vilkar-for-laering-i-kommunene>

[25] Bakken R. og Arntsen B. (2012) Holdninger til formell utdanning blant ufaglærte innen kommunal pleie- og omsorgssektor: et klasseperspektiv. Tilgjengelig her: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/144344>

[26] Nasjonalt senter for distrikts medisin (2022) Kunnskapsoppsummering Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenestene i distriktskommuner? Ikke publisert

[27] Bakken R. og Arntsen B. (2012) Holdninger til formell utdanning blant ufaglærte innen kommunal pleie- og omsorgssektor: et klasseperspektiv. Tilgjengelig her: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/144344>

[28] Ellingsen-Suri J. (2019) Masteroppgave: Suksessfaktorer for fullføring av helsefaglig yrkesutdanning. Tilgjengelig her: https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/7475/ellingsen-suri_mapo2019.pdf?sequence=2

Bærekraftig tjeneste og kompetansebehov

Framskrivninger om fremtidige behov for arbeidskraft i Norge[29] viser et større behov for arbeidskraft med høyere utdanning og videregående fagutdanning i de fleste næringer, inkludert helse. Det er også nødvendig å utnytte bredden i den helse- og sosialfaglige kompetansen tilgjengelig i arbeidsstyrken, spesielt i helsetjenestene for å møte behovet for helsehjelp i befolkningen.

Kompetansebehovs-utvalget[30] er etablert under Kunnskapsdepartementet og skal fremstille kunnskapsgrunnlaget om det fremtidige kompetansebehovet i Norge. I sin første NOU[31] i 2018 pekte de på at kompetansebehovene i arbeidslivet møtes gjennom primært 3 pilarer:

- Mobilisering, fornying og videreutvikling av den kompetansen ansatte har, for å gjøre dem bedre i stand til å utføre nåværende og fremtidige arbeidsoppgaver
- Rekruttering av kompetente, nye arbeidstakere til å utføre arbeidsoppgaver som virksomhetene har og får i fremtiden
- Utvikling av kompetanse til arbeidsledige og personer utenfor arbeidsstyrken for å gjøre dem i stand til å delta i arbeidslivet

For å vurdere virkemidler som kan fremme at ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning som jobber i helse- og omsorgstjenesten ønsker å delta i kvalifiseringsløp, har vi sett på faktorer og tiltak for å rekruttere og beholde kompetent personale. Disse tiltakene kan påvirke om ansatte velger å forplikte seg til kvalifiseringsløp og videre karriere i kommunal helse- og omsorgstjeneste eller ikke.

De fleste europeiske land rapporterer om utfordringer knyttet til rekruttering og å beholde helsepersonell ut fra geografiske forhold[32]. Enkeltstående intervensjoner rettet mot enten å rekruttere eller beholde personale har svake beviser for effekt. En sammensatt løsning hvor flere tiltak kombineres og som utvikles i tråd med kontekstspesifikke forhold, har større sannsynlighet for å lykkes. Utfordringene bør adresseres både gjennom politiske tiltak og organisatoriske endringer. Det er imidlertid lite forskningsbasert kunnskap om hvordan ulike typer av politiske tiltak og reformer faktisk påvirker organisatoriske forhold ute i helsetjenestene (Ibid.). Se kapittel 8.4 Viktigheten av forskning, og foreslått tiltak 16.

Bemanningsutfordringer i helseforetakene er blitt undersøkt av Riksrevisjonen 2019-2020[33], som også har oppsummert noen læringspunkter som sannsynlig kan overføres til kommunal helse- og omsorgssektor. I rapporten konkluderes det blant annet med at arbeidet med kompetanseutvikling er særlig viktig for å beholde nye sykepleiere i jobben, samt at enheter hvor ansatte har gode muligheter for å utvikle seg og få faglig støtte har flere fordeler.

Tilbud om fagutvikling, gode fagmiljø og hensiktsmessig bruk av kompetanse er løftet som viktig for sykepleiere [34], allmennleger[35] og knyttet til bruk av primærhelseteam[36]. Fafo fant i en studie i 2005[37] at virksomheter som tilbyr kurs og formell videreutdanning for sine ansatte, erfarer dette som tiltak som bidrar til å knytte de ansatte tettere til virksomheten og sånn sett reduserer risikoen for at medarbeidere slutter og finner arbeid utenfor virksomheten. Rapporten viser også at ansatte med lavere utdanning i mindre grad enn ansatte med høyere utdanning lærer av læringskilder som blant annet skriftlig informasjon, diskusjon med kolleger, tilbakemelding fra overordnede og fra personer utenfor virksomheten. Den peker samtidig på at kolleger er viktigste læringskilde for de med lav utdanning og at bedriftens interne læringskilder ofte er eneste kilde til læring for denne gruppen (Ibid.).

[29] Cappelen, Dapi, Gjefsen og Stølen (2020) Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040. Tilgjengelig her:

https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/436239?_ts=1758cde9da8

- [30] Kompetansebehovsutvalget (2022) Tilgjengelig her: <https://kompetansebehovsutvalget.no/>
- [31] NOU 2018:2 Fremtidige kompetansebehov I — Kunnskapsgrunnlaget. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/?ch=3>
- [32] Kroezen et al. (2015) Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. Health Policy. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/?ch=3>
- [33] Riksrevisjonen (2019-2020). Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Del av Dokument 3:2 (2019–2020). Tilgjengelig her: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- [34] Helsedirektoratet (2021). Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--fa>
- [35] Helsedirektoratet (2021) Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten>
- [36] Helsedirektoratet (2022) Evaluering av primærhelseteam - Sluttrapport og statusrapporter. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-a>
- [37] Nyen T. (2005) Fafo-rapport 501 Livslang læring i norsk arbeidsliv II. Resultater fra Lærevilkårsmonitoren 2005. Tilgjengelig her: https://fafo.no/media/com_netsukii/501.pdf

Mulige kvalifiseringsløp

I Norge er det formelle utdanningssystemet helt sentralt for å kvalifisere personell til alle typer pasient- og brukerrettet helse- og sosialfaglig arbeid. Utdanningssystemet fungerer som en leverandør av kompetanse til de fleste etablerte helse- og sosialfaglige roller. Det gjør også at virksomheter kan benytte utdanningssystemet til å møte kompetansebehov, istedenfor selv å bygge opp egne utdannings- og opplæringsressurser, forutsatt at utdanningssektoren møter tjenestenes og personellens behov for kompetanse. Dette er særlig viktig for kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er pålagt ansvar for utdanning av helsepersonell slik spesialisthelsetjenesten er, jf. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.[38].

Relevante kvalifiseringsløp for kommunale helse- og omsorgstjenester inkluderer utdanningsløp tilgjengelig som yrkesfaglig utdanning på videregående skole, høyere yrkesfaglig utdanning (fagskoler) og universitet- og høyskoleutdanning. Det bærende premisset for hvordan undervisning organiseres og tilbys på dette nivået er at alle som starter i denne delen av utdanningssystemet har en felles grunnleggende kompetanse oppnådd gjennom grunnskoleopplæringen.

I tillegg til grunnutdanning, er spesialiseringer i form av fagskoler og videreutdanninger på høyskole og universitetsnivå, viktig for å sikre oppdatert og riktig kompetanse. Eksempler på slike spesialiserte faggrupper sentrale for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er blant annet fagskole innen demens/observasjonskompetanse og psykisk helse/rus, samt avansert klinisk allmennsykepleier (AKS), helsesykepleier, spesialist i allmennmedisin, m.fl.

KS angir i sin rapport om oppgavefordeling mellom personellgrupper at mange kommuner satser på økt kvalifisering av eget personell via opplæring og videreutdanning[39]. KS peker i samme rapport på følgende virkemidler som særlig aktuelle for å sikre kvalifisering av personell i tjenestene:

- Flere nasjonale kurs og sertifiseringsordninger
- Endre innhold i utdanninger og skape nye videreutdanninger
- Bevisstgjøre arbeidsgiveransvaret for en mer systematisk kvalifisering

Arbeidet med nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) på universitet- og høyskolenivå er utviklet som del av et nasjonalt styringssystem med mål om å sikre høy kvalitet og fremtidsrettede helse- og sosialfaglige utdanninger.

For yrkesfaglige utdanninger på videregående skole har det de siste årene vært jobbet med en omfattende omstrukturering av læreplanene slik at disse i større grad er fremtidsrettet og relevante for elever, lærlinger og for arbeidslivets behov.

Samlet viser disse satsningene at det jobbes systematisk fra regjeringens side med at alle helse- og sosialfaglige utdanninger skal være i tråd med tjenestenes behov og være fremtidsrettet.

[38] Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) Tilgjengelig her: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-3

[39] Ludvigsen K. og Danielsen H. (2014) Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre fremtidas velferdstjenester? KS-FoU Rapport 2-2014. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/contentassets/5470cffd71684ed698c56662389cc7c0/rapport.pdf>

Utdanning som virkemiddel for kvalifisering

Deltakelse i formell utdanning for voksne i befolkningen er høyere blant kvinner enn menn, og aldersmessig er flest mellom 25 og 34 år[40]. Målgruppen for denne utredningen sammenfaller både i alder og kjønn med de foran nevnte. Forhold som fremmer livslang læring, er inngående redegjort for av Etter- og videreutdanningsutvalget[41]. Utvalget pekte blant annet på følgende tiltak som viktig for å sikre livslang læring:

- Lettere tilgang til studier
- Styrket studiefinansiering
- Bedre muligheter til utdanning for personer utenfor arbeidslivet
- Satsing på digitale og nettbaserte tilbud

Siden regjeringens kompetansereform[42] er arbeid rettet mot flere av disse områdene igangsatt og det antas at dette vil kunne ha positive effekter også for målgruppen til denne utredningen[43]. Det som i tillegg er påpekt som utfordringer som må arbeides med i kompetansereformen er at personer med lav utdanning og lav kompetanse, samt noen grupper eldre arbeidstakere og innvandrere deltar lite i læringsaktiviteter. Disse gruppene er representert i målgruppen for denne utredningen.

[40] SSB (2017) *Voksnes læring*. Tilgjengelig her:
<https://www.ssb.no/utdanning/voksenopplaering/statistikk/voksnes-laering>

[41] NOU 2019: 12 *Lærekraftig utvikling – livslang læring for omstilling og konkurranseevne*. Tilgjengelig her:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/849b377650a449d599d80835e74805ed/no/pdfs/nou2019201900120/>

[42] Meldt. St. 14 (2019-2020) *Kompetansereformen – lære hele livet*. Tilgjengelig her:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>

[43] Meld. St. 21 (2020–2021) *Fullføringsreformen – med åpne dører til verden og fremtiden*. Tilgjengelig her:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20202021/id2840771/>

Fleksibel fagopplæring i videregående skole

Yrkesfaglige utdanninger som gir relevant kompetanse rettet mot helse- og omsorgstjenester er primært tilknyttet utdanningsprogram for helse- og oppvekstfag. Totalt inkluderer dette 11 yrkesbetegnelser, samt mulighet til å oppnå generell studiekompetanse. Dette inkluderer for eksempel yrkene aktivitør, ambulansefagarbeider, foterapeut og helsefagarbeider.

Fra høsten 2020 er det etablert en ny tilbudsstruktur for de yrkesfaglige utdanningsprogrammene.

For å oppnå fagbrev er hovedmodellen to år i skole etterfulgt av to år i bedrift (2+2-modellen). Det er også mulig å utvikle lokale varianter, såkalte vekslingsmodeller. I vekslingsmodeller vil opplæring i skole og bedrift skjer i en annen rekkefølge enn i ordinær modell[44]. Fylkeskommunene godkjenner lærekontrakter og opplæringskontrakter som formaliserer aktuelle modell, jf. opplæringsloven.

Det er også mulig å bli *lærekandidat* eller *praksisbrevkandidat*, men da oppnår man ikke fagbrev. *Lærekandidaten* oppnår et kompetansebevis etter gjennomført opplæring i bedrift med tilpassede kompetansemål i henhold til en opplæringskontrakt. Kompetansen testes gjennom en kompetanseprøve

Praksisbrevkandidaten er et forkortet, standardisert løp over 2 år som leder til et praksisbrev i stedet for fagbrev. Praksisen må være allsidig og dekke de viktigste målene i fagets læreplan. Det er mulig å fortsette frem mot et fullt fagbrev senere dersom kandidaten ønsker det.

For kandidater som kan dokumentere lang og allsidig yrkespraksis, er *praksiskandidatordningen* en aktuell dokumentasjonsordning for å formalisere kompetansen i form av fag- eller svennebrev. Dette er ikke en opplæringsordning. Det er Fylkeskommunen som avgjør om den praksisen kandidaten viser til kan godkjennes. Det kreves vanligvis minimum fem års klinisk erfaring. Praksiskandidatene får fritak fra felles fag. Kandidater som får godkjent sin yrkespraksis, må melde seg som privatist til en egen eksamen. Denne eksamen tester at kandidaten har oppnådd kompetansemålene som er fastsatt i læreplanen i det faget som praksiskandidaten tar sikte på å ta fag- eller svennebrev i. Det er ikke mulig å få godkjent denne eksamenen gjennom en realkompetansevurdering. Etter denne eksamenen er godkjent kan praksiskandidaten melde seg opp til den aktuelle fag- eller svenneprøve.

Ungdom har under *ungdomsretten* rett til å søke videregående opplæring etter gjennomført grunnskole og fylte 15 år [46]. Denne retten må benyttes innen fylte 25 år. Ungdomsretten gjelder også for søkere som har ikke-godkjent videregående opplæring fra utlandet. Søkere som er fylt 25 år eller eldre kan falle under voksenretten dersom de ikke har fullført videregående opplæring. Det er også mulig for voksne med allerede har fullført videregående å søke videregående opplæring, men disse vil ikke bli prioritert i konkurranse om plasser med søkere som ikke har fullført videregående skole.

<https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/vekslingsmodeller-i-fag--og-vrkesopplaring2/>

<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kd/pressemeldinger/2017/2017-08-16-nytt-forslag-til-lovgivning-om-kommunale-helsetjenester/id2594161/>

https://utdanning.no/tema/nyttig_informasjon/fakta_om_videregaende

Kompetansereformen Lære hele livet[47] beskriver et generelt behov for å satse på kompetanse og kompetanseutvikling gjennom hele yrkeslivet. Dette er en viktig forutsetning for å sikre at alle i yrkeslivet har den kompetansen de trenger.

- Bedre tilgang til fagopplæring for voksne. Voksne har behov for mer videregående opplæring. Det er behov for tilbud innen fag- og yrkesopplæring som retter seg mot de som ikke har rett til videregående opplæring innen det ordinære skolesystemet

- Mulighet for fleksible, praktiske og hensiktsmessige ordninger for at den enkelte skal få utdanning og dokumentasjon på sin kompetanse
- Styrke kompetansen til voksne med svak tilknytning til arbeidslivet. Her har det vært særlig vekt på voksne som mangler videregående opplæring

Stortingsmeldingen Fra utenforskap til ny sjanse — Samordnet innsats for voksnes læring[48] skal forbedre voksenopplæringstilbudet i Norge. Målgruppen er voksne med lite utdanning eller svake ferdigheter, som står i fare for å falle ut av eller som har problemer med å komme inn i arbeidslivet. Innsatsområdene fra denne stortingsmeldingen har gitt økt fokus på utvikling av voksenopplæringstilbudet blant fylkeskommuner og statsforvaltere. Modellforsøket beskriver modulstrukturert fag- og yrkesopplæring (MFY) som er et utviklingsarbeid mot en opplæringsmodell mer tilpasset voksnes behov[49]. Dette tilbudet er spesielt utviklet for å møte behov for kvalifisering innen fag- og yrkesopplæring for voksne som mangler kvalifikasjon til varig ansettelse. En stor andel i denne gruppen er ofte fremmedspråklige. Et viktig poeng med MFY er at utdanningsløpet skal kunne tilpasses deltakernes ulike livs- og arbeidssituasjoner. Dette krever fleksible løsninger og samordning av andre tilbud som støtter opp under målgruppen, for eksempel samordne tilbud på tvers av sektorer ved at modulene skal kunne benyttes av deltakere som omfattes av introduksjonsloven og deltakere i opplæringstiltak i regi av NAV[50].

For å møte behov hos deltakere som også har behov for opplæring på nivået under videregående opplæring, ble Modulforsøket koblet med tilsvarende forsøk rettet mot modulstrukturerte læreplaner for forberedende voksenopplæring (FVO). FVO er modulstrukturerte læreplaner i fagene norsk for språklige minoriteter/norsk, samfunnsfag, matematikk, naturfag og engelsk.

Kombinasjonene av både modulstrukturert opplæring innen fag- og yrkesopplæring (MFY) og grunnmodulen for deltakere som har behov for grunnleggende lese- og skriveopplæring (FVO), er omtalt som Kombinasjonsforsøket[51]. Sentralt i oppfølgingen av deltakerne i både kombinasjonsforsøket og modulforsøket står realkompetansevurdering[52] slik at fag- og yrkesopplæringen blir individuelt tilpasset. Opplæring skjer i hovedsak i praksissituasjon i dedikerte lærebedrifter. Det vil si en praksisnær utdanning. For hver modul deltagerne gjennomfører i MFY, oppnår de et kompetansebevis. Dette gjør det mulig gradvis å dokumentere økt kompetanse.

Utdanning er i seg selv en viktig kilde til å forstå omverden og til å forbedre sin livssituasjon, og derfor en viktig nøkkel i integreringsarbeidet[53]. Tilgang til utdanning og kvalifiseringsløp er derfor viktige faktorer i integreringsarbeidet[54].

Manglende tilgang til lærlingeplass ser ut til å ha stor innvirkning på om elever fullfører yrkesfaglig opplæring. Dette gjelder for alle elever. Kvalifiseringstiltak rettet mot målgruppen i denne utredningen bør derfor inkludere økonomiske incitament rettet mot virksomheter hvor kandidater fra målgruppen er sysselsatt slik at virksomheten settes i stand til å tilby lærlingeplass. Det vil være viktig at et slikt tiltak ikke går på bekostning av lærlingplasstilbudet til øvrige og ordinære utdanningsløp.

Det er gjort gode erfaringer på utdanningsmodeller finansiert over Kompetanseløftet som for eksempel Menn i helse i regi av KS og Kurspakke for ufaglærte (Fagbrev Helsefagarbeider) i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Det uteksaminerer i gjennomsnitt 100 helsefagarbeidere via denne ordningen pr. år, under pandemien var dette tallet noe lavere[55]. Moduler som ligger inne i slike utdanningsløp, kan med fordel benyttes som stimuleringskurs for å få ansatte til å kvalifisere seg, som de da kan benytte videre hvis de fullfører helsefagarbeider.

[47] Meldt. St. 14 (2019-2020) Kompetansereformen – lære hele livet. Tilgjengelig her:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20192020/id2698284/>

[48] Meld. St. 16 (2015–2016) Fra utenforskap til ny sjanse — Samordnet innsats for voksnes læring.

Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20152016/id2476199/>

- [49] Kompetanse Norge (2020) Modulstrukturert fag- og yrkesopplæring (MFY). Tilgjengelig her: <https://www.kompetansenorge.no/Norsk-og-samfunnskunnskap/modulforsoket/modulstrukturert-fag--og-yrk>
- [50] Ideas2evidence (2020) Rapport 15:2020 Deltakere, opplæringsløp, resultater - erfaringer fra tre år med modulstrukturert fag- og yrkesopplæring. Tilgjengelig her: <https://www.ideas2evidence.com/sites/default/files/Kvantitativ%20rapport%20MFY%2017.12.20.pdf>
- [51] Kompetanse Norge (2020) Kombinasjonsforsøket. Tilgjengelig her: <https://www.kompetansenorge.no/Norsk-og-samfunnskunnskap/modulforsoket/kombinasjonsforsoket/>
- [52] Kompetanse Norge (2022) Realkompetanse. Tilgjengelig her: <https://www.kompetansenorge.no/realkompetanse/>
- [53] Regjeringen.no (2018) Integrering gjennom kunnskap. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/integrering-gjennom-kunnskap/id2617246/>
- [54] IMDi (2021) Indikatorer for integrering 2021. Tilgjengelig her: <https://www.imdi.no/om-imdi/rapporter/2021/indikatorer-for-integrering-2021/>
- [55] Nasjonalt senter for Aldring og helse (2021) Årsrapport Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2020. Tilgjengelig her: <https://www.aldringoghelse.no/om-aldring-og-helse/arsrapport/>

Høyere yrkesfaglig utdanning

Yrkesgrupper med fagbrev kan få spesialisert, høyere kompetanse gjennom utdanning som tilbys av fagskoler. Det finnes også tilbud ved fagskolen med andre opptakskrav enn fag- eller svennebrev. Fagskolene har i dag et bredt studietilbud relevant for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det arbeides i dag med utvikling av fagskoletilbudet i Norge[56]. Videre har regjeringen Solberg lansert strategien Videre vekst og kvalitet - strategi for høyere yrkesfaglig utdanning[57]. Av strategien kan det leses et ønske om blant annet å gi fagskolene økt myndighet og mulighet til å opprette og endre studietilbud selv etter en overordnet godkjenning fra NOKUT. I dag er det NOKUT som akkrediterer fagskolene og fagskoleutdanninger i Norge[58].

- [56] Technopolis group (2020) Utredning om mulig parallell struktur i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Tilgjengelig her: https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/ua/2020/utredning-om-mulig-parallell-struktur-i-nkr_2020
- [57] Kunnskapsdepartementet (2020) Videre vekst og kvalitet. Strategi for høyere yrkesfaglig utdanning. Tilgjengelig her: https://www.regjeringen.no/contentassets/73bad6b273184a5b9d41f7da9db50e4a/no/pdfs/strategi_yrkesfag
- [58] NOKUT (2022) Akkrediterte fagskuletilbud. Tilgjengelig her: <https://www.nokut.no/fagskule--hogare-yrkesfagleg-utdanning/akkrediterte-fagskuletilbud/>

Utdanning fra universitet og høgskole

Alle helse- og sosialfaglige grunnutdanninger ved høyere utdanningstilbud har generell studiekompetanse som opptakskrav. I tillegg krever noen utdanninger slik som medisin og odontologi spesielle fag slik som realfaglig matematikk (R1), og fordypning i fysikk og kjemi. For sykepleieutdanning spesielt er det fra studieåret 2019/2020 innført skjerpede opptakskrav knytte til gjennomsnittskarakter i norsk og matematikk [59].

Arbeidet med nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) på universitet og høyskolenivå er utviklet som del av et nasjonalt styringssystem med mål om å sikre høy kvalitet og fremtidsrettede helse- og sosialfagutdanninger. For yrkesfaglige utdanninger på videregående skole er det de siste årene vært jobbet med en omfattende omstrukturering av læreplanene slik at disse i større grad er fremtidsrettet og relevante for elever, lærlinger og for arbeidslivets behov. Samlet viser disse satsningene at det jobbes systematisk med at alle helse- og sosialfaglige utdanninger skal være i tråd med tjenestenes behov og være fremtidsrettet. For å sikre dette, bør også innholdet i RETHOS revideres jevnlig i takt med utviklingen på helsefeltet og samfunnet ellers.

Dersom fagarbeideren har oppnådd studiekompetanse eller kan dokumentere realkompetanse, kan fagarbeideren ta utdanning ved universitet og høyskoler. Denne muligheten er også til stede for de som ikke har yrkesfaglig videregående skole så lenge de har fullført videregående opplæring og kan dokumentere generell studiekompetanse.

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR)[60] er tilpasset det overordnede europeiske kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning og EU sitt rammeverk for livslang læring (EQF). Behov for kompetanse på et avansert nivå, vil kreve en tilleggskompetanse utover bachelornivå og skal ligge på master- eller doktorgradsnivå. Dette er i tråd med regjeringens satsning på utdanning som viktig tiltak i kompetansereformen Lære hele livet.

En stor andel elever som oppnår studiekompetanse på videregående, starter på utdanning relevant for helsetjenestene[61]. Dette kan være noe av bakgrunnen for den relativt store andelen av personer under utdanning blant sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. Den samme utredningen viste at kun 6 prosent kom fra helse-, sosial- og idrettsfag, det vil si det fagfeltet med laveste andelen studenter fra fagskoler. Dette kan skyldes få etablerte overganger mellom høyere yrkesfaglig utdanning og høyere utdanning på dette feltet. Dette kan også gjøre at yrkesfaglig utdanning innenfor dette feltet vurderes som å gi færre muligheter til videreutdanning[62].

[59] Samordnaopptak (2019) Endringer i regelverk 2019. Tilgjengelig her:
<https://www.samordnaopptak.no/info/om/lover-og-regler/endringer/>

[60] NOKUT (2022) Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Tilgjengelig her:
<https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/>

[61] Moafi H. og Sundberg K. (2021) Rapport 2021/6 Veiene inn til høyere utdanning. Tilgjengelig her:
https://www.ssb.no/en/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/444448?_ts=17747f1a5f8

[62] Utdanning.no (2021) Studier innen y-veien. Tilgjengelig her:
<https://utdanning.no/studiebeskrivelse/y-veien>

Dokumentasjon og vurdering av realkompetanse

Realkompetanse er praktisk erfaring tilegnet gjennom for eksempel skole, kurs, arbeidserfaring og fritidsaktiviteter. Dette er kompetanse som kan være relevant for det utdanningstilbudet en voksen tilbys. Alle voksne som tilbys videregående skole gjennom voksenopplæring skal få sin realkompetanse vurdert slik at opplæringstilbudet blir tilpasset behovet han eller hun har.

I 2019 var rundt 2 prosent av nye studenter på universitet og høyskoler registrert med realkompetanse som opptakskompetanse i de aller fleste landsdelene, foruten Nord-Norge hvor andelen var over 4 prosent[63]. Det er en generell trend at andelen studenter med realkompetanse avtar med alder, hvor aldersspennet mellom 30 og 34 år utgjorde den største andelen av nye studenter med realkompetanse i 2019 (Ibid.).

Det er utviklet retningslinjer og maler for enkeltvedtak knyttet til realkompetansevurdering[64]. Kommunen har ansvar for realkompetansevurdering av voksne i grunnskole og fylkeskommunen har ansvar for det i videregående opplæring.

[1] Moafi H. og Sundberg K. (2021) Rapport 2021/6 Veiene inn til høyere utdanning. Tilgjengelig her: https://www.ssb.no/en/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/444448?_ts=17747f1a5f8

[2] Utdanning.no (2021) Realkompetanse. Tilgjengelig her: https://utdanning.no/tema/nyttig_informasjon/realkompetanse

Erfaringer fra Danmark og Sverige

Erfaringen fra Danmark[65] med trinndelt utdanning sammenfaller med erfaringer fra den norske satsningen i Menn i helse. Tilrettelagte utdanningsløp som raskt tar personen ut i arbeidslivet samtidig som vedkommende gjennomfører et standardisert og forkortet kvalifiseringsløp, gjør det mulig å gjennomføre bransjeskifter der dette er ønskelig, også i voksen alder. Videre løftes det frem behov for økonomisk støtte under utdanningsløp, samarbeid med saksbehandlere fra andre etater for eksempel knyttet til stønads- eller trygdeordninger. Det er også vesentlig med persontilpasset veiledning rettet mot hvilke plikter og rettigheter den enkelte har ut fra sine forutsetninger og ønsker for utdanningsløp. Utvikling av standardisert veiledningsmaterieell der dette er mulig inngår også.

I Danmark har fokus vært rettet mot å kvalifisere personell uten formell utdanning til helse- og sosialfaglig arbeid (Ibid.). Her er det blant annet vektlagt at ulike grupper av voksne med etnisk minoritetsbakgrunn utgjør én betydelig, uutnyttet arbeidsressurs. Som i Norge, har man sett at flere kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn arbeider som ukvalifisert arbeidskraft i kommunal helse-omsorgstjeneste. Måltrettede utdanningstilbud tilrettelagt for denne gruppen har derfor vært foreslått som tiltak. Tilrettelegging innebærer at utdanningsløpet tar høyde for å bygge ned både faglige så vel som språklige, sosiale og kulturelle barrierer.

I Sverige har man satset på språk på arbeidsplassen knyttet til helse- og omsorgssektoren, omtalt som språkombudkonseptet[66]. Språkombud er en egen rolle utviklet for virksomheter innenfor helse- og omsorg[67].

[65] Foreningen Nydanser (2021) Multiple paths to education within the health and social care sector. Nordic recommendations on how to help citizens with ethnic minority background into education.

[66] Vård och omsorgs college (2022) Konseptet språkombud och språkombudsrollen. Tilgjengelig her: <https://www.vo-college.se/sprakombud>

[67] Sunarbetsliv (2022) Språkombud stöttar språket på jobbet. Tilgjengelig her: <https://www.sunarbetsliv.se/forskning/kommunikation/sprakombud-stottar-spraket-pa-jobbet/>

Drøfting av potensial og virkemidler

Det kreves stadig høyere kompetanse i kommunal sektor, samtidig benyttes en stor andel personell uten formell helsefaglig utdanning eller kvalifikasjoner innen helse og omsorg. Behovet for avansert kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skyldes i stor grad at pasientene har kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten og flere og mer omfattende oppgaver er overført til kommunene.

For å oppfylle kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesykepleier, ergoterapeut, psykolog og tannlege. Kommunale ledere av helse- og omsorgstjenesten må vurdere helheten i kompetansebeholdningen i kommunen for å kunne ivareta brukeres behov for bistand fra fagpersoner med riktig kompetanse. Et grep som benyttes av kommuner for å utnytte tilgjengelig kompetanse, er økt fokus på oppgaver og mindre på profesjoner. Dette har ført til omgjøring av stillingshjemler og rekruttering av annet høyskoleutdannet personell enn bare sykepleiere.

Kartleggingen av ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning i denne rapporten viser en svært stabil gruppe gjennom flere år. Gjennom kompetanseløftets planperioder har det vist seg at tiltak rettet mot å rekruttere og beholde personell uten helse og sosialfaglig utdanning blir prioritert, men tilsynelatende har begrenset effekt som enkeltstående tiltak. Dette resonnementet baserer seg på at antallet i gruppen er stabilt, selv om kompetanseheving er en satsning[68],[69].

Dette kan bety at et bredt spekter av tilnærminger og fokus på kontinuerlig kompetanseutvikling blant ledere og ansatte må være til stede for å skape positiv kompetansekultur. Tilrettelagte utdanningstiltak og voksenopplæring har gitt resultater, men ikke tilstrekkelig til å redusere volumet på antall ansatte uten formell kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Selv om forskningen på helse- og omsorgssektor er mangelfull, kommer det likevel frem at organisatoriske og pedagogiske grep må samkjøres for å få til gode resultater og endring i kompetanseutviklingen.

I dette kapittelet gis Helsedirektoratets vurdering av virkemidler innenfor de ulike kategoriene.

[68] Grut L., Lippestad, J., Monkerud L.C., Olsen D.S., Nesje K. og Aamodt P.O. (2021). SINTEF Rapport nr. 2021: 00703 ISBN 978 82 14 07630 1 Sluttrapport Kompetanseløft 2020. Tilgjengelig her: <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/folgeevaluering-av-kompetanseloft-2020-sluttrapport-juni-2>

[69] Helsedirektoratet (2021), Årsrapport for Kompetanseløft 2020. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer#aarsrapporter>

Økonomiske og juridiske rammevilkår

Delrapport Kartlegging viser at det er relativt små forskjeller på årslønnen til personell uten helse- og sosialfaglig utdanning og helsefagarbeidere. Den gjennomsnittlige lønnen i 2020 til en helsefagarbeider er om lag 5 prosent høyere enn for de uten helse- og sosialfaglig utdanning, og tilsvarer rundt 2.500 kroner brutto per måned. Lønn vil derfor i liten grad være et incentiv for å søke kvalifisering for sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør en andel på 29,4 prosent av sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten. Dette gir utfordringer både for faglig forsvarlig helsehjelp og pasientsikkerhet, og kvalitet

i tjenesten. I tillegg innebærer høyt sykefravær og turnover at personell uten helse- og sosialfaglig utdanning ofte gjør de samme oppgavene og trer inn i vakter som i utgangspunktet tilhører utdannet personell. Dette kan være en medvirkende årsak til at ansatte velger å ikke ta en lengre fagutdanning, som i tillegg er kostnadsdrivende. Kompetansehevende innsats gir ikke nødvendigvis resultater verken i lønnsøkning eller endringer i oppgaver, men medfører derimot mer ansvar.

De fleste kommuner stiller krav om relevant utdanning ved faste ansettelse. Rettigheter i for eksempel arbeidsmiljøloven §14-9 regulerer krav om fast ansettelse etter en viss tid i vikariater. En yrkeskarriere i helsevesenet for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning starter ofte som et vikariat. Helse- og omsorgssektoren har behov for vikarer, blant annet fordi sektoren har høyt sykefravær og stor turnover. Spesielt i de senere år har det blitt en generell stor mangel på fagutdannet helsepersonell, både i små kommuner ute i distrikt og i større bykommuner.

Sektorens planleggingskrav er nedfelt i flere lover og forventninger til planlegging gjenfinnes i flere stortingsmeldinger, handlingsplaner m.m. Det er også et mangfold av veiledere som er utviklet for den generelle planoppgaven i kommunen som kan tas i bruk.

For personer som ønsker å ta relevant utdanning for å arbeide i helse- og omsorgssektoren finnes det flere ulike økonomiske incentiver uavhengig av sektoren for å gjennomføre dette, som for eksempel NAV, Statens lånekasse mv. I tillegg kan arbeidsgiver søke om ulike tilskudd relatert til kompetanseheving, lønn eller undervisningsmateriell. Dette adresseres ikke videre i denne rapporten.

Aktuelle virkemidler i utdanningssystemet

Viktige kjennetegn ved målgruppen som antas å ha særlig påvirkning på hvorvidt etablerte utdanningsløp treffer denne gruppen er faktorer som alder, kjønn og utdanningsnivå. I tillegg påvirker subjektive faktorer som for eksempel forsørgeransvar, tilgjengelig arbeid i nærheten av der man bor, faglig interesse, språkferdigheter og motivasjon til å ta helse- og sosialfaglig utdanning.

Generelle vurderinger

Aktuelle tiltak innenfor utdanningsløp er sammenfallende med tiltak beskrevet av ekspertutvalget for etter- og videreutdanning[70]. Tiltak rettet mot å gjøre utdanningstilbudet og praksisplass lettere tilgjengelig, kombinert med tiltak som letter det å ta utdanning i kombinasjon med jobb vil trolig treffe målgruppen i denne utredningen positivt.

Fagbrev og/eller fagutdanning for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er beskrevet som et vellykket kompetansehevende tiltak i KS rapporten Strategisk kompetanseutvikling i kommunene[71]. Rapporten peker på at læring i fellesskap øker sannsynligheten for å kunne bringe med seg kunnskapen inn i felles praksis på arbeidsplassen. Praksisnære kompetansehevende tiltak anses derfor som en fordel for målgruppen i denne utredningen. Målgruppen arbeider allerede i sektoren og kan dermed bidra til positiv fagutvikling til hele virksomheten dersom det legges opp til at utdanningsløpet skal ha mye av sin aktivitet i praksis på egen arbeidsplass.

Det er en klar overvekt av kvinnelige ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste, men tendensene peker mot en svak økning blant mannlige ansatte fra 2016 til 2020[72]. Et kjønnsdelt arbeidsmarked bekreftes også av SSB[73], samt en utredning gjort av Bufdir om rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren[74]. Samme trend ser vi for helse- og sosialfaglige utdanninger hvor det er en overvekt

av kvinnelige søkere for de fleste utdanningsløp[75]. Rekruttering generelt til helse- og sosialfaglige utdanninger er stabile eller svakt økende, både for videregående nivå og universitet- og høyskolenivå (Ibid.).

Det antas at oppfatningen om at sektoren tradisjonelt består av kvinneyrker, kan virke mer hemmende på rekruttering fra den mannlige andelen av målgruppen. Det bør derfor vurderes egne tiltak rettet mot den mannlige andelen for å øke interesse for en karriere innen sektoren. Aktuelle tiltak kan eksempelvis være informasjonskampanjer og mentorordninger slik som i prosjektet Menn i helse, som har som hovedmål å rekruttere arbeidssøkere fra NAV til helsefagarbeiderutdanning i en forkortet teoretisk og praktisk fagutdanning. Evalueringer av prosjektet påpeker viktigheten av forståelse for omskolering og yrkesvalg i familie og vennekrets, samt mentorordning og felleskapet mellom "Rekruttene" som de benevnes under utdanningen[76].

Informasjonskampanjer rettet mot menn kan inkludere mannlige helsepersonell som har gjennomført utdanning i voksen alder og deres erfaringer og beskrivelser knyttet til valg av yrke og arbeidshverdag. Dette kan bidra til å heve interessen for at dette er spennende og relevante yrker uavhengig av kjønn.

Mentorordning kan være viktig for å sikre sosial tilhørighet og trygghet særlig i startfasen både knyttet til utdanningsløp og i yrkeslivet. Etablering av slike mentorordninger kan gjøres etter inspirasjon fra Sverige og Jobbvinner-prosjektet i regi av KS/Kompetanseløft 2025[77].

Tiltak rettet mot strukturelle forhold kan handle om forhold knyttet til arbeidstidsbestemmelser, heltid/deltid, lønn, med mer. Slike tiltak bør utvikles i samskapende prosesser hvor man vektlegger involvering av målgruppen og ledere, sammen med aktører fra relevante direktorater, KS, fylkeskommuner, helseforetak og -institusjoner, UH-institusjoner, bransjeorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner. Det er også vektlagt fra flere hold at slike tiltak bør virke i en samordnet satsing med bredt nedslagsfelt via opplæring- og ledelse/organisasjonstiltak for positiv effekt på rekruttering og beholde personell[78];[79]. I hovedsak bør slike kampanjer og tiltak ha målgruppen som helhet i fokus, men det kan være hensiktsmessig at egnede deltiltak skreddersys mot hovedvekten av målgruppen med lav eller manglende utdanning og ansatte som har påbegynt helseutdanninger uten å fullføre.

Økt bruk av realkompetanse som opptakskriterium for å rekruttere motiverte kandidater fra målgruppen til høyere utdanning bør prioriteres. Tiltak som retter seg mot å utvikle gode overgangsmuligheter mellom høyere yrkesfaglig utdanning og høyere utdanning gjennom midler til samarbeidsprosjekter[80] vil også kunne fremme formål om livslang læring og faglig utvikling.

Støtte til språkopplæring bør ha et individuelt utgangspunkt. Det vil være hensiktsmessig at tilbudet inkluderes i alle kvalifiseringsløp rettet mot alt personell uten helse- og sosialfaglig utdanning som har et behov for språktilbud. Det kan være mange ulike årsaker til behov for språkopplæring[81]. Det anbefales at språkopplæring skjer i kombinasjon med fagopplæringen. Det vil si at den skjer som en del av læringsutbyttet knyttet til praksisopphold (jf. kap. 7.2). En regional koordinatørrolle foreslås for å informere og motivere aktuelle kandidater og deres ledere til utdanningsløp som leder til dokumentert kompetanse i tråd med virksomhetens strategiske kompetanseplan.

Tabell 3: Generelle vurderinger, relevante tiltak 1 til 6

Tiltak nr.	Relevante tiltak
1	Utdanningstiltak rettet mot formell kvalifisering tilbudt innenfor utdanningssystemet

2	En koordinatorrolle på regionalt nivå rettet mot virksomhetsledere og aktuelle ansatte med behov for språkopplæring. Koordinatorrolle med ansvar for å rekruttere aktuelle kandidater og deres ledere til utdanningsløp som leder til dokumentert kompetanse i tråd med virksomhetens strategiske kompetanseplan
3	Praksisnære utdanningsløp der en stor andel av læringen skjer på arbeidsplassen
4	Økt bruk av realkompetanse som inngangsmulighet til utdanning på videregående-, universitet- og høyskole
5	Informasjonskampanjer for motivasjon og muligheter for veier til kvalifisering
6	Informasjonskampanjer: lære hele livet, jobbsikkerhet, karrierevei og fagutvikling, rettet mot menn

Alder og utdanningsnivå

Aldersfordelingen i målgruppen har en klar overvekt på personer fra 25 år og oppover. I det videre fokuseres det derfor på tiltak innenfor voksenopplæringsfeltet, samt mulighet for livslang læring og tilbud om høyere utdanning.

Voksenopplæring inkluderer videregående opplæring og tilbud finnes som hel- eller deltid, på dag- eller kveldstid. Fylkeskommunen er ansvarlig for det lokale tilbudet. Funksjonalitet og informasjon på nettsidene for voksenopplæring varierer mellom fylkene. Tilbudsstrukturen er lagt opp til å dekke bredden i kvalifiseringsløp innenfor helse- og oppvekstfag.

Kombinasjonene av grunnmodulen i grunnleggende lese- og skriveopplæring (FVO) og modulstrukturell opplæring innen fag- og yrkesopplæring (MFY), omtalt som Kombinasjonsforsøket[82], viser positive resultat (jf. kap. 7.2). Dette kan være særlig aktuelt som tilbud for ansatte i målgruppen som mangler deler av grunnskoleopplæringen, har språkutfordringer og ønsker videregående opplæring.

Erfaringene fra MFY ser lovende ut og vil kunne være et tilbud til sysselsatte som behøver tilrettelegging av utdanningsløp utover det som tilbys ellers i voksenopplæringstilbudet. Det er også en styrke at hver gjennomført modul gir et kompetansebevis som kan anvendes til å dokumentere kompetanse og progresjon. Flere undersøkelser viser at ansatte med lav utdanning er mer motivert for kortere kurs enn lengre utdanningsløp, av ulike årsaker. Dette tilsier at en bør bygge opp kunnskap gjennom moduler som kan underbygge en progresjon i tråd med målet om livslang læring. Det kan være hensiktsmessig at slik modulbasert oppbygning av kompetanseheving gjøres tilgjengelig for hele utdanningsforløpet fra yrkesfag til bachelor- og masterkandidatur. I tillegg bør det etterstrebtes at utdanningstilbud rettet mot målgruppen i denne utredningen er praksisnære kvalifiseringsløp og at pedagogiske grep gjøres for å sikre at teoretisk undervisning er tydelig koblet til praksis. Dette vil sannsynlig øke både motivasjon til å begynne på et kvalifiseringsløp og gjennomføringsevne for denne målgruppen.

En utfordring i dag er at kun helsefagarbeider er inkludert i tilbudet med MFY. For at bredden i personellbehov i kommunal helse- og omsorgssektor dekkes, bør slike tilbud inkludere alle aktuelle løp. Leder bør forplikte ufaglærte som tas inn til å gjennomføre kvalifiseringsmoduler i tråd med tiltenkte arbeidsoppgaver (jf. kap. 7.2). Utdanningstilbudene bør være tilpassede, arbeidsnære og forkortede kvalifiseringsløpbasert på individuell realkompetansevurdering. Det bør videre vurderes om det skal legges opp til individuell opptaksprosess slik at kandidater som tas opp har høy grad av motivasjon og er egnet for studiet. Dette kan vurderes i intervju eller med motivasjonsbrev og/eller anbefaling fra leder.

Ut fra denne utredningen og særlig basert på erfaringer fra arbeid med Menn i helse, ser vi at tilpassede, arbeidsnære og forkortede kvalifiseringsløp mot fagbrev eller vitnemål, har rekruttert blant personer som

tidligere ikke har vurdert helse- og sosialfaglig utdanning. Viktige faktorer i opptaksprosessen har vært individuell og intervubasert opptaksprosess slik at kandidater som tas inn i slike løp har høy grad av motivasjon og er egnet for studiet.

En flaskehals i dag er tilgang på lærlingeplasser for voksne. Et mulig tiltak for å bøte på denne utfordringen kan være å gi arbeidsplassene økonomisk incentiv til å opprette læreplasser for voksne i utdanningsløp innenfor voksenopplæringstilbudet.

Tabell 4: Alder og utdanningsnivå, relevante tiltak 7 og 8

Tiltak nr.	Relevante tiltak
7	Modulbaserte, tilrettelagte utdanningstilbud innenfor alle relevante yrkesgrupper
8	Økonomiske incitament rettet mot kommunen for at virksomheten kan stille lærlingplass til rådighet under kvalifiseringsløp

Kvalifisering av personer med innvandrerbakgrunn

Det finnes indikasjon for at innvandrere i større grad velger studiespesialisering sammenliknet med elever uten innvandrerbakgrunn[83]. Dette kan tyde på at informasjonskampanjer om mulighetene etter yrkesfaglig videregående opplæring rettet mot denne delen av målgruppen kan ha stor betydning.

Rambøll har gjort en kartlegging av tilbud om språkopplæring og språktrening for voksne innvandrere i Norge og øvrige nordiske land[84]. Ut fra intervju med informanter fra gruppen voksne innvandrere beskrives det opplevelser av at språktilbudene de har deltatt på har vært lite tilpasset den enkeltes behov, noe som indikerer at differensieringen lykkes i varierende grad. I tillegg pekte flere på at det er vanskelig å finne informasjon om språktilbud, samt at det var svært krevende å delta på slike tilbud ved siden av full jobb.

Prepp til helse er et skoleår før oppstart i prosjektet Menn i Helse for å styrke norskkunnskaper for fremmedspråklige. Menn i Helse har erfart at språk er viktig for læring, og i preppeåret mottar elevene dagpenger fra NAV mens de veksler mellom teoriundervisning og praksis. Erfaringer med dette er økt inkludering og motivasjon for å prøve ny fagutdanning i helse og omsorgstjenesten[85].

Den regionale koordinatorrollen som foreslås under kap. 8.2.1 kan med fordel også ha et særlig fokus på ansatte med innvandrerbakgrunn.

Tabell 5: Innvandrerbakgrunn, relevante tiltak 9 til 11

Tiltak nr.	Relevante tiltak
9	Økonomiske incitament rettet mot kommunen hvor kandidater med innvandrerbakgrunn er ansatt slik at virksomheten kan stille lærlingplass til rådighet under kvalifiseringsløp
10	Informasjonskampanjer om mulighetene etter yrkesfaglig videregående opplæring rettet mot ansatte med innvandrerbakgrunn
11	Språkopplæring og språktrening for voksne innvandrere bør være en integrert del av utdanningsløpet vedkommende tar slik at fagspråket utvikles i takt med faglig kompetanse

Geografisk tilhørighet og utdanningstilbud

Analysen gjort av SSB[86] viser at avstand til høyere utdanningsinstitusjoner synes å være viktig i valg av type utdanning og studiested. Avstand til høyere utdanningsinstitusjoner kan også påvirke kandidatens valg av bosted etter endt utdanning. Dette sammenfaller med funn fra Helsedirektoratets analyser[87] av behovet for desentraliserte utdanningstilbud. Fleksible utdanningsmodeller virker positivt for å rekruttere, og ikke minst beholde personell. De fleksible studietilbudene har også vist seg positive i forhold til å rekruttere fra en litt eldre studentmasse. Mulighetene for å bli boende i hjemkommunen og ivareta omsorgsforpliktelser under studiet, har bidratt til at de i større grad fortsetter å jobbe i hjemkommunen etter endt studium.

Fordelen med fleksibiliteten som oppnås med vekslingsmodeller (jf. kap.7) er at det gir grunnlag for godt samarbeid mellom skole og arbeidsliv, elevene rapporterer økt motivasjon og økt forståelse/læring, samt at de beholder kontakten med skole og medelever under læretiden. Dette kan gjøre det mulig for eleven å komme tidlig ut i arbeidslivet og dermed også møte behov hos arbeidslivet raskere. Imidlertid er det arbeidskrevende å utvikle og gjennomføre nye vekslingsmodeller, og det krever sterk forankring av modellen blant alle partene med en klar ansvarsfordeling og gode forventningsavklaringer. Det vanligste er derfor å tilby yrkesfag innenfor 2+2-modellen. Samlet for helse- og oppvekstfag viser tall fra Utdanningsdirektoratet[88] at for årskull 2015 hadde 67 prosent av lærlingene med lærekontrakt oppnådd fagbrev etter 2 år og etter 5 år inkluderte dette 87 prosent av årskullet.

Gloppenmodellen er en fagutdanningsmodell som har vært brukt i region Nordfjord siden 2013[89],[90]. Modellen er bygd opp som vekslingsmodell for strukturering av opplæringen og en samarbeidsmodell for gjennomføring av opplæringen. Det startet med en klasse helsefagarbeidere i

Gloppen og er senere utvidet til tannhelsesekretær, plast- og polymerfagarbeider og betongfagarbeider. Gloppenmodellen er et samarbeid mellom NAV, Fylkeskommunen og kommune/bedrift. Modellen er basert på en erkennelse av at ingen av aktørene klarer å tilby en god kvalifisering alene, men sammen skapes flere muligheter.

“For meg er denne utdanninga veldig viktig. Eg ønskte å få meg ei utdanning og fast jobb. Gjennom utdanninga og praksisarbeidet har eg blitt kjent med mange nye folk og det er lettare å bli integrert i samfunnet. Det å vere ute i praksis er veldig nyttig for å lære språket.”

Haregu Alemu Gebeyh

tidlegare elev Gloppenmodellen, ferdig utdanna helsefagarbeidar
(Gloppen kommune 2021:4[91])

Ut fra dette anbefaler Helsedirektoratet at satsning på fleksible utdanningstilbud både på videregående- og innenfor høyere utdanning videreføres og utvikles. Tiltak bør rettes mot å stimulere til utdanningstilbud som dekker bredden i personellbehovet til kommunal helse- og omsorgssektor. Dette vil gi ansatte mulighet for livslang læring gjennom at det finnes studietilbud på alle nivå i alle regioner.

Tabell 6: Geografisk tilhørighet, relevant tiltak 12

Tiltak nr.	Relevante tiltak
12	Fleksible utdanningstilbud på videregåendenivå og innenfor høyere utdanning bør prioriteres i alle regioner

- [70] NOU 2019: 12 Lærekraftig utvikling – livslang læring for omstilling og konkurranseevne. Tilgjengelig her:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/849b377650a449d599d80835e74805ed/no/pdfs/nou2019201900>
- [71] KS (2010) Strategisk kompetanseutvikling i kommunene. Tilgjengelig her:
<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/strategisk-kompetanseplanlegging/foustrate>
- [72] Helsedirektoratet (2021) Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Publikumsversjon. Tilgjengelig her:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstje>
- [73] SSB Statistikkbanken (2022) 07938: Kjønn- og aldersfordeling blant personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal 2008 - 2021. Tilgjengelig her: <https://www.ssb.no/statbank/table/07938/>
- [74] Proba Samfunnsanalyse (2020) Rapport 2020-6 Utredning om rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren. Tilgjengelig her:
<https://proba.no/wp-content/uploads/Rapport-2020-6-Menn-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf>
- [75] Helsedirektoratet (2021) Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Publikumsversjon. Tilgjengelig her:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstje>
- [76] Menn i helse (2022). Menn i helse. Tilgjengelig her: <https://mennihelse.no/>
- [77] Helsedirektoratet (2021), Årsrapport for Kompetanseløft 2020. Tilgjengelig her:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/rapporter-og-evalueringer#aarsrapporter>
- [78] Proba Samfunnsanalyse (2020) Rapport 2020-6 Utredning om rekruttering av menn til helse- og omsorgssektoren. Tilgjengelig her:
<https://proba.no/wp-content/uploads/Rapport-2020-6-Menn-i-helse-og-omsorgssektoren.pdf>
- [79] WHO (2021) WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Tilgjengelig her: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>
- [80] Kunnskapsdepartementet (2020) Videre vekst og kvalitet. Strategi for høyere yrkesfaglig utdanning. Tilgjengelig her:
https://www.regjeringen.no/contentassets/73bad6b273184a5b9d41f7da9db50e4a/no/pdfs/strategi_yrkesfag
- [81] Udir.no (2012) Voksnes rett til grunnskoleopplæring etter opplæringsloven 4A Udir 3-2012. Tilgjengelig her:
<https://www.udir.no/regelverkstolkninger/opplaring/Voksne/Udir-3-2012/4-Opplaringstilbudet-skal-tilpasses->
- [82] Kompetanse Norge (2020) Kombinasjonsforsøket. Tilgjengelig her:
<https://www.kompetansenorge.no/Norsk-og-samfunnskunnskap/modulforsoket/kombinasjonsforsoket/>
- [83] SSB (2021) Innvandrere – hvordan går det med dem i utdanningsløpet? Tilgjengelig her:
<https://www.ssb.no/utdanning/grunnskoler/artikler/innvandrere--hvordan-gar-det-med-dem-i-utdanningslope>
- [84] Rambøll (2021) Kartlegging av tilbud om språkopplæring og språktrening for voksne innvandrere i Norge og øvrige nordiske land. Tilgjengelig her:
<https://no.ramboll.com/-/media/files/rno/publikasjoner/spraak-opplaering-og-spraak-tilbud-til-voksne-innvand>

[85] Menn i helse (2022) Prepp til helse – en unik mulighet. Tilgjengelig her:

<https://www.youtube.com/watch?v=TP-PWhvBzmg>

[86] SSB (2022) Bosetting etter endt utdanning. Tilgjengelig her:

<https://www.ssb.no/utdanning/hoyere-utdanning/artikler/bosetting-etter-endt-utdanning>

[87] Helsedirektoratet (2020) Fleksible utdanninger – et virkemiddel i rekrutteringen av helsepersonell?

Tilgjengelig her:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fleksible-utdanninger--et-virkemiddel-i-rekrutteringen-av-helseper>

[88] Utdanningsdirektoratet (2022) Gjennomføring av læretiden – utdanningsprogram. Tilgjengelig her:

<https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-fag-og-yrkesopplaring/gjennomforing-laretiden/utdar>

[89] Gloppen kommune (2021) Rettleiar Gloppenmodellen. Tilgjengelig her:

<https://www.gloppenmodellen.no/rettleiar/>

[90] NORCE (2019) NORCE i FoU-partnerskap for "Gloppen-modellen" – ein utdanningsmodell for framtida. Tilgjengelig her:

<https://www.norceresearch.no/innsikt/norce-i-fou-partnerskap-for-gloppen-modellen-ein-utdanningsmodell-fr>

[91] Gloppen kommune (2021) Rettleiar Gloppenmodellen. Tilgjengelig her:

<https://www.gloppenmodellen.no/rettleiar/>

Aktuelle virkemidler innen ledelse og planlegging

Helsedirektoratet har tidligere i rapporten pekt på ulike kompetansehevende tiltak gjennom ordinære og tilpassede utdanningsløp. Forskning viser at satsning på utdanningstiltak alene ikke har gitt tilstrekkelig reduksjon på andel ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning på arbeidsplassen (Jf. kap. 7). Dette delkapittelet vil adressere virkemidler innen ledelse og planlegging som bør understøtte for de nødvendige kvalifiseringsløpene.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin peker på at systematisk arbeid med rekruttering og stabilisering av personellsituasjonen gjennom strategisk kompetanseplanlegging er essensielt[92]. Sektorens planleggingskrav er nedfelt i flere lover og at forventninger til planlegging gjenfinnes i flere stortingsmeldinger og handlingsplaner[93]. Det er også et mangfold av veiledere som er utviklet for den generelle planoppgaven i kommunen som kan tas i bruk[94].

Ledere på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten har utfordringer med å prioritere tid til kompetanseplanlegging, blant annet på grunn av stort lederspenn og daglige utfordringer med å dekke vakter i døgnbasert tjenestetilbud. Tiltaket Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er en satsning for å styrke ledere og leders kompetanse på blant annet kvalitetsforbedring, endringsledelse og innovasjon i tjenestene. Lederutdanningen skal gi ledere økt kompetanse og trygghet i rollen, samt kunnskap og virkemidler for å følge opp ansattes behov for kvalifisering[95].

Kompetanseløft 2025 har to øremerkede tilskuddsordninger som er ledet av KS og gjennomført som pilotprosjekter, henholdsvis Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner)[96] og Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten (TØRN)[97]. Prosjekt Jobbvinner i viser blant annet at når oppgavedeling blir basert på den enkeltes kvalifikasjoner og utdanning, så skaper

dette et økt behov for kunnskap hos ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. Begge prosjektene har i løpet av kort tid utviklet seg til prosjekter som kommunene ønsker å være delaktige i, da de gir gode resultater for pilotkommunene. Prosjektene er strukturert og organisert på en slik måte at de kan skaleres opp til nasjonale tiltak, dersom de fortsetter med god resultater og gode evalueringer. Prosjektene er organisert slik at de gir gjensidig synergi. Det gjelder å utvikle kontinuitetsbærende strukturer (strukturorganisering og heltid), utvikle gode arbeids- og faglige kompetansemiljøer, ivaretagelse av nytilsatt via mentorordninger og kollegaveiledning.

Tabell 7: Virkemidler innen ledelse, relevant tiltak 13-15

Tiltak nr.	Relevante tiltak
13	Øke lederkompetanse på planlegging, motivasjonsarbeid og endringsledelse gjennom deltagelse i nasjonale lederutdanningsprogram. Handlingskompetanse til å bruke forskrift om ledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsprogrammet aktivt i lederutøvelsen
14	Det bør utredes en juridisk hjemmel for å styrke strategisk kompetanseplanlegging, parallelt med § 5 i folkehelseovngivningen og kap. 11 i plan og bygningsloven.
15	De to øremerkede tilskuddsordningene Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner) og Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten (TØRN) planlegges for utvidelse til å kunne inkludere alle kommuner som ønsker deltagelse fra neste budsjettperiode, og øremerket tilskudd til de to ordningene økes tilsvarende med friske midler.

Viktigheten av forskning

Forskning på pasientsikkerhet, kvalitet og andel ufaglærte bør prioriteres for å få frem et relevant og oppdatert kunnskapsgrunnlag, jf. kap.2. Videre er forskning på hvilke effekter som bidrar til flere ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning i sektoren viktig. Det bør også prioriteres følgeforskning og evaluering av introduserte tiltak. Forskningen bør skje med og i samskapning med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Et oppdatert forsknings- og kunnskapsgrunnlag er en forutsetning uavhengig av hvilken kombinasjon av virkemidler man velger ellers for å oppnå målsetningen om flere ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning.

I tillegg til dette bør det utvikles egne kvalitetsindikatorer[98] for å følge med på kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten med formål om mer kunnskap om effekter av kvalifiseringstiltak som implementeres.

Tabell 8: Forskning, relevant tiltak 16 og 17

Tiltak nr.	Relevante tiltak
16	Det anbefales forskning for å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag på sammenhenger mellom pasientsikkerhet, kvalitet og andel ufaglærte. Områder som bør vurderes utforsket spesifikt: • Hva hemmer og fremmer ønske om å gjennomføre kvalifiseringsløp for målgruppen • Evaluering av implementerte tiltak og følgeforskning (herunder hva gjør at andel ufaglærte er konstant på tross av tiltak)

17	Prioritere utvikling av relevante kvalitetsindikatorer for effektmåling og kunnskap om kompetanseutvikling i kommunal helse- og omsorgstjeneste
----	---

[92] Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2022) Kunnskapsoppsummering Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenestene i distriktskommuner? Ikke publisert

[93] Asplan Viak (2015) Effektivisering av kommune planlegging – sluttrapport. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/contentassets/8d99aa94bf6e49a694d173932f7bdefc/effektivisering-av-kommunal-planlegging.pdf>

[94] Veiledere finnes tilgjengelig her: <https://www.ressursportal.no>

[95] Rambøll (2022) Evaluering av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Ikke publisert

[96] KS (2022) Jobbvinner. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/jobbvinner/>

[97] KS (2022) Tørn – Sammen om fremtidens helse og omsorg. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/>

[98] Helsedirektoratet (2022) Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>

Behovet for et felles opplæringsprogram

I delrapport Hvem er gruppen ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste? ble kartleggingen av personellet uten helse- og sosialfaglig utdanning presentert. I den vises det at gruppen er uensartet og at det vil kreve en bredde av tiltak for å adressere behovet for kvalifisering.

I oppdraget blir det etterspurt en vurdering av behovet for et felles opplæringsprogram for ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Konklusjonen basert på gjennomgangen av hvem de ansatte er (jf.kap.3), mulige kvalifiseringsløp og virkemidler som eksisterer allerede (jf.kap.6 og 7), så er Helsedirektoratets konklusjon at opplæringskurset Dette må jeg kunne videreutvikles med et særlig fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Kurset anbefales å anvendes som et førstevalg for et eventuelt felles opplæringsprogram.

Kurset er en introduksjon til helse- og omsorgsarbeid. Det består av 4 moduler, totalt 7 timer[99]. Et kort og intensivt opplæringsprogram som gir en innføring i emner den ansatte bør ha kunnskap om for å arbeide med eldre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Deltakeren får et minimum av faglig basiskunnskap og et grunnlag for videre opplæring. Kurset er tenkt som et supplement til primærhelsetjenestens opplæringstilbud. Kurset er beregnet på nyansatte og vikarer uten relevant fagutdanning innen helse- og omsorgstjenesten. Kurset er tilgjengelig på nett[100], og finnes både i kurshefte og på e-læring, noe som også gir god tilgjengelighet og fleksibilitet både for kursdeltager og arbeidsgiver.

[1] Nasjonalt senter for Aldring og helse (2022). Dette må jeg kunne – Er du ny, eller trenger du en oppdatering? Tilgjengelig her: <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseheving/dette-ma-jeg-kunne/>

[2] Nasjonalt senter for Aldring og helse (2022). Introduksjon til helse- og omsorgsarbeid. Tilgjengelig her: <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseressurser/introduksjon-til-helse-og-omsorgsarbeid/>

Helsedirektoratets anbefaling

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning er som delrapport Kartlegging konkluderer med en uensartet gruppe. Evalueringer av enkelttiltak og forskning viser i stor grad at for å lykkes må flere tiltak som retter seg mot ulike aktører og nivåer kombineres. Helsedirektoratet har valgt å synliggjøre relevante virkemidler i tråd med oppdraget. Hvilke kombinasjon av tiltak og prioriterte satsinger som velges vil være avhengig av politiske vurderinger, økonomiske rammer og tidsperspektiv.

Tabell 3 viser en ikke-prioritert tiltaksoversikt over de relevante tiltak som er presentert i kapittel 8. Dette er Helsedirektoratets anbefalte tiltak for dette oppdraget. Merk at flere av tiltakene kan ha en bredere effekt på kompetanseheving også ut over målgruppen uten helse- og sosialfaglig utdanning. Dette kan innebære en generell positiv effekt på å rekruttere og beholde ansatte i sektoren.

Tabell 9: Anbefalte tiltak i denne rapporten med målgruppe, nivå og status på implementering

Tiltak nr.	Relevante tiltak	Målgruppe*	Nivå	Status**	Jf. Kap.
1	Utdanningstiltak rettet mot formell kvalifisering tilbudt innenfor utdanningssystemet	Alle	System	Iverksatt	8.2.1
2	En koordinatorrolle på regionalt nivå rettet mot virksomhetsledere og aktuelle ansatte med behov for språkopplæring. Koordinatorrolle med ansvar for å rekruttere aktuelle kandidater og deres ledere til utdanningsløp som leder til dokumentert kompetanse i tråd med virksomhetens strategiske kompetanseplan	Alle	System	Ikke kjent	8.2.1
3	Praksisnære utdanningsløp der en stor andel av læringen skjer på arbeidsplassen	Alle	System	Delvis iverksatt	8.2.1
4	Økt bruk av realkompetanse som inngangsmulighet til utdanning på videregående-, universitet- og høyskole	Alle	System	Delvis iverksatt	8.2.1
5	Informasjonskampanjer for motivasjon og muligheter for veier til kvalifisering	Alle	Samfunn / System	Ikke kjent	8.2.1
6	Informasjonskampanjer: lære hele livet, jobbsikkerhet, karrierevei og fagutvikling, rettet mot menn	Alle	Samfunn / System	Ikke kjent	8.2.1
7	Modulbaserte, tilrettelagte utdanningstilbud innenfor alle relevante yrkesgrupper	Alle	System	I pilot	8.2.2
8	Økonomiske incitament rettet mot kommunen for at virksomheten kan stille lærlingplass til rådighet under kvalifiseringsløp	Alle	System	Ikke iverksatt	8.2.2
9	Økonomiske incitament rettet mot kommunen hvor kandidater med innvandrerbakgrunn er ansatt slik at virksomheten kan stille lærlingplass til rådighet under kvalifiseringsløp	Ansatte med innvandrerbakgrunn	System	Ikke iverksatt	8.2.3

10	Informasjonskampanjer om mulighetene etter yrkesfaglig videregående opplæring rettet mot ansatte med innvandrerbakgrunn	Ansatte med innvandrerbakgrunn	System	Ikke iverksatt	8.2.3
11	Språkopplæring og språktrening for voksne innvandrere bør være en integrert del av utdanningsløpet vedkommende tar slik at fagspråket utvikles i takt med faglig kompetanse	Ansatte med innvandrerbakgrunn	System	Iverksatt lokalt	8.2.3
12	Fleksible utdanningstilbud på videregående nivå og innenfor høyere utdanning bør prioriteres i alle regioner	Alle	System	Delvis iverksatt	8.2.4
13	Øke lederkompetanse på planlegging, motivasjonsarbeid og endringsledelse gjennom deltagelse i nasjonale lederutdanningsprogram. Handlingskompetanse til å bruke forskrift om ledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsprogrammet aktivt i lederutøvelsen	Alle	Arbeidsgiver og leder	Delvis iverksatt	8.3
14	Det bør utredes en juridisk hjemmel for å styrke strategisk kompetanseplanlegging, parallelt med § 5 i folkehelselovgivningen og kap. 11 i plan og bygningsloven	Alle	Arbeidsgiver og leder	Ikke iverksatt	8.3
15	De to øremerkede tilskuddsordningene Økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere (Jobbvinner) og Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i omsorgstjenesten (TØRN) planlegges for utvidelse til å kunne inkludere alle kommuner som ønsker deltagelse fra neste budsjettperiode, og øremerket tilskudd til de to ordningene økes tilsvarende med friske midler	Alle	System	I pilot	8.3
16	Det anbefales forskning for å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag på sammenhenger mellom pasientsikkerhet, kvalitet og andel ufaglærte. Områder som bør vurderes utforsket spesifikt: - Hva hemmer og fremmer ønske om å gjennomføre kvalifiseringsløp for målgruppen - Evaluerings av implementerte tiltak og følgeforskning (herunder hva gjør at andel ufaglærte er konstant på tross av tiltak)	Alle	System	Delvis iverksatt	8.4
17	Prioritere utvikling av relevante kvalitetsindikatorer for effektmåling og kunnskap om kompetanseutvikling i kommunal helse- og omsorgstjeneste	Alle	System	Ikke iverksatt	8.4

Merknader til tabellen:

* Målgruppe: I hvilken grad virkemidlene treffer ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning

** Status: Om tiltaket er iverksatt helt eller delvis, og evt. om det er pilotering

Ad økonomisk administrativ analyse

Økonomisk administrativ analyse er ikke gjort for denne utredningen. Hvilke kombinasjon av tiltak og prioriterte satsinger som velges (jf. tabell 3, kap. 9) er avgjørende for at en slik analyse skal kunne gjennomføres.

En vurdering av potensiell effekt av de ulike tiltakene, eventuelt effekt av kombinasjon av tiltak, kan være nyttig. Hvis man kjenner effekten av tiltakene med tanke på rekruttering til kvalifisering og yrkesliv i kommunale helse- og omsorgstjenester, og kunne sammenholdt dette med de økonomiske kostnadene og den praktiske gjennomføringsmuligheten for ulike tiltak, så hadde man hatt et mer komplett bilde og kunne lettere prioritert mellom ulike tiltak.

Det vil være kostnadsdrivende elementer i en operasjonalisering av foreslåtte relevante tiltak. Noen tiltak ha en stykkpris kostnad, mens andre vedvarende tiltak vil kunne medføre langsiktige kostnader. Valg av kombinasjoner av tiltakene vil være avgjørende for det totale kostnadsbildet.

Konklusjon

Arbeidet med å sikre tilstrekkelig fagkompetanse innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er viktig og krevende. Det må gjøres en bred innsats på flere felt parallelt for å adressere utfordringen Kvalifisering og opplæring av ufaglærte. Helsedirektoratet er av den oppfatning at selv om gruppen uten kvalifisering utgjør 30 prosent av de ansatte, så er det under halvparten av disse som er aktuelle for et utdanningsløp. Dette tilsier økt satsning på systemnivå, spesielt rettet mot ledere og satsning på ulike kompetansetiltak. Det finnes allerede flere utdanningsløp som er tilpasset ansatte i denne gruppen, og man må tenke individuelle og systembaserte tiltak i en samordnet satsning som skissert i de relevante virkemidlene foreslått i denne rapporten.

I arbeidet med denne rapporten har Helsedirektoratet lagt til grunn delrapport levert februar 2022 *Hvem er gruppen ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste?* Til grunn for oppdraget ligger forutsetningen om at det skal utdannes til en livslang yrkeskarriere innen kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom formelle kvalifiseringsløp. Basert på kartleggingen ser vi at potensialet i antallet sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning som kan kvalifiseres, og ha en karriere i kommunale helse- og omsorgstjenester, er begrenset. Analysen tegner et bilde av målgruppen som gjør at en bør ha flere ulike tilnærminger i håndteringen av utfordringsbildet.

Hovedkonklusjonen i denne avsluttende rapporten er derfor at for å lykkes med et kvalifiseringsløft av personellgruppen uten helse- og sosialfaglig utdanning, så bør en kombinasjon av tiltak som retter seg mot ulike aktører og nivåer til. Det er imidlertid lite forskningsbasert kunnskap om hvordan ulike typer av politiske tiltak og reformer faktisk har påvirket organisatoriske forhold ute i helsetjenestene (jf. kap. 5).

Helsedirektoratet har i denne rapporten synliggjort relevante virkemidler som kan kombineres i ulike konstellasjoner avhengig av satsningsområde(r). Den kombinasjon av tiltak og prioriterte satsinger som velges vil være avhengig av en samlet vurdering av politiske, økonomiske, juridiske og tidsmessige betingelser. Helsedirektoratet anbefaler at det legges opp til effektoppfølgning av det enkelte tiltak og/eller tiltaksporteføljer for å gi stadig bedre muligheter for mer kunnskapsbasert prioritering av fremtidige tiltak/tiltaksporteføljer på området.

Helse- og omsorgsdepartementet etterspør i oppdraget en faglig vurdering av behovet for et felles opplæringsprogram for ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Helsedirektoratet anbefaler at opplæringskurset *Dette må jeg kunne* videreutvikles og anvendes som et mulig førstevalg for dette formålet. Kurset er et godt utgangspunkt som et innføringskurs og supplement til primærhelsetjenestens opplæringstilbud.

PDF av rapporten

[Last ned rapporten som PDF](#)

Vedlegg: Delrapport kartlegging av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (2022)

[Last ned delrapporten \(pdf\)](#)

