



Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene

Status 2016 for Kompetanseløft 2020

Publikasjonens tittel:	IS-2684. Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Status 2016 for Kompetanseløft 2020.
Oversendt HOD:	1. desember 2017
Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Avdeling utdanning og personellplanlegging
Postadresse:	Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse:	Universitetsgata 2, Oslo
	Tlf.: 810 20 050
	Faks: 24 16 30 01
	www.helsedirektoratet.no
Oppdragsansvarlig:	Silje Anine Bell, avdelingsdirektør, Avdeling utdanning og personellplanlegging
Prosjektansvarlig:	Sigrun Heskestad, prosjektleder Kompetanseløft 2020
Medforfattere:	Christopher Nicolai Tønnessen Jim-Olav Fors Live Korsvold
Forsidefoto:	Maskot Bildbyrå AV/Johnér

Innhold

SAMMENDRAG	6
1. INNLEDNING	8
2. RAPPORTERING AV TILTAK OG OPPGAVER I KOMPETANSELØFT 2020	9
Strategi 1: Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell	9
1.1 Rekruttering: Menn i helse	10
1.2 Rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til kommunene	10
1.3 Tilskudd for å bedre legesituasjon i områder av landet med dårlig legedekning - rekruttering og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.	11
1.4 Tilskudd til kvalifisering av fremmedspråklige	12
1.5 Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene	12
1.6 Utdanningsstillinger i allmennmedisin	14
Strategi 2: Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov	14
2.1 Gjennomføre et pilotprosjekt med nasjonal deleksamen for bl.a. sykepleier utdanningen	14
2.2 Utarbeide et konkret opplegg for gjennomføring av kollegagrupper i kommunene	15
2.3 Utrede etablering av nye kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenester	15
2.4 Utrede om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å forskrive legemidler mv.	15
2.5 Utrede om utvalgte helsefaglige utdanninger holder tilstrekkelig kvalitet med hensyn til kandidatenes sluttkompetanse	15
2.6 Vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med utvalgte masterutdanninger	16
2.7 Vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene	16
Se nærmere omtale under tiltak 2.3.	16
Strategi 3: Øke kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis	16
3.1 Stimuleringstiltak for psykologer	16
3.2 Demensomsorgens ABC / 3.4 Eldreomsorgens ABC	17
3.3 Driftstilskudd til institusjoner som driver videre-, etter- og spesialist- utdanninger innenfor psykisk helse	18
3.4 Eldreomsorgens ABC	18
3.5 Etisk kompetanseheving	18
3.6 Gjennomgå flere av sektorforskriftene og å vurdere om det i forskriftene skal fastsettes konkrete minimumskrav til kompetanse for ulike tjenester eller tjenesteområder	18
3.7 Innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	18

3.8	Kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse- og rusproblematikk	18
3.9	Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge	19
3.10	Kurspakke for ufaglærte	20
3.11	Lønnstilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie	20
3.12	Mitt Livs ABC – kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemming ..	21
3.13	Styrking av kompetansen om palliasjon	21
3.14/4.4	Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten	22
3.15	Tiltak til styrking av kompetansen i legemiddelhåndtering av ansatte i omsorgstjenesten	24
3.16	Tilskudd til fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag	24
3.17/5.4	Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten ..	25
3.18	Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	30
3.19	Tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering	31
3.19.1	Tilskuddsordningen: Helsetjenestetilbud ved overgrepsmottak	31
3.19.3	Tilskudd til oppfølging av akuttmedisinforskriften	32
3.20	Tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre, til opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer...	32
3.21	Tilskudd til Verdighetssenteret, til opplæring av frivillighetskoordinatorer for frivillig arbeid og omsorg ved livets slutt	33
3.22	Tilskudd til økt kompetanse innen mat, kosthold og ernæring i omsorgstjenestene	33
3.23	Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om neurologiske lidelser	34
3.24/5.6	Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge	34
3.25	Utredning av krav til alle allmennleger i den kommunale helse og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin	35
3.26	Velferdsteknologiens ABC	35
Strategi 4: Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon		36
4.1/5.1	Driftsmidler til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)	37
4.2.1	Atferdssenteret Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis	39
4.2.6	Allmennmedisinske forskningsenheter i Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø	40
4.2.7	Bivirkningsgruppen for odontologiske biomateriale	40
4.2.8	Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse	41
4.2.9	Senter for samisk helseforskning	41
4.2.10	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU)	42
4.2.11	KoRus Kompetansesenter rus	43
4.2.12	Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (NAPHA)	43
4.2.13	PRO-senteret	44
4.2.14	Regionale kunnskapssentre for barn og unge og regionsentrene for barn og unges psykiske helse	44
4.2.15	Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging	45
4.2.17	Nasjonalt senter for selvmordsforebygging (NSSF)	47
4.3	Legge til rette for teamorganisering av tjenester	48
4.4/3.14	Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten	50

4.5/5.3	Læringsnettverk for gode pasientforløp	50
4.6	Kompetansetiltak til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier	50
Strategi 5: <i>Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning..</i>		51
5.1/4.1	Driftsmidler til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.....	51
5.2/4.2	Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten.....	51
5.3/4.5	Læringsnettverk for gode pasientforløp	51
5.4/3.17	Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten	51
5.5	Tilskudd til kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming....	52
5.6/3.24	Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge	52
5.7	Utrede endring av lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.	52
5.10	Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg	53
Strategi 6: <i>Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsning på økt kompetanse for ledere....</i>		54
6.1	Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten	54
6.2	Kommunal deltakelse i topplederprogrammet	55
6.3	Utarbeide veileder for kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale	55
3.	STATISTIKK OVER PERSONELL- OG KOMPETANSESITUASJONEN	56
3.1	Samlet årsverksutvikling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene	56
3.2	Årsverk i omsorgstjenesten	57
3.3	Mottakere av omsorgstjenester	59
3.4	Årsverk i hjemmebaserte og institusjonsbaserte omsorgstjenester	61
3.5	Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	63
3.6	Legeårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	64
3.7	Årsverk for fysioterapeuter i helse- og omsorgstjenesten	65
3.8	Årsverk i den kommunale psykisk helse- og rustjenesten.....	66
3.9	Syssetsetting av menn i helse- og omsorgstjenesten	67
3.10	Forhold som påvirker personellressurser i helse- og omsorgstjenesten.....	69
3.10.1	Arbeidstid	69
3.10.2	Sykefravær i omsorgstjenestene	69
3.10.3	Arbeidsinnvandring.....	71
3.11	Søkere til utdanninger og gjennomførte utdanninger.....	72
3.11.1	Fag- og yrkesopplæringa.....	72
3.11.2	Høyere utdanning.....	73

SAMMENDRAG

Rapporteringsåret 2016 er det første året i planperioden fram til 2020 for Kompetanseløft 2020. Evalueringer av enkelttiltak i planen viser så langt god måloppnåelse. Tiltakene har bl.a. bidratt til økt kompetanse, styrket ledelseskunnskap og utvikling mot større faglig bredde i kommunale helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet registrerer at kompetansenivået er stigende og nye utdanninger og opplæringsprogrammer tas i bruk. Det er likevel fortsatt stort behov for å styrke kompetansen i enkelte deltjenester i kommunene.

Det var en samlet økning på 3 150 årsverk i helse- og omsorgstjenesten i kommunene fra 2015 til 2016. Dette tilsvarer en økning på 2,1 prosent. Årsverksveksten er i både omsorgstjenestene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og lege- og fysioterapitjenesten (inkludert private og fastlønnede). Det har vært en særlig stor økning i antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2015 til 2016 med om lag 10 prosent (389 årsverk).

Omsorgstjenestene omfatter både hjemmebaserte tjenester og tjenester i institusjoner og sykehjem. Dette er det klart største tjenesteområde i kommunal helse- og omsorgstjeneste og står for den største økningen i reelle tall fra 2015 til 2016 med hele 2 517 årsverk, tilsvarende 1,9 prosent.

Den største yrkesgruppen i omsorgstjenestene er helsefagarbeidergruppen. Denne yrkesgruppen har økt med 2 prosent det siste året, noe som tilsvarer om lag 900 årsverk. Utdanningstallene, viser at det er færre som utdannes til helsefagarbeideryrket i dag enn det var før år 2010. I tillegg er om lag 35 prosent av de sysselsatte i denne gruppen 55 år eller eldre. Det er viktig å følge med på denne yrkesgruppen framover.

Statlige midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet har bidratt til økt utdanning innen alle utdanningsnivå. Mest opplæringsaktivitet rettes mot kvalifisering til fagbrev som helsefagarbeidere, bachelorutdanning til sykepleiere og vernepleiere og til en rekke videreutdanninger og masterutdanninger. Tilskuddsmidler til videreutdanning i ledelse er mest benyttet av kommunene blant videreutdanninger. Det har vært større vekst i antall ansatte i helse- og omsorgstjenesten som utdanner seg til sosialfaglige studieretninger enn tidligere. Flere profesjonsgrupper bidrar til større tverrfaglighet i tjenestene, noe som trengs i arbeid med brukere med sammensatte behov for hjelp og tjenester.

Flere tiltak og tilskuddsordninger i Kompetanseløft 2020 bidrar til opplæring i nye arbeidsmetoder, ny kunnskap og fagutvikling. Tilgang til ulike behandlings- og miljøterapeutiske metoder bidrar til større faglig bredde og mer varierte oppfølgingsformer som bedre kan tilpasses brukernes behov. Nytt opplæringsprogram er utviklet og tatt i bruk innen musikkbasert miljøbehandling. ABC-opplæring, rettet mot ansatte i tjenester til mennesker med utviklingshemming, startet i 2016.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er utviklet for å styrke ledelse i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Våren 2016 ble studenter fra det første kullet uteksaminert i Oslo og Stavanger/Bergen, og fra høsten 2016 startet tre nye klasser i Trondheim/ Bergen og Oslo.

Hvilke utfordringer gjenstår?

Kompetanseutfordringen er størst i omsorgstjenestene. KOSTRA-tall for 2016 viser at 74,2 prosent av

årsverkene i brukerrettet omsorgstjeneste blir utført av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Det betyr at det fremdeles er over en fjerdedel av de som arbeider i brukerrettet tjenester, som ikke har helse- eller sosialfaglig utdanning. Om lag 44 prosent av disse har utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere.

Høyt sykefravær påvirker det reelle antallet årsverk som arbeider i omsorgstjenestene. Andelen legemeldt sykefravær av årsverk totalt var 9,1 prosent både i 2015 og 2016 for ansatte i omsorgstjenestene. Til sammenligning viser tall fra SSB at sykefraværet for alle sysselsatte i 2. kvartal 2017 var 5,4 prosent.

For å øke det reelle antallet årsverk i omsorgstjenestene har det vært fokus på å øke andelen ansatte som arbeider heltid i tjenestene. Å heve andelen heltid er viktig for å sikre kontinuitet for pasienter/ brukere, og for å sikre faglig utvikling og pensjonsrettigheter for personellet. Større andel heltid er også med på å holde lederspennet på et nivå som gjør det mulig for en leder å følge opp alle ansatte, samt at heltidsstillinger er viktig for å rekruttere menn til tjenestene. Det er over 76 prosent som arbeider deltid blant helsefagarbeidere.

Denne rapporten viser at veksten i årsverk har vært større enn veksten i antall brukere av tjenestene. Gjennom perioden fra 2009 til 2016 har årsverk økt med 12 prosent, mens mottakere har økt med 8 prosent. Samtidig er det viktig ikke bare å følge med på antallet brukere, men også se på brukernes behov for tjenester. Her har det skjedd store endringer etter at Samhandlingsreformen trådd i kraft i 2012. Det har over tid vært en økning i andelen yngre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. I 2016 var 39 % av mottakerne av kommunale omsorgstjenester under pensjonsalderen (67 år). Hver fjerde mottaker var under 50 år, og 1 av 20 mottakere var under 18 år (SSB).

Stadig større pasientgrupper kjennetegnes med å ha sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander, og har behov for omfattende tjenester fra flere deler av hjelpeapparatet. En nylig publisert undersøkelse fra NOVA viser at pårørende til personer som får helsetjenester i hjemmet, opplever oftere utilstrekkelig faglig oppfølging enn pårørende til sykehjemsbeboere¹. Yngre mottakere med omfattende og komplekse lidelser mottar i stor grad hjelp i hjemmet og ikke på institusjoner. De har behov for hjelp fra høyt kvalifisert personell². Samtidig viser statistikken en utvikling med høyere andel ufaglærte og lavere andel sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmebaserte tjenester. Denne utviklingen er bekymringsfull. Helsedirektoratet vil følge utviklingen for å sikre at brukere som bor hjemme mottar den helse- og omsorgstjenesten som de har behov for.

Helsedirektoratet mener det er grunn til å anta at en styrking av grunnbemanningen, både kompetansenivå og ansatte, samt økt andel heltidsstillinger i deler av omsorgstjenesten, vil kunne gi positive utslag for sykefravær, stabilitet i tjenestene, redusert vikarbruk og ikke minst kvaliteten på tjenestene for pasienter/ brukere. Kompetanseutviklingen i kommunene går i rett retning, men mye gjenstår før helse- og omsorgstjenesten er rustet til å klare fremtidens utfordringer.

¹ Ugreninov, e et al.: Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2017/Konsekvenser-av-sykepleiermangel-i-kommunene-fra-et-pasient-og-paaroerendeperspektiv>

² Mørk, E et al Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015 Statistikk om tjenestemottakere https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/278282?_ts=15723a678d8

1. INNLEDNING

Kompetanseløft 2020 (K2020) er regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot år 2020. Den ble lagt fram i statsbudsjettet for 2016 (Prop.1S (2015-2016)) og er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, Omsorg 2020 og Prop. 15S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet*.

Årsrapporten for 2016 er en oppsummering av resultater og aktiviteter fra det første året i planperioden. Den inneholder bl.a. kommunenes bruk av kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd i 2016, rapportering av alle tiltak i Kompetanseløft 2020 med vurdering av måloppnåelse, samt statistikk personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten i 2016.

Målet med kompetanse- og innovasjonstilskuddet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste framtidsutfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Bevilgningen skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2016 en gjennomføringsplan for Kompetanseløft 2020, som omfatter 52 tiltak organisert under seks politisk vedtatte strategier. En følgeevaluering av Kompetanseløft 2020 er etablert fra 2017 under ledelse av Sintef i samarbeid med By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) og Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Første delrapport kommer våren 2018.

Denne årsrapporten gir en kort vurdering av status og måloppnåelse for de seks strategiene i Kompetanseløft 2020 som er følgende:

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

Fylkesmennene har ansvar for administrering av det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet gjennom tilskuddsforvaltning og rådgivning og veiledning til kommunene for å følge opp intensjonene i Kompetanseløft 2020. Resultater av kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2016 omtales under flere tiltak i rapporten. Rapporteringen fra kommunene gir et bilde av den omfattende opplæringsaktiviteten som foregår over hele landet.

2. RAPPORTERING AV TILTAK OG OPPGAVER I KOMPETANSELØFT 2020

I oversikten under gis en kortfattet vurdering av måloppnåelse for de seks strategiene i Kompetanseløft 2020 og rapport fra de tilhørende tiltak, tilskuddsordninger og oppdrag for rapporteringsåret 2016.

Strategi 1: Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell

Samlet vurdering

Det har vært en økning for de fleste yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten i kommunene fra 2015 til 2016. Økningen i sykepleierårsverk i omsorgstjenesten har vært særlig stor, der over en tredjedel av disse er sykepleiere med videreutdanning. Dette bekrefter en utvikling der flere med høyere utdanning blir ansatt i kommunale tjenester. Innvandrerbefolkningen bidrar vesentlig til arbeid i tjenestene, både til stillinger som krever høy utdanning og yrker med lav eller ingen helse- og sosialfaglig utdanning. I helse- og omsorgstjenesten i kommunene var om lag 16 prosent av de sysselsatte innvandrere eller bosatte i andre land mens de arbeider i Norge.

Det er gjennomført konkrete rekrutteringstiltak i kommunene i 2016 som del av Kompetanseløft 2020. Prosjekt Jobbvinner ble iverksatt høsten 2016 og ledes av KS. Det har fokus på å stimulere studenter og lærlinger til å velge kommunen som arbeidsplass. KS leder også prosjekt Menn i helse som bidrar til at flere menn jobber som helsefagarbeidere i omsorgstjenesten etter endt utdanning. Likeledes har tilskuddet til rekruttering av psykologer bidratt til økning av årsverk for psykologer i kommunene. Helsedirektoratet vurderer at tilskuddet alene ikke er et tilstrekkelig virkemiddel for at kommunene skal ha psykologkompetanse på plass når lovkravet trer i kraft i år 2020.

På tross av at det er flere studenter til helse- og sosialfagutdanningene og større søkermasse enn tidligere, er det fortsatt betydelig rekrutteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Rekrutteringsutfordringen er særlig stor i omsorgstjenestene. I følge NAVs bedriftsundersøkelser er det stor mangel på sykepleiere, men også vernepleiere, særlig i tjenester til mennesker med utviklingshemming.

Tidligere evalueringer av statlige handlingsplaner for kompetanseutvikling og rekruttering viser at desentraliserte høgskoleutdanninger for sykepleiere og vernepleiere er et særlig effektivt virkemiddel for å sikre rekruttering og stabil bemanning i områder som ligger langt fra utdanningsinstitusjoner. Midler fra kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd blir bl.a. benyttet av kommunene til desentraliserte utdanningsløp. Nasjonalt senter for distriktmedisin vurderer at desentraliserte studier og fleksible utdanninger med lokale tilbud har lokal rekruttering og stor effekt for det lokale arbeidsmarkedet.³

På tross at det finnes regionale forskjeller i sykefravær har vi sett at sykefraværet i kommunale omsorgstjenester over tid har som regel ligget noe høyere enn sykefraværet i andre sektorer. Det har også vært betydelig fokus på å øke andelen ansatte som arbeider heltid i kommunale omsorgstjenestene som

³ Gaski, M., Abelsen, B. og Lie, I. (2016) *Sykepleiere utdannet i Nord-Norge. Hvor blir de av?* Nasjonalt senter for distriktmedisin, Tromsø.

følge av at det ofte har blitt skissert en rekke negative konsekvenser av å arbeide deltid. I tillegg til at deltidsarbeid bidrar til tapt arbeidserfaring og lavere pensjon, finnes det også indikasjoner på at deltidsansatte har noe høyere sykefravær enn heltidsansatte. Det finnes derfor en rekke argumenter for å øke andelen heltidsansatte for å sikre at omsorgstjenestene har en stabil arbeidsstyrke.

1.1 Rekruttering: Menn i helse

Målet med det nasjonale prosjektet Menn i helse er å bidra til økt rekruttering av menn til arbeid i helse- og omsorgstjenestene.

KS har ansvar for prosjektledelse og samarbeider tett med deltakende kommuner, lokale NAV-kontor, fylkeskommuner og fylkesmenn. Gjennom programmet rekrutteres menn som er registrert som arbeidssøkere hos NAV. Det tar minst 2,5 år å gjennomgå opplæringsløpet fra oppstart som helserekrutt til fagbrev i helsefagarbeider. Programmet er basert på en modell utviklet og prøvd ut av Trondheim kommune.

Resultater i 2016

Prosjekt Menn i helse er i en arbeids- og spredningsfase. Ved utgangen av 2016 hadde prosjektet inngått avtale med 55 kommuner fordelt på 11 fylker. Siden oppstarten i 2014 har 77 mannlige helsefagarbeidere tatt fagbrev. De fordeler seg med 54 i Sør-Trøndelag, 14 i Nord-Trøndelag og 9 i Buskerud. Spredningen avhenger av tett oppfølging lokalt og godt samarbeid mellom de deltakende aktørene.

I noen fylker har det vært vansker med å rekruttere kandidater som oppfyller NAVs kriterier for å få dekket livsopphold og som er egnet til å arbeide i helse- og omsorgstjenestene. Prosjektet er imidlertid godt i gang med rekruttering til nye kull i deltakende fylker og undersøker muligheter i andre fylker.

Vurdering

Prosjekt Menn i helse har gitt kjønnsperspektivet stor oppmerksomhet, og har bidratt til økt søkelys på rekrutteringen av menn til helse- og omsorgstjenesten.

1.2 Rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til kommunene

Tiltaket har fått navnet *Jobbvinner*.

Målet med satsingen er økt rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det ble etablert en tilskuddordning første gang i 2016 der KS mottok midler til prosjektet Jobbvinner. Målet med prosjektet er å øke andelen sykepleierstudenter som har jobb i kommune som førstevalg, og øke andelen elever som søker og fullfører helsefagarbeiderutdanning ved videregående skole.

Resultater i 2016

For å øke interessen blant studenter og elever for jobb i kommunen er det i 2016 startet utprøvinger i kommunene i Sør-Trøndelag og Hedmark for å styrke måten studenter og elever blir mottatt på i kommunene og å bedre veiledning og undervisning av dem mens de er i praksis.

Nettsted og elektronisk verktøykasse skal utvikles for å synliggjøre kommuner som arbeider godt med rekrutteringsutfordringene. KS sitt nettsted for ungdom med informasjon om helsearbeiderfaget er blitt videreutviklet. Yrkeskonkurranser i helsearbeiderfaget videreføres innenfor rammen av prosjektet. NM i helsefagarbeiderfaget ble arrangert i Bergen i oktober 2016 med deltakere fra 14 fylker. Prosjektet viderefører rekrutteringspatruljer fra tidligere prosjekt Bli helsefagarbeider. I skoleåret 2015/2016 besøkte 26 patruljer til sammen over 6 500 elever i grunn- og videregående skole for å rekruttere til helsefagarbeiderutdanningen. Et lignende tiltak er etablert for å rekruttere til sykepleierutdanningen.

Vurdering

Helsedirektoratet vurderer at prosjektet fått en god start. Det er positivt at prosjektet kombinerer nye tiltak med videreføring av tiltak som har vist seg å ha gode effekter.

1.3 Tilskudd for å bedre legesituasjon i områder av landet med dårlig legedekning - rekruttering og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilitet av leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig i distriktskommuner. Tilskuddet går til fylkene Sogn og Fjordane og Finnmark og administreres av fylkesmannen.

Resultater i 2016

Gjennomføring i kommunene i Sogn og Fjordane

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger, forum for helsestasjonsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning for 25 kommuneleger og fastleger. Det arrangeres halvårslige møter med undervisning i relevante tema og formidling av erfaringer mellom kommunene. Slike nettverk antas å føre til at legene blir lengre i sine stillinger og kan dermed ha en stabiliserende effekt.

En oppdatert kartlegging utført av Fylkesmannen i Sogn og Fjordane i januar 2017 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Om lag 15 prosent av fastlegestillingene i fylket betjenes av vikarer, nær en fjerdedel av legene har vaktfritak og en tredjedel er over 55 år. Ved utlysning av fastlegestillinger er det få kvalifiserte søkere. For å sikre bedre veiledning av turnusleger i sykehus, har fylkesmannen også etablert samlinger for leger i sykehusturnus.

Gjennomføring i kommunene i Finnmark

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Finnmark omfattet i 2016 veiledningssamlinger for unge leger i hele fylket, arbeid med rekruttering av turnusleger og med rekruttering av medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø (UiT) til Finnmark. Midlene benyttes også til samarbeid og erfaringsutveksling med kommuner om virkningsfulle rekrutterings- og stabiliseringsstrategier.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge bidrar til å styrke rekruttering og stabilitet av primærleger. Resultatene har vakt oppsikt internasjonalt. Midlene skal dekke legenes utgifter i forbindelse med deltakelse i veiledningsgrupper i de to spesialitetene. I 2016 formidlet Fylkesmannen i Finnmark tilskudd til 60 leger i veiledningsgrupper i allmennmedisin. 14 leger

under spesialistutdanning i samfunnsmedisin fikk tilskudd for å delta i veiledningsgrupper.

1.4 Tilskudd til kvalifisering av fremmedspråklige

Målet med tilskuddet er å øke tilgangen på kvalifiserte helsefagarbeidere med fremmedspråklig bakgrunn.

Resultater i 2016

De fleste prosjektene som mottar tilskudd er samarbeidsprosjekter med mange involverte aktører. Prosjektaktiviteten er økende og hadde til sammen om lag 170 deltakere i 2016, mot om lag 70 deltakere i 2015. Tilskuddsordningen er mest anvendt i Oppland (om lag 70 deltakere), Akershus (om lag 50 deltakere) og Telemark (om lag 30 deltakere). Veien mot fagbrev er lang, og de fleste deltakerne har fremdeles ikke vært oppe til fagprøve. Et prosjekt i regi av Opplæringskontoret for offentlig sektor i Telemark med oppstart i 2014 kan vise til å ha oppnådd totalt 24 fagbrev hittil.

Noen prosjekter baserer seg på lærlingordningen, andre på praksiskandidatordningen. Tiltak settes inn på ulike trinn i opplæringsløpet. Flere aktører synes å legge mye arbeid i rekrutteringen for å sikre motiverte deltakere. I søknadene skisserer også flere viktigheten av kartlegging med hensyn til egnethet og motivasjon, for å sikre vellykket gjennomføring. I tillegg til rene undervisningsroller, vektlegger flere aktører tilrettelegging og oppfølging av kursdeltakerne, for eksempel gjennom mentortiltak og oppnevnte kontaktpersoner på arbeidsplassen.

Vurdering

Mange innvandrere uten formell kompetanse strever med innpass i arbeidsmarkedet, samtidig som at arbeidskraftbehovet er stort i helse- og omsorgssektoren. Prosjektrapporteringen tyder på at ordningen motiverer aktørene til å prøve ut ulike opplæringsmodeller, og bidrar til å styrke arbeidslivstilknytningen for den enkelte deltaker. På sikt bidrar også ordningen til oppnåelse av formell kompetanse i helsearbeiderfaget.

1.5 Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunene

Formålet med tilskuddet er at økt rekruttering av psykologer skal bidra til å styrke kvalitet og kompetanse i det helhetlige og tverrfaglige kommunale arbeidet innen psykisk helse og rus, samt vold- og traumefeltet. Tilskuddsforvaltningen er delegert til fylkesmennene.

Resultater i 2016

Økningen i antall psykologstillinger og kommuner fortsatte i 2016, og 243 kommuner og bydeler mottok tilskudd til 377 psykologstillinger. 31 kommuner inngår i interkommunalt samarbeid. I løpet av året har 19 kommuner og bydeler trukket søknaden eller avsluttet tilskuddet for til sammen 22 stillinger.

Måloppnåelsen for ordningen vurderes som høy ut fra økningen i antall stillinger, økningen i antall kommuner og tilbakemelding fra kommunene. Samtidig er det fortsatt en stor andel kommuner som ikke har rekruttert psykolog.

Psykologkompetansen benyttes i hovedsak innen psykisk helsetjenester. Den benyttes i noen grad til arbeid med vold, overgrep og traumer og i litt mindre grad innen rusmiddelbruk. Kommunene som benytter kompetansen innen rusmiddelbruk retter innsatsen i større grad mot voksne (23 år+) enn yngre (0-23 år). Kommunene oppgir at om lag 45 prosent av stillingen benyttes til lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud, herunder utredning og diagnostisering. 37 prosent er rettet inn mot system- og samfunnsrettet arbeid og 18 prosent er rettet inn mot helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er samlet sett en positiv utvikling i måloppnåelsen knyttet til bredde i bruk av psykologkompetansen.

Tabell 1 viser antall kommuner som har mottatt rekrutteringstilskudd for en eller flere psykolog(er) i hvert fylke. Den omfatter ikke øvrige kommuner med psykologstillinger som er utenfor ordningen. Siden ordningen ble startet har stadig flere kommuner fått rekrutteringstilskudd: fra 95 kommuner/bydeler i 2013 til 243 i 2016.

Tabell 1 Kommuner som har mottatt rekrutteringstilskudd for psykolog

	2016	
Fylke	Kommuner med psykolog	Antall kommuner
Østfold	12	18
Akershus	16	22
Oslo	14*	15*
Hedmark	11	22
Oppland	11	26
Buskerud	13	21
Vestfold	8	14
Telemark	2	18
Aust og Vest-Agder	18	30
Rogaland	13	26
Hordaland	23	33
Sogn og Fjordane	14	26
Møre og Romsdal	15	36
Sør-Trøndelag	17	25
Nord-Trøndelag	21	23
Nordland	15	44
Troms	8	24
Finnmark	12	19
Total	243	428

*Bydelene i Oslo er inkludert i tallet, Kilde: Helsedirektoratet

Vurdering

Det har vært en betydelig økning av psykologer i kommunene fra oppstart av rekrutteringstilskuddet i 2013. Helsedirektoratet vurderer likevel at tilskudd alene ikke er et tilstrekkelig virkemiddel for å nå målet om at flest mulig kommuner har psykologkompetanse innen lovkravet trer i kraft i 2020. Det er flere barrierer for rekruttering som det må arbeides videre med.

1.6 Utdanningsstillinger i allmennmedisin

Målet med tiltaket er å innhente erfaringer og øke kommunenes evne til å legge til rette for et utdanningsløp for leger som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin. Det skal bidra til rekruttering og stabilisering av personellsituasjonen i allmennlegetjenesten.

Resultater i 2016

I 2016 mottok 14 kommuner tilskudd fra ordningen til omtrent 69 leger i spesialistløp. Kommunene bruker spesialistutdanning i allmennmedisin som et rekrutteringstiltak og for å stabilisere legetjenesten i kommunen. Flere kommuner har igangsatt interkommunale tiltak og samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten i fylket.

Vurdering

Det er ennå for tidlig å se stabile resultater av tilskuddsordningen. Hovedårsaken til dette er at størstedelen av legene først vil være ferdige spesialister om flere år. Tilbakemeldingene fra kommunene tyder på at tilskuddet i betydelig grad virker stabiliserende på legedekningen. Kommunene angir at tilrettelegging for spesialistutdanning for legene er stabiliserende rekrutterende på legedekningen i kommunene. Dette gjelder særlig for de minste kommunene og kommuner som over tid har hatt rekrutteringsutfordringer. I noen kommuner har tilbud om spesialistutdanning vært helt avgjørende for at legene har fortsatt i kommunene.

Strategi 2: Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov

Samlet vurdering

Det har i 2016 vært oppstart av en rekke større utredninger under strategi 2 etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragene vil vurdere bl.a. på om videreutdanninger til bestemte faggrupper er i samsvar med behovet i tjenesten. Oppdraget knyttet til å vurdere sykepleieres videreutdanninger leveres HOD i oktober 2017, men tilsvarende oppdrag for videreutdanninger for fysioterapeuter leveres HOD i mars 2018.

2.1 Gjennomføre et pilotprosjekt med nasjonal deleksamen for bl.a. sykepleierutdanningen

Arbeid med å gjennomføre pilotprosjektet startet i NOKUT i 2014 etter oppdrag fra KD⁴. Første nasjonale deleksamen i fysiologi, anatomi og biokjemi i sykepleierutdanningen ble avholdt i desember 2015. Pilotperioden avsluttes høsten 2017, og tiltaket blir permanent.

⁴ <http://www.nokut.no/no/Universitet-og-hoyskoler/Kvalitetssikring-og--utvikling/Nasjonal-deleksamen/>

2.2 Utarbeide et konkret opplegg for gjennomføring av kollegagrupper i kommunene

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en plan for faglig dialog/kollegagrupper for fastleger/primærhelseteam og leger i spesialisthelsetjenesten. Planen skal inneholde forslag til et konkret opplegg for gjennomføring, forslag til nasjonalt program med ulike tema og vurdere hvilken rolle Helsedirektoratet skal ha i et slikt opplegg. Plan for et slikt opplegg skal være utarbeidet til 1.3.2017.

Resultater i 2016

Helse Sør-Øst RHF og utvalgte HF har hatt ansvar for gjennomføring av første samling. Det er planlagt evaluering av tiltaket.

2.3 Utrede etablering av nye kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomgå videreutdanningstilbud og vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene, og å utrede etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå som møter behovet for breddekompetanse i tjenestene, både i kommunene og i sykehus.

Resultater i 2016

Helsedirektoratet mottok oppdraget høsten 2016 og utredningen ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 20. oktober 2017. Oppdraget er delt i to leveranser. Første leveranse omfatter:

- Gjennomgå videreutdanningstilbud og vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene
- Utrede etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå som møter behovet for breddekompetanse i tjenestene, både i kommunene og i sykehus.

Andre del av oppdraget vil bli gjennomført senere i planperioden:

- Vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med masterutdanning med faglig bredde som samsvarer med tjenestenes behov.
- Utrede om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å forskrive legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept, og vurdere om flere grupper skal få rett til å henvise til andre tjenesteytere.

2.4 Utrede om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å forskrive legemidler mv.

Oppdraget ligger i HOD.

2.5 Utrede om utvalgte helsefaglige utdanninger holder tilstrekkelig kvalitet med hensyn til kandidatenes sluttkompetanse

Oppdraget ligger i HOD.

2.6 Vurdere om det bør etableres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med utvalgte masterutdanninger

Oppdraget ligger i HOD.

2.7 Vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene

Se nærmere omtale under tiltak 2.3.

Strategi 3: Øke kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis

Samlet vurdering

Strategi 3 omfatter 26 ulike tiltak der mange tiltak har vært gjennomført i en årrekke. Målrettet satsning på fagutvikling generelt, og på å rekruttere flere yrkesgrupper med høyere utdanningsnivå spesielt, vil bidra til mer forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis i kommunale tjenester. Yrkesgrupper med utdanning på mastergradsnivå kan forventes å ha en systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til yrkesutøvelse med fokus på refleksjon og læring. Dette kan på sikt bidra til styrket forskning og innovasjon. I den forbindelse vises det særlig til stimuleringstiltak for psykologer (tiltak 3.1) herunder dobbeltkompetanseprosjektet og lønnstilskuddet til kommuner for at sykepleiere skal ta videreutdanning i avansert klinisk sykepleie (tiltak 3.11).

Evalueringen av Kompetanseløft 2020 skal blant annet undersøke i hvilken grad og på hvilken måte intensjonene for hver enkelt strategi nås i kommunene. Evalueringen vil bl.a. vurdere om tiltakene gir effekter som styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis. Det kan imidlertid ikke forventes at evalueringen gir entydige svar på kompliserte sammenhenger.

3.1 Stimuleringstiltak for psykologer

Målet er å bedre tilgangen på kvalifiserte søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet som krever både forskningsmessig og klinisk kompetanse. Nasjonalt rekrutteringsprogram som omfatter utdanningsløp for 30 stipendiater og spesialistkandidater. Universitetet i Bergen administrerer ordningen og omfatter psykologer i kliniske stillinger i spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern som gjennom programmet oppnår forskningskompetanse (avlagt doktorgrad) og spesialistkompetanse (godkjent psykologspesialist gjennom Norsk Psykologforening).

Resultater i 2016

Siden oppstart har det vært 30 kandidater tilknyttet dette programmet. I 2016 var det fire aktive kandidater. 24 kandidater har avlagt doktorgrad i prosjektet og 27 kandidater er ferdige med spesialistutdanningen. I alt er nå 22 kandidater helt ferdige med dobbeltkompetanseløpet sitt. Det ligger an til at ca. 85 % vil

gjennomføre det svært krevende utdanningsløpet.

Vurdering

Ordningen for psykologer i spesialisthelsetjenesten skal eksistere inntil den siste kandidaten er ferdig med utdanningen som forventes avsluttet i 2018. Helsedirektoratet vil i løpet av 2017 ta stilling til om ordningen bør videreføres og tilpasses dobbelkompetansemodell for psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

3.2 Demensomsorgens ABC / 3.4 Eldreomsorgens ABC

Gjennom ABC-modellen med Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC tilbys kommunene gratis læremateriell beregnet på bedriftsintern tverrfaglig opplæring i studiegrupper. Målet med ABC-opplæringen er at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. Opplæringen omfatter ABC-permer på ulike fagområder, tverrfaglige ABC-grupper og halvårslige fagseminar.

Resultater i 2016

Opplæringsverktøyene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC ble i planperioden for Kompetanseløftet 2015 tatt i bruk av 96 % av kommunene med om lag 22 000 deltakere. I 2016 ble 2460 nye deltagere registrert, slik at det totale antallet ved utgangen av 2016 var 24 469. I 2016 ble det registrert pågående ABC-opplæringen i 169 kommuner. Det ble gjennomført 216 fagseminar med til sammen 8 760 deltakere. Fordelingen av deltakere på ABC-seminarer i 2016 var som følger:

- Demensomsorgens ABC: 169 fagseminar (75,5 prosent) med 6 600 deltakere
- Eldreomsorgens ABC: 55 fagseminar (24,5 prosent) med nærmere 2 500 deltakere

Det ble i 2016 gjennomført en anskaffelse/rammeavtale med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om drift/implementering av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i kommunene. Aldring og helse inngår skriftlige avtaler med fagmiljø som er leverandører av oppfølging og veiledning til kommunene, eventuelt tar Aldring og helse selv ansvaret for dette. Opplæringen er ment å omfatte både personer med og uten helsefaglig utdanning, og både høyskoleutdannede og personer med videregående opplæring er i målgruppen. Målet er å rekruttere om lag 2.500 nye deltagere per år. Aldring og helse har i 2016 etablert et digitalt registreringssystem over deltakere.

Vurdering

Opplæringsmaterieil for Demensomsorgens ABC er utarbeidet i perioden 2008- 2013, og det er nå behov for å oppdatere opplæringsmateriellet. Revisjon av Demensomsorgens ABC inngår derfor som del av anskaffelsen med Aldring og helse fra 2016, og arbeidet vil blant annet omfatte tydeligere vektlegging av føringer i Demensplan 2020 og Nasjonal faglig retningslinje om demens, med personsentret omsorg og miljøbehandling, lindrende behandling for personer med demens, tvungen helsehjelp, systemperspektiv og internkontroll.

3.3 Driftstilskudd til institusjoner som driver videre-, etter- og spesialistutdanninger innenfor psykisk helse

Det gis tilskudd til institutter og foreninger som driver etter-, videre- og spesialistutdanning i psykisk helse. Formålet er å sikre tilgang på kvalifisert personale i psykisk helsevern og relevante kommunale tjenester gjennom etter- og videreutdanningstiltak. Det gis også tilskudd til Tilskuddsordningen for videreutdanning i psykoterapi og psykoanalyse (TVUPP), som er en individuell støtteordning. Denne støtteordningen skal bidra til at kvalifiserte kandidater kan gjennomføre langvarige og økonomisk krevende videreutdanninger.

Resultater i 2016

I 2016 mottok 21 institutter og stiftelser driftsmidler fra ordningen. I 2016 er det gjort en gjennomgang av hele tilskuddsordningen for å legge til rette for opplæring basert på kunnskapsbaserte metoder.

3.4 Eldreomsorgens ABC

Se felles omtale under tiltak 3.2.

3.5 Etisk kompetanseheving

Læringsnettverk for etisk kompetanseheving er forankret i KS som rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet.

3.6 Gjennomgå flere av sektorforskriftene og å vurdere om det i forskriftene skal fastsettes konkrete minimumskrav til kompetanse for ulike tjenester eller tjenesteområder

Oppdraget ligger i HOD.

3.7 Innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Oppdraget ligger i HOD.

3.8 Kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse- og rusproblematikk

Tiltaket inngår i kommunal kompetanse- og innovasjonstilskudd. Tilskuddet blir administrert av fylkesmennene.

Resultater i 2016

Gjennom kommunalt kompetanse og innovasjonstilskudd kan kommunene årlig søke om tilskudd til kompetansebygging innen bl.a. psykisk helse- og rusarbeid. Tabellen under viser resultater av kommunenes bruk av midler til kompetansebygging i 2016. Lønnstilskuddet til videreutdanning i psykisk helse- og rusfeltet ble fra 2016 innlemmet i kommunalt kompetanse og innovasjonstilskudd. Det er hovedforklaringen på den sterke aktivitetsøkningen fra 2015 til 2016 som vises i tabellen under. Fylkesmennene rapporterer om en stabil søkning til utdanningene innen psykisk helse- og rusfeltet.

Tabell 2 Antall ansatte som får utdanning og opplæring innen psykisk helse- og rusarbeid

Nivå	2015		2016	
	Antall ansatte som har fullført utdanning/opplæring	Antall ansatte som er under utdanning / opplæring (inkl. fullførte)	Antall ansatte som har fullført utdanning/opplæring	Antall ansatte som er under utdanning / opplæring (inkl. fullførte)
Psykisk helsearbeid og rusarbeid (Fagskole)	85	194	110	260
Psykisk helsearbeid og rus (Videreutdanning /mastergrad)	162	341	204	486
Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (Videreutdanning/ mastergrad)	29	73	59	139
Psykisk helsearbeid og rusarbeid (Kurs, etterutdanninger mv.)	*	*	428	651
Samlet antall ansatte	276	608	801	1 536

*Tidligere øremerket tilskudd til videreutdanning i psykisk helse og rus ble lagt inn i kompetanse- og innovasjonstilskuddet fra 2016.

3.9 Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og unge

Tilskuddsordningen har til hensikt å øke kunnskap, og gi informasjon, om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom gjennom å styrke frivillige organisasjoners informasjons- og opplysningsvirksomhet.

Resultater i 2016

Foreningen for barnepalliasjon fikk i 2016 et øremerket tilskudd på 1,5 mill og var eneste søker på tilskuddsordningen "Kunnskap og informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt for barn og ungdom". Det ble utbetalt tilskudd til utvikling av ulike kommunikasjonstiltak innen barnepalliasjon. Foreningen har utarbeidet informasjonsmateriell, webside, film, foredrag og informasjonsbok om ventesorg. I 2016 ble det for første gang arrangert en samling for pårørende, der temaet var ventesorg.

Vurdering

Tilskuddsordningen har bidratt til at det har blitt utviklet mye informasjonsmateriell og kunnskap på et viktig område. Det er dessverre få søkere på denne tilskuddsordningen, men det er vanskelig å vite om dette

skyldes at ordningen er lite kjent, eller om andre brukerorganisasjoner som jobber med alvorlig syke barn ikke opplever denne som relevant.

3.10 Kurspakke for ufaglærte

Målet med tiltaket er å heve kompetansen til personell i omsorgstjenestene uten relevant utdanning. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har siden 2010 hatt i oppdrag å utvikle og tilby kurspakker for ufaglærte. Tiltaket er todelt. Del 1 «Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev». Del 2 er «Dette må jeg kunne - Introduksjon til helse og omsorgsarbeid».

Resultater i 2016

Del 1 har fra oppstart i 2011 til utløpet av 2016 registrert totalt 645 deltakere i 18 fylker. Av disse har 285 bestått Vg3 tverrfaglig eksamen i helsearbeiderfaget. Ved utløpet av 2016 har totalt 152 av deltakerne bestått fagprøven og blitt helsefagarbeidere, en økning på 49 fra 2015 til 2016. Målet for 2016 ble nådd med oppstart av 5 nye grupper med i alt 152 ansatte uten fagutdanning.

Gjennomsnittlig opplæringstid fra oppstart til avlagt fagprøve er 29,4 mnd. inklusiv ventetid fra oppmelding til avlagt fagprøve. I noen fylker er det fortsatt lang ventetid fra oppmelding til fagprøven gjennomføres. Frafallsprosent er på 15,1 for perioden 2011 til 2016.

Del 2 av prosjektet omfatter et opplæringsprogram rettet mot nyansatte i omsorgstjenesten uten teoretisk eller praktisk erfaring. De skal gis mulighet for å tilegne seg et minimum av fagkunnskap på kort tid. Studieheftet får gode tilbakemeldinger og blir brukt til både opplæring av vikarer, nytilsatte, fremmedspråklige og av prosjektet «Menn i helse». I 2016 er det solgt 2 319 eksemplarer av heftet, mot 2 064 året før. Fra første utgave kom ut i 2012 har nærmere 10 000 personer brukt heftet i opplæring.

Vurdering

Helsedirektoratet vurderer at opplæringen og bruken av pedagogiske metoder er godt tilpasset målgruppen. Prosjektet har en høy gjennomføringsgrad.

3.11 Lønnstilskudd til gjennomføring av utdanning innen avansert klinisk sykepleie

Målet for ordningen er å styrke forebyggings-, behandlings- og omsorgstilbudet til innbyggere som er i ferd med å utvikle eller som har utviklet kroniske, sammensatte og/eller kompliserte sykdomstilstander, og som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Resultater i 2016

Tilskuddsordningen startet høsten 2015. I 2016 ble det innvilget lønnstilskudd til totalt 72 sykepleiere. Disse er fordelt på 45 søkere fra 39 ulike kommuner. Det er en klar økning fra 2015, da det ble utbetalt tilskudd til 27 sykepleiere i 18 ulike kommuner. Dette tyder på at ordningen er bedre kjent enn før, og at kommunene ser at de kan bruke denne nye kompetansen. Dette er dermed i tråd med intensjonen med ordningen.

Vurdering

Helsedirektoratet vurderer at lønnstilskuddet er blitt bedre kjent i kommunene. Flere kommuner beskriver i rapporteringen for tilskuddet at de raskt ser endringer i hvordan sykepleierne bruker den nye kompetansen i konkrete arbeidssituasjoner.

Det er problematisk for kommunale ledere og helsemyndigheter å kunne vurdere hvilke utdanninger i Norge som gir ønsket kompetanse tilsvarende den internasjonalt anerkjente kompetansen som fører til betegnelsen Advanced Practice Nurse (APN) eller Nurse Practitioner (NP). Helsedirektoratet har deltatt i flere drøftinger med høyskoler og universiteter for å bidra til utvikling av en nasjonal standard for utdanningsinnhold til avansert klinisk sykepleie.

3.12 Mitt Livs ABC – kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemming

Formålet er å styrke kompetansen hos personell som yter helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

Resultater i 2016

Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse i oppdrag å utvikle opplæringsmaterieell og implementere det i kommunene. Materiellet skal utvikles både som hefte og elektronisk versjon og inneholde filmer til bruk i refleksjonsgrupper. Perm 1 inneholder 10 hefter og det er planlagt en fordypningsperm med ytterligere 10 hefter. Opplæring i kommunene startet opp høsten 2016 med kommunene i Vest – Agder, og vil implementeres fortløpende i kommuner i hele landet.

Vurdering

Helsedirektoratet vurderer at Aldring og helse er kommet godt i gang med utvikling av opplæringsmateriellet og implementeringen i kommunene. Sammen med satsningen «med ABC til fagbrev» ser mitt livs ABC ut til å utgjøre et betydelig kompetanseløft i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

3.13 Styrking av kompetansen om palliasjon

Tilskuddsordningens navn er *Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*. Formålet med ordningen er å styrke kvaliteten i tilbudet, og bidra til kompetanseoppbygging innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt i kommunene. Prosjektene skal bidra til kvalitetsutvikling gjennom fagutvikling og kompetanseheving med overføringsverdi. Tiltakene skal sees i sammenheng med aktuelle førende dokumenter og aktivitet i Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenestene. Målgruppen er pasienter som har behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt uavhengig av bakenforliggende diagnose, og deres pårørende.

Resultater i 2016

Fylkesmennene i Oslo og Akershus, Vest- Agder, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms har fra 2015 hatt ansvar for behandlingen av tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. I alt fikk 85

prosjekter støtte til oppstart eller videreføring. En del av det det søkes om, faller utenfor formålet med tilskuddet. Søknadene fordeler seg jevnt utover i landet.

En del av fylkesmannsembetene har gjennomført erfaringskonferanser med tilskuddsmottakere og kompetansesentrene i lindrende behandling for å styrke søknadene og gjennomføring av prosjektene. Mange av prosjektene er interkommunale og/eller i samarbeid med Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Det er bygget opp palliativ kompetanse gjennom et bredt spekter av tiltak. Flere av prosjektene har også omfattet arbeid med pårørendes behov. Oversikt over prosjektene publiseres på hjemmesidene de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. Helsedirektoratet har et årlig planleggingsmøte med fylkesmannsembetene og kompetansesentrene for lindrende behandling om tilskuddet.

Vurdering

Rapporteringene fra fylkesmennene viser at de ulike tiltakene har bidratt til høy måloppnåelse på kvalitetsutvikling på tjenestetilbudet, samt fagutvikling og samhandling innen lindrende behandling og omsorg ved livet slutt i kommunene. Videre er tiltakene i prosjektene i samsvar med politiske strategier innen palliasjon og Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Det er noe ulik kvalitet på rapportering av prosjektoppnåelse fra enkelte kommuner. Disse følges spesielt opp av kompetansesentrene i lindrende behandling som samarbeider med fylkesmannsembetene i søknadsbehandlingen.

En del av prosjektene vurderes å ha nasjonal overføringsverdi. Fylkesmannsembetene framhever at mindre prosjekter også løfter frem palliative behov hos pasienter og pårørende gir gevinster som engasjement og økt kompetanse i arbeid med målgruppen.

Fylkesmannsembetene har vurdert at mange av søknadene er av for dårlig kvalitet og har derfor fått avslag på søknadene. Fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling vil bistå søkere i søknadsprosessen for å fremme bedre kvalitet på fremtidige søknader.

3.14/4.4 Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Dette tiltaket har tre ulike tilskuddsordninger.

1. Tilskudd til utvikling av skolehelsetjenesten i videregående skole

Målet er å styrke skolehelsetjenesten i den videregående skolen.

Resultater i 2016

Tilskuddsordningen ble etablert i 2014. Kommunene viderefører prosjekt og søker også om å utvide tiltakene. Kommunene melder særlig om ressursutfordringer knyttet til psykisk helsehjelp for elevene og til frafallsproblematikk. Det ser ut til at det er etablert et godt tverrfaglig samarbeid på dette området. Tilskuddene blir brukt til å dekke opp for manglende tilgjengelighet av helsesøstre i denne tjenesten.

2. Tilskudd til Oslo kommune, Oslo indre Øst, for fattigdomsnedkjemping

Målet med tilskuddet er å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom Områdesatsingen som er et virkemiddel for å bedre miljø, boforhold og levekår i indre Oslo øst.

Resultater i 2016

De tre bydelene som omfattes av tiltaket er Grünerløkka, Sagene og Gamle Oslo. Effekten av tiltaket er god, tjenesten utvikles i henhold til de målene som er satt for området, bl.a. gjennom flere stillinger i tjenestene og økt kapasitet.

Bydel Sagene satser på grupper med fysisk aktivitet for barn som ikke har andre tilbud på fritiden, styrking av svangerskapsomsorgen med spissing mot utsatte grupper og en tverrfaglig satsning mot barne- og familiefattigdom med systematisk oppfølging av 2 -åringer og deres familier.

Bydel Grünerløkka satser på kompetanseheving, spesielt på tema forebygging av vold i nære relasjoner, foreldreveiledningskurs og for tettere oppfølging av familier fra sosioøkonomisk lavere kår.

Bydel Gamle Oslo: Her har helsestasjonen økt fokus på tidlig kontakt med nybakte foreldre, psykisk helse, utvidet helsekontroll og oppfølging og til å fange opp ikke møtt. Skolehelsetjenesten har økt fokus på å fremme elevenes fysiske og psykiske helse, og tiltak til nyankomne til landet

3. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Mål for ordningen er at gravide, barselkvinner, barn og unge og deres familier møter et tilgjengelig og faglig forsvarlig tilbud innenfor helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Tilbudet har tilstrekkelig tverrfaglig bemanning, kompetanse og kapasitet som sikrer at helsestasjons- og skolehelsetjenesten gir kommunens innbyggere et helsetilbud av god kvalitet.

Det har vært en betydelig økning av kommunenes frie inntekter de siste årene. Formålet med denne tilskuddsordningen er å tilgodese de kommunene som velger å benytte de frie midlene som er bevilget, til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilbudet inkluderer svangerskaps- og barselomsorg og helsestasjon for ungdom.

Resultater i 2016

I 2016 fikk 98 kommuner utbetalt tilskudd under ordningen. Etter regelverket kunne tilskuddsmidlene kun innvilges kommuner som har brukt eller budsjetttert med minst 90 % av de frie midlene de fikk tildelt. Kommunene har brukt tilskuddsmidler til prosjektstillinger og til kompetansehevende tiltak.



Foto: Cultura Creative/Johnér

3.15 Tiltak til styrking av kompetansen i legemiddelhåndtering av ansatte i omsorgstjenesten

Tiltaket inngår i kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Tilskuddsordningen har som mål å stimulere kommunene til kompetanseutvikling og innovasjon for å møte fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet med bærekraftige og gode tiltak og tjenester. Fylkesmennene administrerer ordningen.

Det ble i 2016 innvilget midler til ni innovasjonsprosjekter som har fokus på legemiddelhåndtering i helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

3.16 Tilskudd til fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag

Formålet med tilskuddsordningen er å sikre en stabil og forutsigbar finansiering av fagskoleutdanning i helse- og sosialfag.

Midlene forvaltes av fylkeskommunene, og skal dekke driftsutgifter for fagskoletilbudene i ordningen. Hovedmål er (1) å heve kompetansen på sentrale fagområder i den kommunale omsorgssektoren, (2) å tilby personell en karrierevei, (3) å realisere nasjonale måltall for utdanningsaktiviteten og (4) å sikre utdanningstilbud over hele landet gjennom å ivareta både regionale, interregionale og nasjonale fagskoletilbud.

Resultater i 2016

1. Tilskuddsordningen omfatter utdanningstilbud på nærmere 20 fagområder. Av studentene i 2016 tok 32 prosent utdanning innen psykisk helsearbeid og rusarbeid. Etter initiativ fra Helsedirektoratet forelå en felles utdanningsplan for psykisk helsearbeid og rusarbeid i 2015 (tidligere to planer), og mange utdanningstilbydere har tilpasset utdanningstilbudet til dette. Demensomsorg og alderspsykiatri er et annet prioritert område, med 10 prosent av studentene i 2016. I rapporteringen for 2016 er det en klar oppfatning blant landets fylkeskommuner at tilskuddsordningen har stor betydning for arbeidet med kompetanseheving i sektoren. Fylkeskommunenenes oppfatning understøttes av undersøkelser gjennomført av Kunnskapsdepartementet og andre i perioden 2011-2017.
2. Det har i liten grad vært klare regler og mønstre for lønns- og stillingsavansement etter endt fagskoleutdanning. Det er nå fastsatt i hovedtariffavtalen til KS at 60 fagskolepoeng skal gi lønnsuttelling med virkning fra 1. august 2017. Dessuten skal behovet for fagskoleutdannede vektlegges ved kompetansekartlegginger i kommunen. Fylkeskommunene rapporterer at noen fagskoleutdannede får leder- eller veilederansvar, økte stillingsbrøker, nye oppgaver og fast ansettelse.
3. Per i dag foreligger ikke nasjonale måltall for utdanningsaktiviteten. Størrelsen på tilskuddsrammen gir imidlertid grunnlag for å forvente et nivå opp mot 3000 registrerte studenter. Utdanningsaktiviteten har ligget under det forventede nivået, men har gått opp de senere år, og økte fra 2700 registrerte studenter i 2015 til 2800 i 2016. Kommunene rapporterer at i underkant av 600 studenter fullførte utdanning i 2016, mens den mer omfattende utdanningsstatistikken fra NSD viser at nærmere 900

studenter fullførte utdanning i 2016. Gjennomføringen er varierende, med et visst frafall første semester og generelt større frafall for nettstudier enn stedbaserte studier.

4. Utdanningstilbud finnes i alle fylkene, men omfanget er svært varierende; fra Rogaland med nærmere 400 studenter i 2016 til Aust-Agder og Sogn og Fjordane som begge hadde under 50. Nettbaserte tilbud bidrar til at utdanningen blir tilgjengelig for distriktskommuner, men fylkeskommunene påpeker slike tilbud bør suppleres med samlinger.

Vurdering

Helsedirektoratet vurderer at tilskuddsordningen har vist god måloppnåelse. Det er utviklet et bredt utdanningstilbud, som i stor grad bygger på nasjonale anbefalte fagplaner. De fleste tilbudene retter seg mot ansatte i de kommunale omsorgstjenestene. Enkelte tilbud for ansatte i spesialisthelsetjenesten omfattes også av tilskuddsordningen. Fylkeskommunen forvalter tilskuddsmidlene som går til både private og ideelle utdanningstilbydere og fylkeskommunale fagskoler.

3.17/5.4 Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten

Tiltaket inngår i kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Tilskuddsordningen har som mål å stimulere kommunene til kompetanseutvikling og innovasjon for å møte fremtidens utfordringer på helse- og omsorgsfeltet med bærekraftige og gode tiltak og tjenester. Fylkesmennene administrerer ordningen.

Resultater i 2016

Tabellene under viser kommunenes samlede rapportering for bruken av tilskuddsmidler til kompetanseheving i helse- og omsorgstjenesten i 2016.

Fra 2015 til 2016 har det vært en økning på 12 prosent (409) av ansatte som har fullført en utdanning, enten fagutdanning på videregående skolenivå eller høyere utdanning. Økningen har vært størst for ansatte med utdanning på videregående skolenivå og fagskolenivå, som sto for om lag $\frac{3}{4}$ av økningen.

Antall ansatte under utdanning (eksklusive fullførte) økte med 45 prosent (1639) fra 2015 til 2016. Antall under utdanning i 2016 fordeler seg med 43 prosent på videregående skole og fagskolenivå og 57 prosent på høgskolenivå.

Vurdering

Økningen i utdanningsaktivitet fra 2015 til 2016 er i tråd med tilsvarende økning i tilskuddsmidler til kompetanseformål i samme tidsrom.

Samlet framstilling av all utdanningsaktivitet

Tabell 3 Kommunenes rapportering over antall ansatte som fullførte utdanning på ulike nivå, 2008 til 2016

	Antall fullførte				
Nivå	2008	2013	2014	2015	2016
Sum videregående utdanning/yrkesopplæring	1 159	1 029	1 006	955	1 158
Sum fagskoler	708	597	663	456	559
Sum bachelor*	166	345	219	388	412
Sum videreutdanning/master	949	1 936	2 348	1 637	1 716
Sum fullførte	2 982	3 907	4 236	3 436	3 845

*I perioden 2008-2014 het denne kategorien desentralisert høyere utdanning

Det var en klar nedgang i summen av alle som fullførte en utdanning fra 2014 til 2015. Helsedirektoratet mener at dette skyldes endret rapporteringspraksis. Det samme gjelder også for nedgangen i antall ansatte under utdanning.

Tabell 4 Kommunenes rapportering over antall ansatte som var under utdanning (eks. fullførte), 2013 - 2016

	Under utdanning (eks. fullførte)			
Nivå	2013	2014	2015	2016
Sum videregående utdanning/yrkesopplæring	2 158	1 965	1 158	1 712
Sum fagskoler	1 323	1 347	393	553
Sum bachelor*	843	737	892	1 121
Sum videreutdanning/master	3 279	2 927	1 214	1 910
Sum under utdanning (eks. fullførte)	7 603	6 976	3 657	5 296

Grunnutdanninger

Grunnutdanning i helsearbeiderfag m.fl. på videregående skolenivå

Tabell 5 Kommunenes rapportering over antall ansatte som har tatt utdanning på videregående skole, fag- og yrkesopplæring innen helse (fagbrev)

Fagopplæring i videregående skole	2015		2016	
Utdanning	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)
Helsefagarbeiderutdanning	913	2 352	1 099	2 749
Annen helsefaglig utdanning	42	138	59	121
Sum videregående skole	955	2 490	1 158	2 870

Kommunene rapporterte at i 2016 fullførte 203 flere utdanning på videregående skole nivå med støtte fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet enn i 2015, de fleste innen helsefagarbeiderfaget. Til sammen var 2 870 ansatte under utdanning på videregående skolenivå i 2016. Dette er en økning på 15 prosent sammenlignet med 2015.

Grunnutdanning på høgskolenivå

Tabell 6 Kommunenes rapportering over antall ansatte som har tatt bachelorutdanning helse- og sosialfag

Bachelorutdanning	2015		2016	
Utdanning	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)
Sykepleie	270	858	232	943
Vernepleie	92	358	128	477
Fysioterapi	1	3	9	11
Ergoterapi	0	2	9	9
Sosionom	1	5	11	26
Barnevernspedagog	1	3	2	15
Annen bachelorutdanning	23	51	21	52
Sum bachelorutdanning	388	1 280	412	1 533

Antall ansatte som var under høgskoleutdanning inkludert de som fullførte en bachelorutdanning økte med 20 prosent fra 2015 til 2016. De fleste tar utdanning i sykepleie eller vernepleie, men det er også en økning i ansatte som tar utdanning i sosialfaglige retninger og som arbeider i kommunale helse- og omsorgstjenester. Over halvparten av alle som fullførte i 2016, tok sykepleierutdanninger.

Videreutdanninger

Fagskoleutdanninger (videreutdanning som påbygg til helsefagarbeiderutdanningen m.fl.)

Tabell 7 Kommunenes rapportering over antall ansatte som har tatt fagskoleutdanning (påbygg fag- og yrkesopplæring, minimum halvt års videreutdanning)

Fagskole	2015		2016	
Utdanning	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)
Psykisk helsearbeid og rusarbeid	85	194	110	260
Eldreomsorg/demens	85	177	207	345
Habilitering/rehabilitering	71	99	71	138
Kreftomsorg/ lindrende pleie	41	65	49	103
Veiledning	*	*	22	38
Annen fagskoleutdanning	159	299	100	228
Sum fagskoleutdanninger	441	834	559	1 112

* Utdanningen ble ikke rapportert i 2015.

Kommunene rapporterte at 559 ansatte fullførte fagskoleutdanning i 2016 med støtte fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet, en økning på 118 fra 2015. I 2016 fullførte eller var under utdanning 1 112 ansatte mot 834 i 2015, en økning på 33 prosent.

Fagskoleutdanning innen fagområdet eldreomsorg/demens er mest benyttet. Om lag 37 prosent av alle som fullførte fagskoleutdanning i 2016 har valgt dette fagområdet. Deretter følger psykisk helsearbeid og rusarbeid med 20 prosent av fullførte i 2016. Dette er i tråd med politiske føringer som er gitt i perioden.

Videreutdanning for høgskoleutdannede

Tabell 8 Kommunenes rapportering over antall ansatte som har tatt videreutdanning/mastergradsutdanning

Videreutdanning/mastergradsutdanning	2015		2016	
	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)	Antall fullført	Antall under utdanning (inkl. fullførte)
Utdanning				
Psykisk helsearbeid og rus	162	341	204	486
Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge	29	73	59	139
Eldreomsorg/demens	183	283	111	269
Kreftomsorg/lindrende pleie	100	196	105	219
Habilitering/rehabilitering	72	107	90	147
Veiledning	*	*	38	86
Lederutdanning	519	919	448	1 053
Annen videre-/masterutdanning	572	932	661	1 227
Sum videre-/ mastergradsutdanning	1 637	2 851	1 716	3 626

* Veiledning inngikk ikke som egen kategori i rapporteringsskjemaet i 2015

Tabellen over viser økning både for antall fullførte med videreutdanninger og masterutdanninger og for antall under utdanning fra 2015 til 2016. Det finnes ikke data som skiller mellom kortere videreutdanninger på 30 studiepoeng eller mer og fullførte mastergrader. Utdanningstilbudet er under endring. Tidligere videreutdanninger blir nå lagt inn i mastergradsprogram ved mange høyskoler og universiteter. Denne rapporteringen fanger ikke disse endringene.

I 2016 fullførte 1 716 ansatte videreutdanninger/masterutdanninger med støtte fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Antall ansatte som fullførte eller var under utdanning økte med 27 prosent. Over en fjerdedel av alle som fullførte videreutdanninger i 2016, har tatt en lederutdanning. Det er likevel litt færre som fullførte lederutdanningen i 2016 enn i 2015. En årsak er trolig at det statlige samarbeidet om kortere videreutdanninger ved Høgskolen i Hedmark ble avsluttet i 2015 og erstattet med lederutdanning på mastergradsnivå ved Handelshøyskolen BI. Det tar lengre tid å utdanne ansatte på masternivå, og kapasiteten blir ikke like omfattende.

For eldreomsorg/demens var det en betydelig nedgang i antall ansatte som fullførte. Psykisk helsearbeid og

rus og den tverrfaglige utdanningen rettet mot barn og unge hadde begge en økning i antall fullførte fra 2015 til 2016. Den tidligere øremerkede tilskuddsordningen til disse utdanningsløpene ble lagt inn i kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskuddet fra 2016.

Etterutdanninger

Denne kategorien omfatter kortere kurs, internopplæringsprogram, kortere etterutdanninger, ABC-opplæring med mer. Felles er at opplæringen ikke gir formell kompetanse i form av vitnemål eller studiepoeng.

Tabell 9 Internopplæring/ etterutdanning/ ABC-opplæring/ kurs o.l.

Etterutdanning, ABC-opplæring, internopplæring	2015		2016	
	Antall fullført utdanning/opplæring	Antall under utdanning/opplæring (inkl. fullførte)	Antall fullført utdanning/opplæring	Antall under utdanning/opplæring (inkl. fullførte)
Utdanning/opplæringstiltak				
Demensomsorgens/ Eldreomsorgens ABC	4 166	7 194	3 586	6 339
Mitt livs ABC	146	146	154	773
Psykisk helsearbeid og rusarbeid	*	*	428	651
Annen etterutdanning	17 364	18 806	13 511	17 751
Sum internopplæring/ etterutdanning/ ABC- opplæring/ kurs o.l.	21 676	26 146	17 679	25 514

* Psykisk helsearbeid og rusarbeid inngikk ikke i skjemaet i 2015

Det var færre som fullførte internopplæring, kortere etterutdanninger og kurs i 2016 enn i 2015, og færre som var under opplæring. Nedgangen gjelder også for Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC. Rapporteringen inneholder kategorien psykisk helsearbeid og rus for første gang i 2016. Det var 428 som fullførte en slik utdanning, mens 651 var under utdanning i løpet av 2016 (inkludert fullførte).

Fylkesmennene har i dialog med Helsedirektoratet opplyst at kommunene søker om forholdsvis mye midler til internopplæring og kortere kurs mv. og dermed mindre til å heve det formelle utdanningsnivået i sektoren. Dette har vært tema i rådgivning fra fylkesmannsembetene til kommunene i perioden, og kan være en årsak til at aktiviteten på dette området er noe redusert i 2016. Dette indikerer at tilskuddsmidler i større grad er blitt brukt til å øke det formelle utdanningsnivået i tjenestene i tråd med føringene.

Opplæring til brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Det er i kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd satt av midler til opplæring for ansatte i arbeid med

brukerstyrt personlig assistanse. Det er søkt om tilskudd til langt flere ansatte enn det ble innvilget til. Fylkesmennene erfarer at mange kommuner søker om midler til langt flere assistenter og saksbehandlere enn de som er knyttet direkte til brukere med BPA. KOSTRA-tall viser at det er en oppgang av antall mottakere av BPA fra 2015 (3146) til 2016 (3315). Rettighetsfestingen av BPA blir evaluert.

Tabell 10 Oversikt over antall ansatte som det er søkt for og innvilget midler til opplæring i BPA

Beskrivelse	2015		2016	
	Antall søkt	Antall innvilget	Antall søkt	Antall innvilget
Antall arbeidsledere som har fått tilskudd til opplæring	858	693	535	399
Antall saksbehandlere som har fått tilskudd til opplæring	743	593	478	409
Antall assistenter som har fått tilskudd til opplæring	1 790	1 240	1 550	890
Uspesifisert				115
Totalt	3 391	2 526	2 563	1 813

3.18 Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med ordningen er styrking av tiltak som skal gi økt kompetanse i lindrende behhandling og omsorg ved livets slutt. Fagrapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling ble fulgt opp med tiltak i 2015 og tiltakene ble videreført i 2016.

Tiltak for å oppnå økt kompetanse i barnepalliasjon for helsepersonell styrkes. Etablering av videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere er prioritert for å oppnå god basiskompetanse. Studiets mål er å kvalifisere sykepleiere til å være sentrale ressurspersoner for barnepalliative team.

Den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon ble publisert i 2016. For å sikre bred og god implementering av retningslinjen nasjonalt ble det bevilget midler til implementeringsarbeidet.

Resultater i 2016

Planlegging av implementeringen av den nasjonale faglige retningslinjen i barnepalliasjon startet i siste kvartal 2015 og ble videreført i 2016. Det har vært gjennomført regionale møter om samhandling i barnepalliasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og informasjonsmøter med aktuelle grupper av helsepersonell. Videre har det vært implementeringsmøte med et regionsykehus.

Det har vært dialogkonferanse med høgskoler som var aktuelle for etablering av videreutdanning i barnepalliasjon for sykepleiere. Høgskolen i Oslo og Akershus har fått oppdraget. Første kull starter januar 2017.

Arbeidet med å utvikle faglige råd gjennom et veiledningsmateriell for ivaretagelse av personer i livets slutfase ble igangsatt i årsskiftet 2015/16. Materialet ferdigstilles i 2018. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende omsorg SINTEF ble publisert høsten 2016. Evalueringen har lagt særlig

vekt på å vurdere innhold, kvalitet og tilgjengelighet til lindrende behandling fra tjenesteutøvernes perspektiv.

Utvikling og implementering av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens ble igangsatt i 2016. Lindrende behandling til personer med demens inkluderes i Demensomsorgens ABC. Det utvikles også et e-læringsprogram for helsepersonell i møte med personer med demens.

Eldreomsorgens ABC ble styrket med to nye kapitler om palliasjon generelt og ett om kreft spesielt.

Opplæringspakke for helsefagarbeidere innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er utarbeidet og pilotering av opplæringspakken ble gjennomført i to fylker høsten 2016. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester har vært sentrale i arbeidet.

Vurdering

Det særskilt organiserte tilbudet innen palliasjon har hatt hovedfokus på pasienter med kreft. Rapporten «Tilbud til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt», IS-2278 trekker frem at pasienter uavhengig av diagnose skal ha et likeverdig tilbud om omsorg og lindrende behandling mot livets slutt.

Flere pasientgrupper har behov for lindrende behandling enn de som mottar dette tilbudet, viser evalueringsrapporten utført av SINTEF. I evalueringsrapporten kommer det også frem at helsepersonell ønsker å tilrettelegge for å kunne død hjemme dersom pasienten ønsker dette. Det pekes også på at å være hjemme så lenge som mulig i livets siste fase, kan være en riktigere målsetning enn å kunne død hjemme. Hva som oppleves trygt for den enkelte vil variere. Det ses ingen dreining de siste årene av at flere dør hjemme. Fra helsetjenesten beskrives at økende behandlingsmuligheter og lengre pasientforløp også gir større slitasje på pårørende. Dette vil også ha betydning for hvor mye ressurser den enkelte pårørende er i stand til å mobilisere i livets slutfase.

En styrking av palliasjon til rettet mot nye pasientgrupper med ulike diagnoser vil kreve behov for økt kompetanse for palliasjon for helsepersonell. Satsingen på palliasjon til barn og personer med demens er en start på dette arbeidet.

3.19 Tilskudd til kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering

Dette tiltaket omfatter to tilskuddsordninger: Tilskudd til helsetjenestetilbud ved overgrepsmottak og Tilskudd til oppfølging av akuttmedisinforskriften.

3.19.1 Tilskuddsordningen: Helsetjenestetilbud ved overgrepsmottak

Målet for ordningen er å styrke helsetjenestetilbudet ved legevakt og overgrepsmottak. Dette skal skje gjennom kompetansehevende tiltak for personell som yter helsetjenester til volds- og overgrepsutsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt) og i spesialisthelsetjenesten (overgrepsmottak). Målgruppe for ordningen er personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner.

Tilskudd til kompetansehevende tiltak er øremerket til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin

(Nklm). Nklm er organisatorisk tilknyttet Uni Research Helse AS og faglig forankret ved Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning, fagutvikling og undervisning, i samarbeid med andre fagmiljø, bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Resultater i 2016

Det har i 2016 vært gjennomført en rekke kompetansehevingstiltak som f.eks. seminar om psykososial oppfølging av overgrepssatte, grunnkurs for medisinsk personell ved landets overgrepsmottak, kurs i klinisk rettsmedisin i praksis ved seksualovergrep, seminar for administrativ- og medisinsk faglig ledelse ved overgrepsmottak. Senteret har i tillegg bidratt med foredrag og informasjon i mange sammenhenger. Det er utviklet nettsider for overgrepsmottak som er tilpasset faglige behov ved mottakene, utarbeidet informasjonsbrosjyrer til bruk ved overgrepsmottak, oversatt til flere språk, utviklet informasjonsmateriell tilpasset gutter og menn om vanlige reaksjoner etter seksuelle overgrep. Nettkurs for fastleger/ legevaktleger om vold i nære relasjoner ble ferdigstilt i november 2016.

Vurdering

I 2016 ble det registrert 1798 pasienter ved landets 24 mottak. Kartleggingen viser at den nye modellen med forankring i spesialisthelsetjenesten har medført flere forbedringer. Robuste mottak ved legevakt og helsehus har i tråd med intensjonen fått fortsette i form av avtaler med helseforetak. Nye mottak er under etablering der det før var lange reiseavstander. Resultatene viser at bare 4 av 24 mottak er lokalisert ved gynekologiske avdelinger. De fleste andre er lokalisert enten ved legevakt eller akuttmottak.

3.19.3 Tilskudd til oppfølging av akuttmedisinforskriften

Tilskuddet går til kurs i akuttmedisin for leger og annet helsepersonell som arbeider i legevakt, kompensasjon for bakvakt i legevakt og styrket kompetansen ved ansettelse av nye operatører i legevaktsentraler.

Resultater i 2016

I 2016 fikk 53 kommuner innvilget helt eller delvis tilskudd fra Helsedirektoratet.

3.20 Tilskudd til Stiftelsen Livsglede for eldre, til opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer

Den nasjonale sertifiseringsordningen av livsgledesykehjem, som ble satt i gang i 2013 av stiftelsen Livsglede for eldre, skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det får opplæring, støtte og veiledning til å sette i system aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer. Tilbudet skal spres gradvis, og stiftelsens mål er at den skal være inne på 50 % av sykehjemmene innen utgangen av 2020.

Resultater i 2016

24 nye sykehjem er blitt sertifisert som «Livsgledesykehjem» i 2016, og 26 ble resertifisert. I disse sykehjemmene er livsgledekriterier omsatt til beboeraktiviteter og aktiviteter som er rutiner i hverdagen. Ved ytterligere 28 sykehjem er det satt i gang en prosess hvor målet er livegledesertifisering. I alt samarbeider stiftelsen pr. 31.12.16 med 78 sykehjem. Stiftelsen driver utstrakt samarbeid bl.a. med

barnehager, ungdomsskoler og videregående skoler for å bidra til spredning av konseptet.

Vurdering

Helsedirektoratet følger satsningen gjennom møter og senterets årsrapporter for tilskuddet. Måloppnåelse når det gjelder antall sykehjem sertifisert hittil er svak i forhold til stiftelsens egendefinerte mål om 50 % innen 2020. Stiftelsens vurdering er at det ikke kan oppnås mer pr. år enn hittil med de ressurser den nå har.

3.21 Tilskudd til Verdighetssenteret, til opplæring av frivillighetskoordinatorer for frivillig arbeid og omsorg ved livets slutt

For å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige gis det støtte til opplæring gjennom Verdighetssenteret i Bergen. Satsingsområdene er de nasjonale opplæringsprogrammene Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom og Frivillighetskoordinering – eldreomsorg. Målgruppene for de to programmene er henholdsvis ansatte som er eller skal bli frivillighetskoordinatorer i eldreomsorgen, og tverrfaglig helsepersonell og andre som arbeider med sårbare gamle, alvorlige syke og døende.

Resultater i 2016

Verdighetssenteret har i 2016 arbeidet innen eldreomsorg, demensomsorg, palliasjon og frivillighet og kombinasjon av disse. På disse feltene arbeides det bl.a. med å utvikle og implementere kunnskap og aktualisere utdanningsprogrammene og styrke samarbeidsrelasjoner om formidling og påvirkning. Frivillighetskoordinering – eldreomsorg (FRI) hadde tre fulltallige kurs, med blant annet deltagere fra åtte nye kommuner. Omsorg ved livets slutt – en verdig alderdom (OLS) hadde to fulltallige kurs, og siden dette startet har det vært deltagere fra 85 kommuner i 18 fylker. Begge programmene hadde fagutviklingsprosjekter på kursene.

Vurdering

Senteret har arbeidet i mange år og utviklet sin virksomhet over tid. Senteret offentliggjorde en egenevaluering i 2014. Siden er det ikke foretatt noen ekstern evaluering av virksomheten.

3.22 Tilskudd til økt kompetanse innen mat, kosthold og ernæring i omsorgstjenestene

Tiltaket inngår i kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Det ble søkt om tilskudd til innovasjonsprosjekter for over mer enn det dobbelte av tilgjengelige økonomisk ramme for slike prosjekter i 2016.

Tabell 11 Oversikt over antall søknader og innvilgede søknader innen mat, kosthold og ernæring

Beskrivelse	2015		2016	
	Antall søknader	Antall innvilget	Antall søknader	Antall innvilget
Antall prosjekter med tema ernæring mv.	3	3	14	9

3.23 Tilskuddsordning til styrking og spredning av kunnskap og kompetanse om nevrologiske lidelser

Tilskuddsordningen ble opprettet i forbindelse med Nevroplan 2015, som var en delplan under Omsorgsplan 2015. Hensikten har vært å styrke kompetanse og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med nevrologiske lidelser. Nevroplan 2015 er nå utgått, men tilskuddsordningen er videreført. Målet med den er å styrke brukerorganisasjonenes veilednings- og informasjonsarbeid for personer med nevrologiske skader og sykdommer og derigjennom bidra til å styrke brukermedvirkning.

Resultater i 2016

Det er en økning i søknadsinngang fra 10 i 2015 til 26 i 2016. Søknadene gjelder seminarer, chatte-, telefon og e-postsvar-tjenester, brosjyrer og annet informasjonsmateriell, kurs; prosjektene er rettet mot helsepersonell, medlemmer, pårørende og frivillige; og dreier seg alle om informasjon, som gis av likepersoner og fagpersoner om nevrologiske tilstander.

De fleste som har fått tilskudd, har i 2016 fått delvis innvilgelse. Brukerorganisasjonene rapporterer at det er et stort behov for informasjon om en del nevrologiske lidelser blant ny-diagnostiserte, brukere, pårørende og ikke minst blant helsepersonell. Samlet omsøkt beløp var tre ganger mer enn rammen for tilskuddsordningen.

Vurdering

Antall innkomne søknader økte med over 100 % fra 2015 til 2016, noe som tilsier at det fortsatt er stort behov for denne tilskuddsordningen. I 2016 kom det søknader også fra en god del nye organisasjoner. Dette skyldes trolig at ordningen er blitt noe bedre kjent. Mange av de nye søkerne hadde gode prosjekter og fikk tilskudd.

3.24/5.6 Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Formålet med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er å tilby en praksisnær videreutdanning for høyskoleutdannet personell, for å styrke kompetanse og bidra til bedre samarbeid og koordinering av psykisk helse- og omsorgstjenester til barn og unge.

Et landsdekkende nett av høyskoler og universiteter gir tilbud om videreutdanningen. Videreutdanningen tilbys som regel som deltid, ved at en tar 60 studiepoeng fordelt over to år. Ved enkelte studiesteder inngår videreutdanningen som en del av en mastergrad.

Følgende utdanningsinstitusjoner har mottatt tilskudd i 2016:

Høgskolen i Østfold, Høgskolen i Innlandet v/Lillehammer, Universitetet i Troms, Høgskolen i Innlandet v/Hedmark, Høgskulen på Vestlandet v/Stord/Haugesund, Høgskolen i Sørøst-Norge, Vitenskapelig Høyskole, Høgskulen på Vestlandet v/Sogn og Fjordane, Høgskolen i Molde NTNU, og Universitetet i Agder.

Resultater i 2016

Det har de siste årene vært utfordringer med å rekruttere studenter til denne utdanningen som har resultert i mindre søkermasse enn det er fremmet tilbud om. I tillegg er det en høy frafallsprosent på utdanningen. Omkring 9 prosent faller fra studiet i løpet av studietiden. Årsaken til at de ikke fullfører, er i hovedsak at de opplever at opplegget ikke er tilpasset deres arbeidssituasjon. Mange svarer også at arbeidsgiver ikke godt nok tilrettelegger for at de skal få studere.

Oxford Research gjorde en gjennomgang av studiet i 2015 og konkluderte overordnet med at videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge ser ut å fungere etter de målene som er satt. Videreutdanningen utdanner årlig mellom 170 og 190 studenter, som får en dypere faglig innsikt i hvordan de skal tilnærme seg barn og unge med psykiske vansker. Utdanningen er relevant for mange faggrupper, arbeidsgivere og studenter.

Antall studietilbydere og det samlede antall studieplasser som tilbys, varierer fra år til år. Det har vært en økning i antall søkere til videreutdanningen i den siste delen av perioden, men svingningene fra år til år har vært store, avhengig av antall tilbydere. Videreutdanningen har fått mellom 500 og 850 søknader hvert år, der toppårene er 2012 og 2014.

Videre konkluderes det med at videreutdanningen i dag blir sett på mer som en mulighet enn en nødvendighet, enn den gjorde ved oppstart. Konsekvensen er at institusjonene har utfordringer med rekruttering. Oxford Researchs (2015) overordnede konklusjon, er at tilbudet slik det gis i dag, overstiger etterspørselen.

3.25 Utredning av krav til alle allmennleger i den kommunale helse og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin

Utredningen er gjennomført og ny forskrift om krav til kompetanse er iverksatt våren 2017.

3.26 Velferdsteknologiens ABC

Helsedirektoratet inngikk i 2014 avtale med KS om videreutvikling av verktøyet Veikart for velferdsteknologi og Velferdsteknologiens ABC. Velferdsteknologiens ABC er en praktisk opplæringspakke til kommunene som skal gi ansatte grunnleggende kunnskap i bruk av velferdsteknologi.

Resultater i 2016

Velferdsteknologiens ABC er blitt utviklet og prøvd ut i utvalgte kommuner med gode resultater. Opplæringspakken ble klar til å tas i bruk av alle landets kommuner høsten 2016. Den kan lastes ned gratis fra KS sin hjemmeside.

Strategi 4: Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon

Samlet vurdering

Både utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og en rekke kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenestene bidrar med oppdatert kunnskap som styrker kompetanse og kvalitet i tjenestene innen sine fagområder.

Det har i 2016 vært tilfredsstillende aktivitet ved sentrene, både når det gjelder publikasjoner og presentasjoner, samt arrangementer (konferanser, kurs og seminarer) om de respektive sentrenes fagområder. Flere har utviklet nye og virksomme metoder og modeller innen eget fagområde. De er gode pådrivere for tjenesteutvikling og innovasjon som er to av de tre intensjonene som omfattes av strategi 4.

Sentrene spiller også en viktig rolle når det gjelder å bidra til å nå intensjoner som omfattes av strategi 3 i Kompetanseløft 2020; å bidra til mer forskning og kunnskapsutvikling som kan styrke kunnskapsbasert praksis i kommunene.

Utredningsarbeidet for etablering av primærhelseteam og oppfølgingsteam startet i 2016, men blir ikke iverksatt før i 2017/2018.

Fra 2015 ble en rekke tilskuddsordninger samlet i et kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd som forvaltes av fylkesmennene. I 2016 utgjorde tilskuddet samlet 239,6 mill. kr, der 106,0 mill. kr. er knyttet til innovasjonstilskudd. Dette omfattet ikke midler som ble disponert av nasjonalt velferdsteknologiprogram. Samlet søkte kommunene om midler til 504 prosjekter, der 350 prosjekter mottok tilskudd. Fordelingen var slik:

Tabell 12 Oversikt over antall søknader og innvilgede søknader

TEMA PROSJEKTSØKNADER	2015		2016	
Beskrivelse	Ant all søknader	Ant all innvilget	Antall søknader	Antall innvilget
Antall prosjekter med tema forebygging tidlig innsats og egenmestring:	69	28	79	51
Antall prosjekter med tema habilitering og rehabilitering, herunder hverdagsrehabilitering:	97	78	98	67
Antall prosjekter med tema velferdsteknologiske løsninger:	80	50	119	89
Antall prosjekter med tema samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og demensomsorgen	29	21	46	33

spesielt:				
Antall prosjekter med tema legemiddelhåndtering:	14	13	14	9
Antall prosjekter med tema ernæring:	3	3	14	9
Antall prosjekter med tema fritidsaktivitet med assistanse	9	3	9	2
Antall prosjekter med tema kulturopplevelser	9	5	10	4
Annet	91	49	115	86
Totalt	401	250	504	350

Tabellen ovenfor viser en økning på 100 innvilgete søknader fra 2015 til 2016 og omtrent tilsvarende stor økning i antall søknader. Fylkesmennene melder at det er stor variasjon i kvaliteten på innovasjonsprosjektene. Mange av søknadene oppfatter mer generell kompetanseutvikling og rutineforbedring. Det varierer hvilke krav fylkesmennene stiller til innovasjonsprosjektene, noen melder at de synes det er viktig å stimulere kommunene på dette feltet selv om prosjektet kan være noe umodent. Flere av innovasjonsprosjektene er samarbeidsprosjekter mellom flere kommuner og også på tvers av fylkesgrenser.

En del av prosjektene er registrert under kategorien «Annet». Fylkesmennene rapporterer at dette i hovedsak er prosjekter knyttet til tjenesteutvikling på ulike felt. Det er spesielt mange prosjekter knyttet opp mot velferdsteknologi, habilitering og hverdagsrehabilitering, og forebygging tidlig innsats og egenmestring. Dette er viktige satsinger i Omsorg 2020. Det er fremdeles for tidlig hvilken effekt prosjektene har ut i kommunene, men den økende aktiviteten tyder på økt fokus på innovasjon i kommunene.

4.1/5.1 Driftsmidler til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)

Utviklingssentrene bidrar til å sikre kvaliteten i hjemmetjenestene og sykehjem gjennom fag- og tjenesteutvikling, kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap og nye løsninger ut fra nasjonale satsingsområder og lokale behov til kommunene i fylket.

Delmål:

- Utviklingssentrene er pådrivere for kunnskapsbasert praksis.
- Bruker- og pårørendemedvirkning har en sentral plass i utviklingssentrenes aktivitet
- Utviklingssentrene tilbyr ulike metoder og verktøy for å utvikle et lærende miljø og være en ressurs i utviklings- og implementeringsarbeid for kommunene.

Resultater i 2016

På oppdrag fra HOD gjennomførte Helsedirektoratet i 2016 en reetablering av satsingen Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Hensikten var å gjøre USHT mer robust som virkemiddel innenfor Omsorg 2020, og bedre i stand til å ha en utadvendt rolle mot kommunene i fylket. Grunnlaget for endringene som ble gjort var en ekstern evaluering fra 2015, og en prosess der alle involverte aktører gav innspill. Prosessen ble avsluttet i 2017.

Resultatet av prosessen var et nytt tilskuddsregelverk for USHT, et nytt samfunnsoppdrag og en reduksjon av antall USHT fra hovedregelen om to i hvert fylke til ett i hvert fylke. På landsbasis ble antallet endret fra 40 til 21.

Det nye tilskuddsregelverket og samfunnsoppdraget tydeliggjør vertskommunens ansvar for USHTs måloppnåelse, ved krav om egenfinansiering og forankring i kommuneledelsen. Det er presisert at målgruppene til det enkelte USHT inkluderer *ledere* i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i eget fylke, i tillegg til andre ansatte, først og fremst i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Det fremheves at USHT skal være en ressurs for kommunene i fylket og bidra til fag- og tjenesteutvikling innenfor satsingsområdene i Omsorg 2020. Utviklingssenteret skal fremme samarbeid med alle kommunene og tilby deltakelse i ulike aktiviteter.

Rollen som vertskommune og midlene knyttet til fremtidige USHT ble utlyst og kunngjort for alle eksisterende USH og UHT. I de fylkene der eksisterende USH og UHT var plassert i hver sin kommune, ble det derfor en konkurranse mellom de to. I de fylkene der USH og UHT fra før var plassert i samme kommune, ble det krav om sammenslåing. Hdir behandlet søknadene og gav en innstilling. HOD tok den endelige beslutningen om hvilke kommuner som fikk vertskommunefunksjon for USHT.

Vurdering

Rapportering for 2016 viste at det var stor aktivitet i tråd med eksisterende målsetting for ordningen i de aller fleste fylker, til tross for at sentrene har vært i en søknadsprosess der man visste at noen ikke ville få videre drift. Det har vært stor aktivitet knyttet til læringsnettverk innen pasientsikkerhetsprogrammet, ulike ABC opplæringer, særlig knyttet til demens, og utviklingssentrene har drevet og deltatt i mange utviklingsprosjekt.

4.2/5.2 Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Kompetansesentrenes overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i relevante tjenester og sektorer innenfor sentrenes kompetanseområder og overfor sentrenes målgrupper. Senterne skal være en tjeneste for tjenestene og den forbyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Tiltaket omfatter 17 ulike kompetansesentra. Under er en oversikt over status for disse for 2016.

Helsedirektoratet mottok i 2015 et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å gjennomgå tilskuddsforvaltningen av sentrene i henhold til regelverk for offentlig støtte og anskaffelser etter EØS-avtalen. Det ble bedt om å vurdere sentrenes virksomhet i lys av fastsatte samfunnsoppdrag og oppgaver og hvilke forhold og ulike hensyn som bør legges til grunn for en organisatorisk sammenslåing av sentrene. Helsedirektoratet har i 2016 arbeidet med oppdraget og leverte en tilrådning til HOD i juni 2016.

4.2.1 Atferdssenteret Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis

Målet er å styrke rusmiddelperspektivet inn i forskningen til Atferdssenteret og å bidra til å styrke forskningen om kunnskapsbaserte metoder til bruk i beslutningsprosesser og arbeid innen rusforebyggende arbeid og tidlig intervensjon knyttet til barn og unge.

NUBU driver forskning, implementering, opplæring og videreutvikling av metoder knyttet til forebygging og behandling av alvorlige atferdsvansker. Forskningsavdelingen utfører tiltaksforskning i forbindelse med evaluering og utvikling av metodene.

Resultater i 2016

Atferdssenteret har utviklet og implementert virksomme metoder for å redusere problematferd og styrke sosial kompetanse blant barn og unge. Det er etablert samarbeid med kommunene og den enkelte tjeneste eller skole for å tilpasse de enkelte tiltak best mulig til det enkelte miljø og virksomhet.

Atferdssenteret har mye aktivitet knyttet til implementering og forskning av PMTO - Parent Management Training og TIBIR- tidlig innsats for barn i risiko. Atferdssenteret følger opp MATCH, en behandlings-tilnærming som retter seg mot psykiske problemer. Det arbeides med å tilrettelegge opplæringa av MATCH-terapeuter i forbindelse med den pågående forskningsevalueringen av MATCH. Senteret har bidratt til utviklingen av tidlig intervensjonssatsingen for de aller minste (0-3 år) ved å samarbeide med RBUP Øst og Sør om Nurse-Family- Partnership. Fra 1. mars 2017 har senteret endret navn til Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU)

4.2.2 Antibiotikasenter for primærmedisin (ASP)

Målet er å bidra til drift av Antibiotikasenteret til fagutvikling og veiledning innen primærmedisin, riktig bruk av antibiotika, forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og motvirke antibiotikaresistens.

Samarbeid med de andre aktørene i Norge innen fagområdet antibiotikabehandling har blitt ytterligere styrket i 2016. En av hovedoppgavene er revisjon og implementering av nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Revisjonen foregår elektronisk og blir implementert fortløpende.

Resultater i 2016

I 2015 startet ASP rekrutteringen av pasienter til et stort EU-prosjekt om influensa der ASP er den norske partneren og hvor 14 ulike norske legesentre er involvert. ASP var representant i en EU-finansiert ekspertgruppe med representanter fra 12 europeiske land der fokuset var antibiotikabruk og selvmedisinering. ASP var i 2016 involvert i 15 ulike forskningsprosjekt. I 2016 var hovedfokuset på arbeidet med handlingsplanen mot antibiotikaresistens.

4.2.3 Kompetansehevingstiltak for overgrepsmottak

Målet for ordningen er å styrke helsetjenestetilbudet ved legevakt og overgrepsmottak. Vi viser til rapportering under tiltak 3.19.

4.2.4 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)

Formålet med ordningen er å stimulere til forskning, utredning, fagutvikling og veiledning innen legevaktmedisin.

Resultater i 2016

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har levert innspill, forskning og begrunnede meninger om hva den nye akuttmedisinforskriften burde inneholde. Nklm har arbeidet med større prosjekter i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og har fått godkjenning til å opprette en stor database med opplysninger om innleggelser, henvisninger og bruk av helsetjenester i fastlegepraksis og legevakt. Målet er å kunne kartlegge aktiviteten i legevakttjenesten enda bedre. Nklm har utarbeidet system for registrering av helsepersonell som skal gå på kurs i henhold til den nye akuttmedisinforskriften. Senteret har god produksjon av produkter både nasjonalt og internasjonalt, De gir et stort antall råd og uttalelser til legevakter, kommuner, organisasjoner og enkeltpersoner.

4.2.5 Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Formålet med NSDM er å bidra med forskning, fagutvikling, utdanning og nettverksbygging blant leger og helsepersonell i distriktene for å bygge bro mellom praksis, academia og myndigheter. Målet er å bidra til økt kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distriktene.

Resultater i 2016

NSDM har prioritert arbeid med kunnskapsutvikling, kunnskapsoppbygging og kunnskapsstøtte; brobyggervirksomhet mellom forskning og praksis; kvalitetsutvikling og innovasjon i tjenestene; og kunnskap om rekruttering og stabilisering av personell og nettverksbygging nasjonalt og internasjonalt. Senteret bidrar med forskning om fastlegeordningen og til rekruttering og utvikling av legetjenesten i distriktene.

4.2.6 Allmennmedisinske forskningsenheter i Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø

Målet er å styrke den allmennmedisinske forskning og fagutvikling ved universitetene i Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø, og dermed bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennmedisin.

Helsedirektoratet har dialogmøter og mottar fyldige årsmeldinger fra de fire allmennmedisinske forskningsenhetene. I tillegg møtes de i forbindelse med styremøtene i Allmennmedisinsk forskningsfond. Forskningen er omfattende i forhold til de økonomiske rammene som forskningsenhetene har.

4.2.7 Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer

Navnet på tilskuddsordningen er: Forskning og utredning vedrørende tannbehandlingsmaterialer. Formålet med ordningen er å øke kunnskap om odontologiske biomaterialer. Målgruppen er fag- og forskningsmiljøer, tannhelsetjenesten og befolkningen.

Resultater i 2016

- Har bidratt med økt kunnskap om ulike tannbehandlingsmaterialer
- Lagt til rette for utvikling av metoder som bidrar til å forebygge og løse bivirkningsproblematikk
- Rapportering av bivirkninger av odontologiske biomaterialer, og oppfølging av dette
- Nettverksbygging mellom aktuelle aktører

4.2.8 Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i de relevante tjenestene og andre nærliggende sektorer innenfor senterets kompetanseområde og overfor senterets målgrupper.

NAKMI skal være en tjeneste for tjenestene og for den forebyggende virksomheten i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Resultatrapport 2016

NAKMI har i 2016 arbeidet blant annet med følgende:

- 7 utviklingsprosjekter
- Førsteforfatter på 5 vitenskapelige artikler
- 9 formidlingsprosjekter
- Medforfatter på 13 vitenskapelige artikler
- Veiledning av 15 PHD/Master-prosjekter
- 28 øvrige publikasjoner

Det er gjennomført undervisning og holdt foredrag i 16 fylker i samarbeid med Fylkesmannen og /eller RVTS. NAKMI sto for 27 arrangementer i 2016. Dette er en betydelig økning sammenliknet med 2015 og 2014. NAKMI arrangerte en prekonferanse i samarbeid med Røde Kors med om lag 200 deltakere. Det er gjennomført seks innføringskurs med varighet av to dager. Høsten 2015 inngikk NAKMI et samarbeid med RVTS-Midt om bidrag til faglig innhold på tre fylkessamlinger i 2016.

4.2.9 Senter for samisk helseforskning

Formålet med tilskuddsordningen *Helse- og sosialtjenester samisk befolkning* er å bidra til at målgruppen får et likeverdig tilbud ved bruk av helse- og sosialtjenester sammenliknet med den øvrige befolkningen.

Resultater i 2016

I 2016 gikk tilskuddet i sin helhet til Senter for samisk helsetjenesteforskning. Senteret har som hovedoppgave er å drive forskning med fokus på helse og livsstil i den samiske befolkningen. SAMINOR har følgende hovedtemaer: Helsetjenesteforskning, somatisk og psykisk helse, trygdemedisin, metabolsk syndrom/diabetes type 2 og kosthold, tannhelse, og mattrygghet. Alle innbyggere i aldersgruppen 40 til 79 år ble invitert til undersøkelsen uavhengig av etnisitet, men informasjon om etnisitetstilhørighet muliggjør etnisitetsspesifikke analyser. Som en konsekvens av dette ble SAMINOR I

gjennomført i 2003 og 2004, og SAMINOR II i perioden 2012-2014. Funnene fra undersøkelsene blir fortløpende oppsummert i rapporter, sjekk www.saminor.no.

I 2016 avsluttet SSHF presentasjonene av resultatene til kommunene. De siste fire kommunene fikk sine rapporter og helsedata presentert både i møte med kommuneledelser og på folkemøter. Følgende kommuner ble besøkt i 2016; Lyngen, Tana, Nesseby og Storfjord. Hovedfokus var på helseindikatorer og livsstilssykdommer som fedme, hjerte-karsykdom og diabetes mellitus. Utviklingen i den yngste aldersgruppa (40 – 49 år) viser økende fedme. Utfordringen på sikt vil komme i form av hjerte-karproblematikk og type 2 diabetes.

Vitenskapelig produksjon og kommunikasjon

Det er i 2016 alt publisert 9 vitenskapelige artikler. Publikasjonsliste for 2016 legges på senterets nettsider; https://uit.no/om/enhet/forsiden?p_dimension_id=88115

4.2.10 Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU)

Målet er å utvikle og styrke det faglige grunnlaget for tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming og være et faglig knutepunkt for utvikling av tjenestene.

Resultater i 2016

NAKU ble i 2015 gitt et nytt samfunnsoppdrag på lik linje med andre kompetansesentra utenfor spesialisthelsetjenesten og det er utarbeidet et nytt regelverk som vil gjelde fra 2017. Oppnådde mål og effekter i 2016 er knyttet til nytt samfunnsoppdrag.

Et av hovedsatsningsområdene til NAKU er å drifte Kunnskapsbanken som kommunale tjenesteytere m.fl. kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid. Kunnskapsbanken skal bidra til økt kunnskapsbasert praksis i tjenestene. I 2016 har NAKU viderutviklet kunnskapsbanken og testet ut denne mot behovet i kommunene. Pilotkommuner er benyttet i utvikling og utprøving. Effekten av tiltakene er økt kjennskap til hvilken kunnskap kommunene etterspør i sine henvendelser, informasjonsspredning om hva NAKU kan bistå kommuner med og økt brukerinvolvering og brukermedvirkning i tiltak og prosjekter NAKU har gjennomført. I tillegg til kunnskapsbanken sprer NAKU kunnskap om utviklingshemming og kunnskapsbasert praksis via utgivelse av magasinet «Utvikling», deltakelse på konferanser, seminarer og nettverksamlinger, undervisning for vernepleierstudenter m.m. De har hatt flere prosjekter som bidrar til økt kunnskap om målgruppen og tjenester.

NAKU har i 2016 hatt et samarbeid med Pasientsikkerhetsprogrammet og ved dette satt fokus på legemiddelhåndtering formidlet via Kunnskapsbanken. De har videre hatt samarbeid med NAPHA med fokus på kunnskapsspredning om utviklingshemming og psykiske lidelser- og/ eller ruslidelser.

NAKU har i 2016 vært med i oppstarten av et nasjonalt forskningsnettverk; Norsk nettverk for inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming. Ønsket effekt ved inkluderende forskning er at personer med utviklingshemming får delta og ha innflytelse på forskning som handler om deres situasjon; «Inngenting om oss- uten oss».

4.2.11 KoRus Kompetansesenter rus

Formålet til kompetansesenteret er å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette å bidra til statlige satsinger på fagområdet i den enkelte region, samt å ivareta nasjonale spisskompetanseområder. Kompetansesenterets primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse og å formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier. Virksomheten skal bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet.

Resultater i 2016

I SINTEF-rapporten «Kommunalt rus- og psykisk helsearbeid 2016» fremgår det at KoRus er svært godt kjent og oppleves som nyttig. 86 % av kommunene i Norge oppga at de har hatt kontakt med KoRus i 2016 mot 83 % året før. Samarbeidspartnere som rusrådgiverne ved fylkesmannsembeter og folkehelserådgivere uttrykker også stor tilfredshet med samarbeidet med KoRus. Det samme uttrykkes fra samarbeidspartnere.

Sentrene har etablert en felles nettportal <http://kompetansesenterrus.no/>. Det nå gjennomført standardiserte Ungdata- og BrukerPlan-kartlegginger i over 80 % av kommunene på landsbasis. Hensikten er å bistå til kommunenes kartleggings- og oversiktsarbeid og til å øke systematikken og kvaliteten i det kommunale forebyggende og tjenesterettede rusarbeidet. Det gis også i økende grad bistand til fylkeskommunenes oversiktsarbeid etter folkehelseloven.

De fleste KoRuser involvert i arbeid med den nasjonale overdosestrategien. Bistand til kommunenes arbeid med ansvarlig alkoholhåndtering og tidlig innsats er videreført i 2016. KoRus står også sentralt i arbeidet med å spre arbeidsmetoden Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Drøyt 100 kommuner blir fulgt opp av KoRus gjennom utvikling og implementering av BTI. Samarbeidet med øvrige kompetansesentre på regionalt og nasjonalt nivå er betydelig styrket i 2016, og KoRus har tatt en sentral rolle i dette samarbeidet.

Nettjenesten www.forebygging.no/handling er etablert som en verktøykasse for kommunene innen rusforebyggende og helsefremmende arbeid, med vekt på handlingsrettet fagstoff og praksiserfaringer. Alle KoRus-ene har bidratt inn i dette arbeidet. Tidligere Tidligintervensjon.no ble i 2016 nedlagt og fullintegrert i forebygging.no. Sammen med www.kommunetorget.no har dette bidratt til et samlet kompetansetilbud til kommunene innenfor kartlegging, planlegging og iverksetting av lokalt rusforebygging og folkehelsearbeid. Brukerne har fått tilgang til et betydelig større tilfang av relevant fagstoff i alle sjangre.

4.2.12 Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (NAPHA)

Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid, samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer, kompetansehevede tiltak og forskning.

Resultater i 2016

Kontakt med kommuner og faglige nettverk er sentralt i NAPHAs arbeid med innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Dette omfatter også samarbeid med bruker-

organisasjoner og andre fagmiljøer. Et nært samarbeid med fylkesmennene og ulike kompetansesentre er vektlagt. Gjennom denne arbeidsmåten når senteret ut til mange kommuner og får direkte kjennskap til det lokalbaserte arbeidet. I alle regioner er det et tett samarbeid med det regionale kompetansesenteret for rus (KoRus) om blant annet implementering av BrukerPlan som verktøy i kommunene. I 2016 har NAPHA vært arrangør eller medarrangør på 42 konferanser og seminarer.

Senteret tilstreber å få inn brukerperspektivet i alt sitt arbeid. Kunnskap om *recovery* som faglig tilnærming, har vært en sentral satsing i 2016. Senteret har arbeidet med å fremme en tilbakemeldingskultur i tjenestene ved bruk av KOR (Klient Og Resultatstyrt praksis), senere FIT (Feedback Informerte Tjenester). Nettstedet www.napha.no er en viktig kunnskapskanal for fagfeltet psykisk helsearbeid. Dette er ytterligere videreutviklet og bruken av nettstedet viser en økning fra 2015 til 2016.

Utover hovedsatsingsområdene, er NAPHA en sentral bidragsyter til god måloppnåelse på mer avgrensede oppgaver. Dette gjelder psykologers tjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, tiltaket Rask psykisk helsehjelp, arbeid og utdanning og psykisk helse, ACT- og FACT-team, Housing First, BrukerPlan, KOSTRA, KS læringsnettverk og psykisk helse i folkehelsearbeidet. Senteret utarbeidet blant annet fagheftet: «Psykolog i kommunen – en medspiller» i 2016.

4.2.13 PRO-senteret

Midler til PRO- senteret er del av en større tilskuddsordning sammen med flere andre tjenestetiltak for prostituerte og ofre for menneskehandel. Det gis tilskudd til et helse- og omsorgstjenestetilbud til brukerne av senteret, ikke til kompetansefunksjonen.

Resultater i 2016

PRO Sentret i Oslo mottok tilskudd over tilskuddsordningen *Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel*. Ordningen har som mål å styrke oppfølgingen av og tjenestetilbudet til personer som er i fengsels- og prostitusjonstiltak, herunder ofre og mulige ofre for menneskehandel. PRO Sentret er et av seks tiltak som mottar tilskudd over ordningen. PRO Sentret vurderer at de lykkes med å gi et brukernært og tilpasset tilbud til sårbare og vanskeligstilte mennesker som tjenestene ellers kan ha vansker med å nå. Tiltaket besitter høy kompetanse om målgruppene og deres behov.

4.2.14 Regionale kunnskapssentre for barn og unge og regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Tiltakets tittel er *Regionale kunnskapssentre for barn og unge (RKBU Nord, RKBU Vest, RKBU Midt)/ Rammetilskudd til regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RKBU/RBUP)*. Sentrenes overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i alle tjenester som arbeider med barn og unges psykiske helse, inkludert barnevern. De skal både være en tjeneste for tjenestene og for den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Sentrene har iverksatt arenaovergripende tiltak der de når flere av tjenestene samtidig.

Overordnede formålet med tilskudd til RKBU Nord, Midt- Norge og Vest og RBUP Øst og Sør er å bidra til økt kvalitet på tjenestene i kommune og spesialisthelsetjeneste innen alle sentrale områder i arbeidet med barn og unges psykiske helse og barnevern. For å nå sin målsetting skal RKBU/ RBUP bl.a. bidra til å utvikle praksisrelevant, tverrfaglig og evidensbasert kunnskap innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, og å bidra til å øke rekruttering av personell til psykisk helsevern i helseforetak og psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene og andre fagfelt.

Tre av regionsentre for barn og unges psykiske helse (RBUP) er i 2017 fusjonert med barnevernets utviklingssenter (BUS) og blitt Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) psykisk helse og barnevern i hhv. Midt - Norge, Vest og Nord. Kun RBUP Øst og Sør gjenstår som ett senter med betegnelser BUP.

Resultater i 2016

Forskningsprosjekter, kurs og studieemner utvikles i dialog med tjenestene basert på regionale behov. Sentrene etterstreber i sin aktivitet innen tjenestestøtte, forskning, utvikling og formidling, konkret involvering av brukerne og en reell integrering av de helse og sosialfaglige perspektivene. Dette gjenspeiles i hvordan sentrene møter tjenestene og hvordan de organiserer seg internt, gjennom å innrette virksomheten etter tjenestenivå, samt sikre relevant kompetanse fra praksis ved rekruttering. Ved enkelte sentre er det etablert inntaksteam for henvendelser og oppdrag som gjelder tjenestestøtte, gjennom dette systematiseres mottak av henvendelser og raskt kontakt med tjenestene om oppdraget. Sentrene bruker tid og ressurser på å opprette god ledelsesforankring. I møte med tjenesteledere lærer de mer om den enkelte kommunes behov og kan tilrettelegge for god tjenestestøtte. Tiltaksutvikling og kvalitetssikring skjer i tett samarbeid med tjenestene, gjennom aktivt deltakelse ute i tjeneste skapes en gjensidig prosess der sentrene og tjenestene sammen kan identifisere praksisrelevante forskningsbehov.

Sentrene har gjennom 2016 arbeidet for å bli mer synlig og har gjennom dette erfart økt etterspørsel fra tjenestene mht. kompetansehevende tiltak, opplæring og kurs, samt evaluering av tiltak rettet mot barn og unge.

4.2.15 Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Formålet med de regionale ressursentrene er å bidra til bedre og mer helhetlige tjenester og styrke den regionale kompetansen på vold- og traumefeltet, inkludert selvmordsforebyggende arbeid. Sentrenes skal arbeide for bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer i regionen.

Målet med tilskuddsordningen er å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke kompetansen for å bedre tjenestene til målgruppen, volds- og traumerammede. Dette innebærer for eksempel personer som har vært utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, personer som har vært utsatt for eller vært vitne til vold i nære relasjoner og traumatiserte flyktninger. Videre er målsettingen å utvikle kompetanse om voldsutøvere og overgripere og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid.

Sentrene skal være en tjeneste for tjenestene, og bl.a. sikre tjeneste- og brukermesvirkning og samarbeid og samordning med andre kompetansesentre i regionen. Fra 2014 har RVTsene også hatt ansvar for å øke

kompetansen i helsesektoren om radikaliserings og voldelig ekstremisme.

Resultater 2016

De fem RVTs har i 2016 jobbet bredt og på ulike måter med kompetanseheving i tjenestene. Eksempelvis har RVT Øst har hatt til sammen 32 183 deltakere på sine aktiviteter, og omlag 74 % av disse var fra kommunalt nivå.

For å understøtte kompetanseutvikling som resulterer i kvalitetsforbedring og endring av praksis har sentrene jobbet med langsgående kompetansehevingstilbud som inkluderer implementeringsstøtte. I dette inngår støtte til behovskartlegging, lederforankring, undervisning over tid, opplæring av lokale ressurspersoner og oppfølgings- og veiledningstilbud.

Sentrene har utviklet og nyttet nettbaserte verktøy og virkemidler for å understøtte kompetanseutviklingen og øke tilgjengeligheten. RVTs har bidratt til utvikling av f.eks. «veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord» i regi av Helsedirektoratet.

RVT Øst har i 2016 lansert læringsportalen www.psykososialberedskap.no som dekker områdene kriser, katastrofer, militært innsatspersonell, tjeneste i katastrofeområder og terror. Portalen har et helsefremmende perspektiv, og bygger på kunnskapsbaserte og forebyggende intervensjoner. Appen/selvhjelpsverktøyet SMART (StressMestringsAktiviteter for RobusthetsTrening) inngår som et viktig element i portalen.

4.2.16 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

NKVTS skal arbeide for økt kunnskapsgrunnlag og styrket kompetanse om mennesker som har vært utsatt for vold og traumatisk stress. Målet er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på vold- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Videre er målet også å bidra til internasjonalt samarbeid på feltet. Målgruppen er mennesker som har vært utsatt for vold og traumatisk stress.

NKVTS AS ble opprettet i 2004 av Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet og Forsvarsdepartementet. Senteret har som oppgave å styrke forskning, utviklingsarbeid, undervisning, kompetanseoppbygging, formidling og råd og veiledning. Senteret skal dekke følgende områder: flyktningehelse- og tvungen migrasjon, vold, familievold og seksuelle overgrep, barn- og ungdom, samt stressmestring og kollektive belastningssituasjoner. Virksomheten skal ha et tverrfaglig- og interdisiplinært perspektiv og omfatte både biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og rettslige forhold. Forskingen skal ha et internasjonalt akademisk nivå og være internasjonalt orientert. Senteret skal legge vekt på brukerperspektivet, etnisitet- og aldersdimensjonens betydning og særlig fremme forståelsen av og kunnskap om kjønnsdimensjonen innen feltet.

Senteret er etablert som datterselskap av UNIRAND AS og er et frittstående og faglig uavhengig senter.

Resultater i 2016

Totalt hadde NKVTS i 2016 hele 50 pågående forsknings- og utviklingsprosjekter fordelt på de fire områdene

1) vold og overgrep, 2) katastrofer, terror og stressmestring, 3) tvungen migrasjon og flyktninghelse og 4) behandlingsforskning.

Det ble publisert 73 fagfellevurderte forskningsartikler i vitenskapelige tidsskrift/bidrag i antologier signert en eller flere forskere ved NKVTS. Antologien «*Barn, vold og traumer - Møter med unge i utsatte livssituasjoner*» ble utgitt av senteret. I tillegg publiserte NKVTS ti rapporter i egen rapportserie, i all hovedsak knyttet til tiltak i regjeringens planer på området.

Senteret har blant annet samarbeidet med RVTsene om spredning av elektronisk håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling. Senteret hadde i 2016 sampublikasjoner med følgende norske aktører: UiO (41), RBUP Øst og Sør (17), OUS (7), UiT (5), UiB (3) AHUS (3), Sykehuset i Vestfold (3), FHI (2), Lovisenberg Diakonale Sykehus (2) og Høgskolen Innlandet (2)).

Senteret har også jobbet med spredning av forskningsbasert kunnskap som er nyttig for praksisfeltet, herunder kommunalt nivå, gjennom nyhetsbrev, på forskning.no, egne nettsider, sosiale medier og gjennom egne arrangementer. Antall treff, deltakere o.l. er økende eller på høyde med tidligere år. Mot slutten av 2016 startet NKVTS med live-overføring på nett. Kommunalt nivå kan blant annet hente kunnskap om omfang, risikofaktorer, konsekvenser av utsatthet mv. gjennom senterets omfangsundersøkelser. Videre har eksempelvis utvidelse av «Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling» i 2016 bidratt til at forskningsbasert kunnskap er gjort tilgjengelig for praksisfeltet.

NKVTS har videreført samarbeidet med Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging og Senter for rus- og avhengighetsforskning om masterprogrammet «Psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer». Masterprogrammet står for den største andelen undervisning ved NKVTS i 2016. Siden oppstart av masterprogrammet i 2009 har 45 studenter fullført mastergrad i studieretning vold og traumatisk stress. I 2016 ferdigstilte 17 studenter sine masteroppgaver. I tillegg har ni doktorgradsstudenter fått veiledning ved NKVTS.

4.2.17 Nasjonalt senter for selvmordsforebygging (NSSF)

NSSF sitt formål er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere omfang av selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd og selvskading. NSSF sine primæroppgaver er kunnskaps- og kompetanseutvikling gjennom forskning, undervisning, utviklingsarbeid, veiledning, formidling- og informasjonsvirksomhet. Kjerneoppgaver er utvikling av ny kunnskap, kompetanseutvikling i tjenesteapparatet og formidling av forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap.

Resultater i 2016

NSSF har med sin forskning som hovedmål å fremskaffe ny kunnskap om suicidal atferd og selvskading med og uten dødelig utgang, og om faktorer, forhold og/eller tilstander som kan føre til høy risiko for slik atferd. NSSF har organisert sin forskningsvirksomhet i to grupper – én med hovedfokus på kliniske studier og én med hovedfokus på epidemiologiske studier. De har et bredt samarbeid om forskning både nasjonalt og internasjonalt. Flere av forskningsprosjektene finansieres av eksterne aktører.

NSSF har som mål å bidra til å heve kompetansen i tjenesteapparatet. NSSF tilbyr utdanningsprogram og kurs både for klinikere og andre tjenesteytere. I tillegg bidrar de i andres utdanningsprogram med undervisning og/eller rådgivning i valg av litteratur. De formidler forskningsresultater, kunnskapsoppsummeringer og faktaopplysninger på eget nettsted, i fagtidsskrift og i media.

NSSF har i 2016 gjennomført undervisningstiltak som Dialektisk atferdsterapi (DBT-utdanning), behandling av komplisert sorg (Complicated Grief Treatment) og masterprogram innen både psykososialt arbeid, selvmord, rus, vold og traume. Arbeidet med kvalitetsforbedring av utdanningsprogrammet i DBT hadde høy prioritet i 2016. Programmet tilbyr både introduksjonskurs, intensiv utdanning, og kurs for viderekomne. Norsk klinisk evalueringsnettverk for Dialektisk atferdsterapi har som mål å bidra til at DBT brukes med vedvarende god kvalitet over tid i kliniske enheter rundt omkring i landet. E-læringskurset i selvmordsrisikovurdering ble publisert i begynnelsen av 2016. I gjennomsnitt har 90 personer gjennomført kurset per måned. Ved årsskiftet 2016/2017 var det registrert 1000 brukere av kurset.

NSSF har som mål å formidle resultatene av ny forskning og etablert kunnskap; det gjelder både forskning fra egne forskningsprosjekter og resultater fra andre forskningsmiljøer både nasjonalt og internasjonalt. De satser på formidling via nettet, fagtidsskrifter, konferanser, åpne møter og i massemedia. Senterets nettside www.selv mord.no har blitt betydelig oppgradert i 2016.

Av konkrete tiltak i Handlingsplanen er det i 2016 arbeidet særskilt med:

- Tiltak 29 - Etablering av Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kartleggingssystemet er klart til å starte opp så snart alle tillatelser foreligger.
- Tiltak 14 Implementering av EAAD flernivå intervensjon. Målet for prosjektet er å styrke omsorgen for mennesker som lider av depresjon og å redusere risikoen for selvmord og annen suicidal atferd blant personer som ikke er identifisert som brukere av spesialiserte helsetjenester.
- Tiltak 23 «Utvikle og implementere kompetansehevende tiltak i kommunale tjenester» i tilknytning til e-læringsprogrammet.
- Tiltak 18 – «Støtte utvikling av samarbeidsprosjekter om sorg mellom bruker og kompetansemiljøer – CGT-utdanningen
- Tiltak 9 i Handlingsplanen – Utarbeide og implementere pilotprosjekt rettet mot risikoutsatte grupper Barn under barnevernet er en risikoutsatt gruppe. NSSF har søkt å kartlegge interessen og behovet for ferdighetsopplæring i barnevern rus og psykisk helse og å kartlegge eksisterende BUFETAT-intervensjoner rettet mot selvskading- og selvmordsproblematikk.

4.3 Legge til rette for teamorganisering av tjenester

Primærhelseteam

Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle og å gjennomføre en pilot med primærhelseteam i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet er blant annet å få bedre oppfølging og økt legetjenester til brukere med store og sammensatte behov, bedre oppfølging av brukere med kronisk sykdom, bærekraft med riktig bruk av personellressurser og bedre samhandling

mellom legetjenesten og primærhelseteamet og den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Målgruppen er alle pasienter på fastlegenes liste som teamets omfatter. Teamet skal forankres ved fastlegekontor og arbeider i henhold til fastlegeforskriften. Teamet består av allmennlege, sykepleier og helsesekretær, og ledes av lege. Det skal piloteres to ulike finansieringsmodeller, driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Piloten skal gjennomføres i 6 kommuner. Piloteringen er planlagt med en varighet på tre år. Ordningen med primærhelseteam skal evalueres.

I november 2016 ble det levert en foreløpig skisse til Helse- og omsorgsdepartementet med anbefaling om forsøkets innretning, mulige finansieringsmodeller, forholdet til regelverk samt økonomiske og administrative konsekvenser. Denne har blitt videreutviklet i 2017, og det er kunngjort en forsøksordning med oppstart våren 2018. Formålet med forsøket er å få mer erfaring med effekten for brukere og tjenesteytere av å organisere tjenestetilbudet i et primærhelseteam.

Organiseringen i primærhelseteam er ment å løse flere utfordringer knyttet til dagens fastlegeordning/kommunale tjenestetilbud. Teamet skal gi bedre oppfølging og mer legetjenester til brukere med store og sammensatte behov. Dette omfatter:

- Brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet
- Brukere med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse
- Brukere som i medisinen omtales som "skrøpelig eldre"
- Bedre oppfølging av brukere med kronisk sykdom
- Bedre oppfølging av "dårlig etterspørre" av tjenester
- Bærekraft (riktigere bruk av personellressursene, færre henvisninger og innleggelser)
- Bedre samhandling mellom legetjenesten/teamet og den øvrige helse- og omsorgstjenesten

I oppdragsbrevet er det beskrevet at sykepleiere i en fastlegepraksis kan utføre et bredt sett av oppgaver, men at det i første omgang er mest å hente i oppfølgingen av brukere med store og sammensatte behov. En sykepleierressurs kan her bidra til å heve kvaliteten i oppfølgingen gjennom blant annet å holde oversikt over oppfølgingsbehov, bidra i opplæring av pasient og pårørende, legemiddelavstemning og gjennomføre sykebesøk, enten sammen med fastlegen eller alene.

Resultater i 2016

Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til mulig modell for et forsøk og et forslag til hvordan forsøket kan gjennomføres. Regelverket for forsøket skulle ta utgangspunkt i fastlegeforskriften.

Det ble utarbeidet utkast til to alternative modeller for finansiering av primærhelseteam, omfang av forsøket, IKT-løsninger og evaluering. En overordnet skisse for ulike modeller forelå for Helse- og omsorgsdepartementet 1. desember 2016.

Oppfølgingsteam

Helsedirektoratet fikk i desember 2016 et nytt oppdrag for å legge til rette for etablering av oppfølgingsteam for systematisk oppfølging av brukere med store og sammensatte behov der det bes om å utrede innretning og gjennomføring av en pilot for oppfølgingsteam for pasienter/brukere med stor risiko

for fremtidig sykehusinnleggelse.

Vurdering

Arbeidet ble igangsatt vinteren 2017. Helsedirektoratet leverte 1. mai 2017 en skisse med beskrivelse av innretning og gjennomføring av en pilot for oppfølgingsteam for brukere med stor risiko for framtidig sykehusinnleggelse.

4.4/3.14 Styrking og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det vises til rapporteringen under tiltak 3.14.

4.5/5.3 Læringsnettverk for gode pasientforløp

Tiltaket er forankret hos KS i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og flere.

4.6 Kompetansetiltak til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

Formålet med tiltaket er å identifisere og prøve ut kommersielt tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger, slik at barn og unge med nedsatt funksjonsevne enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter og at foreldre lettere kan kombinere arbeid med omsorgen for barna. Aktivitetene skal støtte opp under den enkeltes habilitering- og rehabiliteringsprosesser og bidra til å bygge kompetanse i bruk av velferdsteknologiske løsninger blant barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Tiltaket har følgeforskning fra NSE.

Resultater i 2016

I 2016 fikk 5 kommuner tilskudd over ordningen. Tre av disse prøver ut ulike velferdsteknologiske løsninger til barn og unge med nedsatt funksjonsevne (Horten, Drammen, Risør), én utvikler en selvorganiserende plattform for deltakelse i tilrettelagte aktiviteter (Trondheim) og én ser etter teknologiske løsninger for å gjøre kommunens avlastningsbolig til et mer attraktivt sted å være (Sandnes).

Vurdering

Nasjonalt senter for e-helseforskning gjør en følgeevaluering/effektstudie av prosjektet. De har levert en kunnskapsoppsummering som viser at «[...] utprøving av velferdsteknologi til deltakelse og mestring av fritidsaktiviteter for barn og unge med funksjonsnedsettelse, fortsatt er et utforsket område. Det er derfor behov for videre kunnskapsutvikling basert på systematiserte, dokumenterte og evaluerte utprøvinger». De første resultatene fra utprøvingene kommer i mai 2017, men allerede gjennomførte intervjuer har avdekket gevinster for barna i form av mindre behov for assistent, økt frihet til å ferdes alene og mindre stigma knyttet til bruk av hjelpemidler som skiller de fra andre barn.

Strategi 5: Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning

Samlet vurdering

Det har i 2016 vært stor aktivitet i kommunene om kompetanseutvikling. Resultater fra bruken av kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd viser en økning i utdanning for ansatte innen helsefagarbeiderfaget på videregående skole, fagskoler, bachelorutdanninger, videre- og mastergrads-utdanninger. Høyere utdanningsnivå er et vesentlig virkemiddel for å forbedre praksis og skape faglig utvikling i tjenestene. Det har også vært en større bruk av kompetansemidler i kommunene til å utdanne flere ansatte til sosionomer og barnevernspedagoger enn tidligere. Økt tverrfaglighet, fagutvikling og kompetanse er særlig viktig med tanke på at en betydelig del av brukerne av kommunale omsorgstjenester har behov for omfattende bistand. Omtrent 55 prosent av tjenestemottakerne er anslått å være i kategorien middels til omfattende bistandsbehov.

Faglig bredde kan vurderes både gjennom variasjon av faggrupper i tjenesten og gjennom konkrete tiltak for å tilføre nye behandlings- og oppfølgingsmetoder. Musikkbasert opplæringsprogram er et eksempel på det siste. Oppstart av Mitt livs ABC høsten 2016 viser et lenge etterspurt opplæringstilbud til ansatte som arbeider med mennesker med utviklingshemming. Dette vil styrke et arbeidsfelt som over tid har vært preget av mange ansatte uten helse- og sosialfaglig bakgrunn.

Planlegging av tiltaket *Faglig dialog*, et tilbud for å styrke den faglige dialogen mellom leger i spesialist- og primærhelsetjenesten, startet høsten 2016. Effekten av tiltaket vil først kunne vurderes de kommende år.

5.1/4.1 Driftsmidler til Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester

Det vises til rapportering av tiltaket under tiltak 4.1.

5.2/4.2 Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Det vises til rapportering av tiltaket under punkt 4.2.

5.3/4.5 Læringsnettverk for gode pasientforløp

Tiltaket er forankret hos KS i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og flere.

5.4/3.17 Tilskudd til grunn-, videre- og etterutdanning av ansatte i omsorgstjenesten

Tiltaket inngår i kommunalt kompetanse og innovasjonstilskudd. Se mer under tiltak 5.4.

5.5 Tilskudd til kompetanseheving i tjenestene til personer med utviklingshemming

Formålet er å styrke kompetansen hos personell som yter helse- og omsorgstjenester til utviklingshemmede.

Resultater i 2016

Nasjonalt kompetansetiltak Mitt livs ABC skal ta utgangspunkt i modellen til Demensomsorgens ABC. Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse i oppdrag å utvikle opplæringsmateriell. Dette består av permer og hefter i papir, og en elektronisk versjon. Materiellet skal også inneholde filmer til bruk i refleksjonsgrupper. Perm 1 inneholder 10 hefter. Perm 2 inneholder også 10 hefter og skal ferdigstilles i løpet av 2017. Implementering av perm 2 starter opp i mai.

Opplæring i kommunene startet opp høsten 2016 med kommunene i Vest – Agder og implementeres fortløpende i kommuner i hele landet.

5.6/3.24 Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Viser til rapporteringa under tiltak 3.24.

5.7 Utrede endring av lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.

Tiltaket omfatter en utredning av den kommunale helse- og omsorgsloven m.m. slik at kommunene a) får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som speiler spesialisthelsetjenestenes veiledningsplikt over kommunen og b) en plikt til kompetansedeling innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Oppdraget ligger foreløpig i HOD.

5.8 Utvikle arenaer for kompetanseoverføringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten innenfor utvalgte tema

Tiltaket går nå under betegnelsen Faglig dialog og er omtalt under tiltak 2.2 *Utarbeide et konkret opplegg for gjennomføring av kollegagrupper i kommunene.*

5.9 Opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling for ansatte i helse- og omsorgstjenestene

Nord Universitet (tidligere Høgskolen i Nord-Trøndelag) fikk i 2015 i oppdrag å videreutvikle og spre

opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Samarbeidspartnere er Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse og Bergen Røde Kors Sykehjem. Opplæringsprogrammet omfatter ABC-kurs, samlingsbasert kurs, enkeltstående tilbud på bachelor- og mastergradsnivå samt fagdag for studenter som tar sykepleierutdanning og tverrfaglig videreutdanning på bachelornivå. Et mastergradsemne skal også utvikles.

Resultater i 2016

Studier viser at systematisk og integrert bruk av musikk og sang i miljøbehandling kan fungere mot uro og depresjon og redusere bruken av psykofarmaka. Opplæringsmateriell og nettsted for kurstilbudet er utviklet i 2016. ABC-kurs ble gjennomført av 88 personer fra sju kommuner i tre fylker i 2016. Samlingsbaserte kurs ble gjennomført av 121 ansatte i helse- og omsorgstjenestene fra 17 kommuner i seks fylker. Kursaktivitet gjennomføres i alle landets helseregioner. Det er også utviklet et fagskoletilbud. 165 sykepleierstudenter ved Nord Universitet deltok på fagdag om musikkbasert miljøbehandling og 22 personer deltok på universitetets videreutdanningsmodul i faget. Opplæringsprogrammet beskrives på nettstedet www.musikkbasertmiljobehandling.no.

Etter utviklingsarbeidet i 2015-2016 er målet framover god spredning geografisk og mellom ansatte med ansvar for ulike brukergrupper. Hittil har kun ansatte innen demensomsorg deltatt i opplæringen. Spredning er planlagt til ansatte som arbeider med mennesker med funksjonshemming og med psykisk helsearbeid og rusarbeid.

5.10 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg

Kompetansesenter for kultur, helse og omsorg er et avtalefestet partnerskap mellom HUNT forskningssenter, Levanger kommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Helse Nord-Trøndelag og Nord universitet. Senteret skal bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak; og videreutvikle samspill og ivareta en innovativ sammenheng mellom forskning, utdanning og praksis. Studier viser at systematisk og integrert bruk av musikk og sang i miljøbehandling kan fungere mot uro og depresjon og redusere bruken av psykofarmaka. Nord-Universitet har siden 2015 videreutviklet opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling (MMB) for ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Resultater i 2016

Det er initiert og publisert flere studier om temakomplekset i kompetansesenterets nettverk, de fleste om små grupper

Opplæringstilbudet Musikkbasert miljøbehandling (miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang): I 2016 er opplæringsmateriell og nettsted for kurstilbudet utviklet, og det er oppnådd god spredning. Kursaktivitet gjennomføres i alle landets helseregioner. Det er også utviklet et fagskoletilbud. Målet for 2017 er god spredning geografisk og mellom ansatte med ansvar for ulike brukergrupper, for eksempel mennesker med funksjonshemming, psykiske lidelser eller rusproblemer.

Vurdering

Studietilbudet om musikkbasert miljøbehandling er blitt en viktig del av kompetansesenterets virksomhet og bidrag til å løse senteret sitt samfunnsoppdrag. Det er få studier om folkehelseeffekter innen området. Behovet for flere studier om sammenheng mellom kulturell deltagelse, helse og bruk av tjenester er fremdeles stort.

Strategi 6: *Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsning på økt kompetanse for ledere*

Samlet vurdering

Det har i 2016 vært en stor aktivitet og interesse i kommunene for å delta i lederopplæring gjennom nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet samarbeider tett med KS om å tilby videreutdanning innen ledelse over hele landet gjennom nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Den store søkermassen til utdanningen er et signal om et behov for økt kompetanse i ledelse med bakgrunn i de store utfordringer som tjenestene står framfor i årene som kommer.

Kommunenes bruk av midler fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet som blir forvaltet av fylkesmennene, viser også at videreutdanning i ledelse er det kompetansetiltaket som er oftest satset på av kommunene.

6.1 Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten skal bidra til å styrke ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene til å gjennomføre nødvendig endringer og utvikling i tjenestene framover. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling.

Resultatrapport 2016

Helsedirektoratet inngikk våren 2015 avtale med Handelshøyskolen BI om gjennomføring av lederutdanningen. To pilotklasser avsluttet våren 2016. Tilbudet er deretter videreført i ordinær drift. Tiltaket inngår i Kompetanseløft 2020 og er forankret i den bilaterale avtalen mellom KS og regjeringen om utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Rambøll Management Consulting har fra 2015 hatt i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av lederutdanningen.

Det er stor interesse for studiet og langt flere søkere enn studieplasser. Ved opptak høsten 2016 var det 420 søkere til 162 studieplasser mot 270 søkere til 106 plasser året før. Våren 2016 ble studenter fra det første kullet uteksaminert. Disse var fordelt på en klasse i Oslo og en i Stavanger, vekselvis Bergen. Studentene er ledere innen alle tjenesteområder, men den største deltakelsen er ledere fra omsorgstjenesten og psykisk helse- og rusfeltet i kommunene. Gjennomsnittsalderen for studentene er 47 år med over ti års ledererfaring i gjennomsnitt.

Fra høsten 2016 startet to nye klasser i Oslo og en klasse i Trondheim, vekselvis Bergen. De fleste studentene er fra Østlandet (35 %), mens Midt-Norge og Vestlandet er godt representert med henholdsvis

27 % og 17 %.

Tabell 13 Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Søkertall og fullførte 2015 - 2016

	2015	2016
Antall studieplasser	108	162
Tall på søkere	270 til 2 klasser	420 til 3 klasser
Fullførte	101	Avsluttes våren 2017

Av studentkullet som startet høsten 2015 og avsluttet våren 2016 fullførte over 93,5 % av studentene.

Vurdering

Underveisevalueringen fra Rambøll viser at deltakerne er svært godt fornøyde med utdanningen, både på tvers av utdanningssteder og profesjoner. Utdanningen har gitt stort læringsutbytte, særlig på innovasjon og utvikling, men har også styrket den enkeltes trygghet i lederrollen. Evalueringen peker på at andre suksesskriterier for utdanningen kan være at utdanningen er praksisnær, kortvarig, kan gjennomføres ved siden av en fulltidsstilling som leder og at studieavgiften er statlig finansiert. Helsedirektoratet vurderer at utdanningstilbudet treffer svært godt behovet for lederkunnskap i tjenestene.

6.2 Kommunal deltakelse i topplederprogrammet

Tiltaket er forankret hos KS og Nasjonal ledelsesutvikling for helseforetak, Helse Sør-Øst RHF.

6.3 Utarbeide veileder for kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale

Oppdraget ligger foreløpig i HOD.

3. STATISTIKK OVER PERSONELL- OG KOMPETANSESITUASJONEN

I dette kapittelet presenteres årsverksdata for hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg blir data for mottakere av omsorgstjenester presentert. Til slutt vises utdanningsdata for helsepersonell. SSB innhenter årlig personelldata gjennom informasjonssystemet KOSTRA (kommune-stat-rapportering). Presentasjonen under baserer seg på data fra SSB.

3.1 Samlet årsverksutvikling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene

Norske kommuner organiserer tjenestene sine ulikt. Det skaper problemer når man skal presentere en samlet statistikk for alle kommuner. Særlig skaper dette vansker for å utarbeide statistikk over psykisk helsearbeid og rustjenester i kommunene. Helsedirektoratet har derfor gitt SINTEF i oppdrag å foreta en egen innsamling av årsverksdata for psykisk helse- og rusarbeid. Dette medfører at noen områder blir presentert separat.

Årsverk er definert som summen av avtalte heltidsstillinger der deltidsstillinger er omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarbruk er ikke trukket fra.

Det var en samlet økning på 3 150 årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fra 2015 til 2016. Dette tilsvarer en endring på 2,1 prosent. Alle tjenesteområdene i tabell 14 øker fra 2015 til 2016. Dette omfatter årsverk i omsorgstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kommunal legetjeneste med både private og fastlønnede lege, og tilsvarende for fysioterapitjenesten.

Tabell 14 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene⁵

	2015	2016	2015-16
Årsverk i omsorgstjenestene	135 433	137 950	1,9 %
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten*	4 086	4 475	9,5 %
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	5 457	5 585	2,3 %
Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten	4 690	4 806	2,4 %
Sum	149 666	152 816	2,1 %

Kilde: SSB

*Ekskludert leger og fysioterapeuter

Omsorgstjenestene omfatter både hjemmebaserte tjenester og tjenester i institusjoner og sykehjem. Dette er det klart største tjenesteområde i kommunale helse- og omsorgstjenester og står for den største økningen i reelle tall fra 2015 til 2016 med hele 2 517 årsverk, tilsvarende 1,9 prosent.

Det har vært en stor økning i antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2015 til 2016. Økningen har vært på 389 årsverk eller om lag 10 prosent. Da er ikke lege- og fysioterapeutårsverk

⁵ Data for omsorgstjenestene og helsestasjon- og skolehelsetjenesten er hentet fra register, mens tall for legeårsverk og fysioterapeutårsverk hentes fra spørreskjema.

inkludert. For å se hele denne tjenesten samlet, se avsnitt 3.5.

Legeårsverkene i kommunehelsetjenesten har økt med 128 årsverk fra 2015 til 2016. Dette er en vekst på 2,3 prosent. Dette er nærmere beskrevet i avsnitt 3.6.

Økningen i fysioterapeutårsverk i de kommunale tjenestene var omtrent like stor som for legene. Fra 2015 til 2016 økte årsverkene med 2,4 prosent tilsvarende 116 årsverk. For mer om årsverksutviklingen i fysioterapitjenesten, se avsnitt 3.7.

3.2 Årsverk i omsorgstjenesten

Kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenestene med over 9 000 årsverk fra 2011 til 2016. Dette er en vekst på 7 prosent. Den største prosentvise veksten har vært for leger i institusjon som har hatt en økning på om lag 38 prosent fra 2011 til 2016. Leger i institusjon er ansatt ved sykehjem eller andre kommunale institusjoner. Dette omfatter bl.a. avdelinger med øyeblikkelig hjelp døgnplasser.

Selv om veksten i omsorgstjenestene økte mye fra 2015 til 2016, har også antall mottakere av omsorgstjenester økt. Dette gjør at årsverk per mottaker i 2016 er likt som de to foregående årene. Det har vært en økning av årsverk for mottakere over 80 år. Mottakere er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og mottakere av praktisk bistand i hjemmet.

En viktig faktor som påvirker det reelle antallet årsverk som arbeider i omsorgstjenestene er sykefraværet. Andelen legemeldt sykefravær av årsverk totalt var 9,1 prosent for både 2015 og 2016 for ansatte i omsorgstjenestene. Til sammenligning viser tall fra SSB at sykefraværet for alle sysselsatte i 2. kvartal 2017 var 5,4 prosent, mens det var 7,6 prosent for sysselsatte innen helse- og sosialnæringer.

Tabell 15 Personellutviklingen i omsorgstjenesten

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Årsverk i alt	128 902	131 180	132 694	134 324	135 433	137 950
Årsverk av leger i institusjon	427	472	502	533	570	590
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon	389	410	432	439	454	474
Årsverk per mottaker	0,59	0,6	0,6	0,61	0,61	0,61
Årsverk per 1 000 innbyggere 80 år og over	582	592	601	609	619	624
Andel legemeldt sykefravær av årsverk totalt	8,5	8,9	8,5	8,7	9,1	9,1

Kilde: SSB

Tabell 16 viser endring i årsverk fra 2015 til 2016 for ulike faggrupper som arbeider i omsorgstjenestene. Det har vært en økning for de fleste yrkesgruppene. Økningen i sykepleierårsverk har vært spesielt stor på hele 818 årsverk fra 2015 til 2016, eller 2,8 prosent. 310 av disse er årsverk som blir utført av sykepleiere med videreutdanning. Dette bekrefter trenden at flere med høyere utdanning blir ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Den største yrkesgruppen i omsorgstjenestene er helsefagarbeidergruppen. Denne yrkesgruppen har økt med 2 prosent det siste året, noe som tilsvarer om lag 900 årsverk. Utdanningstallene, som kommer til slutt i kapittelet, viser at det er færre som utdannes til helsefagarbeideryrket i dag enn det var før år 2010. I tillegg er om lag 35 prosent av de sysselsatte i denne gruppen 55 år eller eldre. Det er viktig å følge med på denne yrkesgruppen framover. Tabell 16 viser også en vekst i de sosialfaglige yrkesgruppene.

Tabell 16 Årsverk fordelt på yrkesgrupper i omsorgstjenestene

Yrkesgrupper	2015	2016	Prosentvis endring
Sykepleier med spesialutdanning /videreutdanning	6 455	6 765	4,8 %
Sykepleier uten spesialutdanning /videreutdanning	22 888	23 396	2,2 %
Vernepleier	7 673	7 961	3,8 %
Helsefagarbeider*	46 347	47 276	2,0 %
Ergoterapeut	1 029	1 077	4,7 %
Sosionom	1 397	1 475	5,6 %
Barnevernspedagog	928	960	3,4 %
Miljøterapeut	1 347	1 512	12,2 %
Aktivitør	1 250	1 219	-2,5 %
Barne- og ungdomsarbeider	1 079	1 166	8,1 %
Pleieassistent/ hjemmehjelp, m/helseutdanning	6 245	6 384	2,2 %
Pleieassistent/ hjemmehjelp uten helseutdanning	31 269	31 291	-0,1 %
Servicepersonell ⁶	1 766	2 999	69,8 %
Administrativt personell	1 319	1 266	-4,0 %
Uspesifisert, annet	4 443	3 204	-27,9 %
Totalt	135 433	137 950	1,9 %

Kilde: SSB

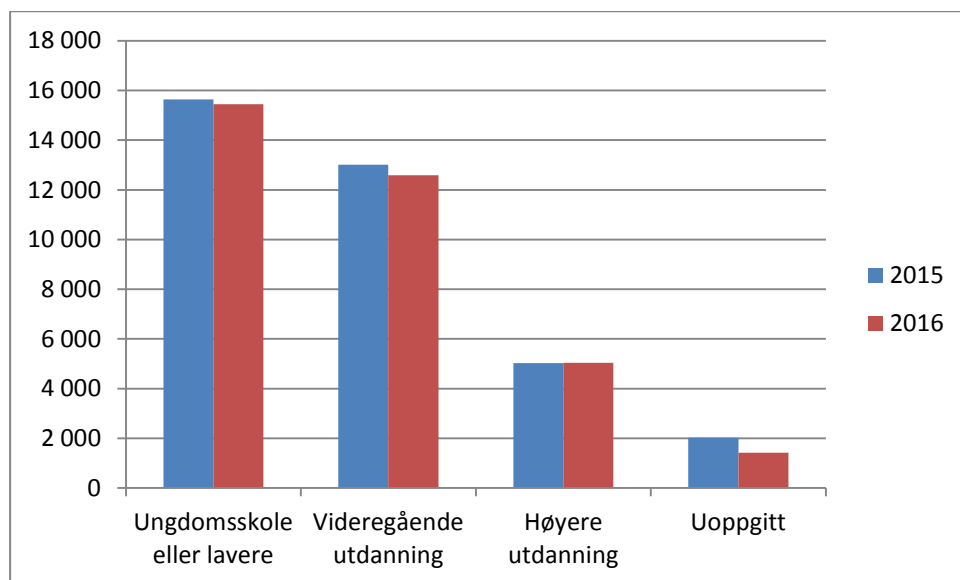
* Inneholder også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

En relativt stor andel av de ansatte i omsorgstjenestene har ingen helse- eller sosialfaglig utdanning. Mange av disse jobber likevel brukerrettet innen omsorgstjenestene. Dette gjelder to kategorier fra tabell 16: «pleieassistent/hjemmehjelp uten helseutdanning» og «uspesifisert, annet». Figur 1 viser hvilket utdanningsnivå personellet fra disse to gruppene har. Litt under halvparten av de uten helse- og sosialfaglig utdanning hadde ikke fullført videregående opplæring i 2016. Om lag 5 000 årsverk ble utført av personell

⁶ Økningen i årsverkstallene for servicepersonell er svært stor og på nesten 70 prosent. Samtidig viser oversikten tilsvarende nedgang for antall årsverk i samlekategorien «uspesifisert, annet» for 2016. Dette kan tyde på at det har vært en omfordeling av årsverk fra «uspesifisert, annet» til servicepersonell og ikke reelle endringer i antall årsverk.

med utdanning fra universitets- eller høgskolenivå.

Figur 1 Utdanningsnivå for ansatte uten helse- eller sosialfagutdanning i omsorgstjenestene

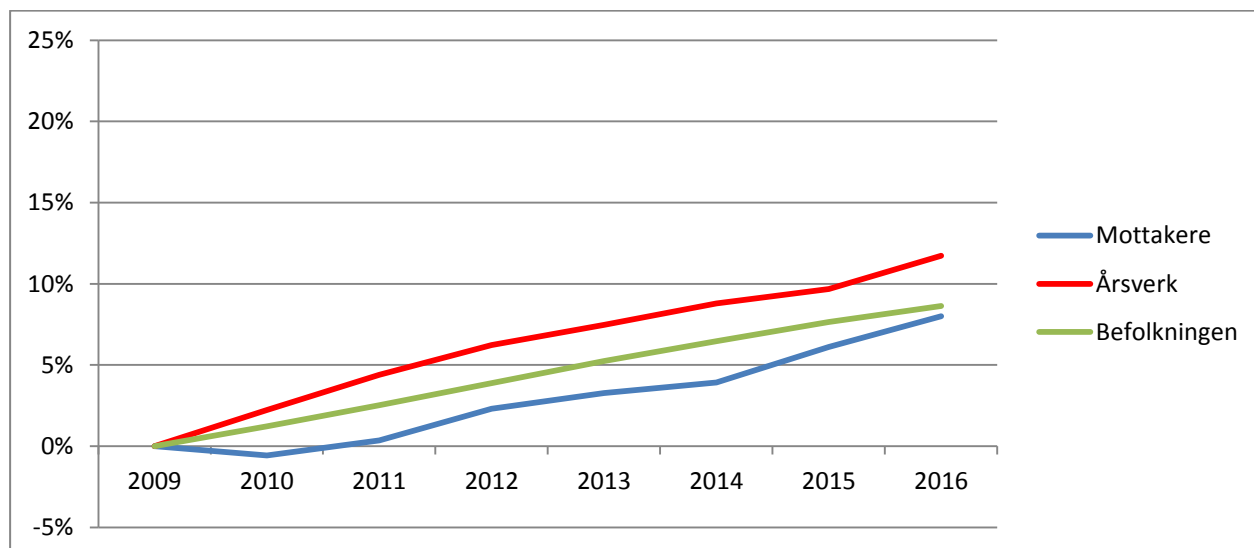


Kilde: SSB

3.3 Mottakere av omsorgstjenester

Figur 2 viser utviklingen i prosent for årsverk og mottakere innen omsorgstjenestene og befolkningsutviklingen i Norge fra 2009 til 2016.

Figur 2 Mottakere, årsverk og befolkningen



Kilde: IPLOS, SSB

Den prosentvise utviklingen for årsverk har vært høyere enn den tilsvarende for mottakere av tjenester. Gjennom perioden fra 2009 til 2016 har årsverk økt med 12 prosent, mens mottakere har økt med 8 prosent. Befolkningsutviklingen har vært jevn gjennom hele perioden og er inkludert i grafen som en

referanse til økningen i mottakere og årsverk. Selv om årsverkene har økt prosentvis mer enn mottakerne, må vi ta hensyn til mottakernes behov for hjelp, såkalt pleietyngde, for å kunne si noe om tjenestene har styrket seg. Denne figuren viser ikke om de nye mottakerne av pleie- og omsorgstjenester har stort eller lite bistandsbehov. Dette blir diskutert under tabell 17.

Levealderen har vært økende og vil sannsynligvis fortsatt øke i årene som kommer⁷. Fra 2012 til 2016 har antallet innbyggere over 67 år økt med nesten 14 %. Denne utviklingen skjer samtidig som antall barnefødsler går ned. Det betyr at andelen eldre i befolkningen blir større og behovet for helsehjelp sannsynligvis vil øke.

Det er imidlertid knyttet usikkerhet til hvilke konkrete behov de eldre vil ha for helsehjelp, om de vil ha flere år enn nå med behov for helsehjelp, eller om behovet for hjelp vil forskyves i takt med økende alder, såkalt «utsatt sykkelighet». Hvis vi lever lenger og samtidig beholder helsen lenger, vil dette kunne redusere betydningen av en aldrende befolknings behov for helsehjelp og dermed for helseutgiftene. Helseutgiftene stiger med alderen, men synker for de aller eldste. Det er altså ikke aldring som er den viktigste driveren for økende helseutgifter, men hvorvidt de eldre lever lenge, og om de har god helse eller ikke når de lever lenger.

I 2016 var 39 % av mottakerne av kommunale omsorgstjenester under pensjonsalderen (67 år). Hver fjerde mottaker var under 50 år, og 1 av 20 mottakere var under 18 år (SSB). Registrering i individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) viser at det er manglende ivaretagelse av egen helsetilstand som er den viktigste grunnen til at pasienter får omsorgstjenester⁸. Stadig større pasientgrupper har omfattende behov for bistand. Tabell 17 viser at det er en økning av pasienter med middels til stort og omfattende bistandsbehov. Denne brukergruppen kjennetegnes ofte med å ha sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander, og dermed behov for omfattende tjenester fra flere deler av hjelpeapparatet.

Tabell 17 Mottakere av helse- og omsorgstjenester per 31.12. Alder og bistandsbehov.

	Antall mottakere pr 31.12	I alt %	Noe/ - avgrenset bistandsbehov	Middels til stor bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
2009	266 409	100	38	29	20	12
2016	278 161	100	37	34	23	6
Fordeling aldersgrupper 2016						
Under 18 år	14 462	100	21	35	29	15
18 -49 år	56 932	100	39	36	17	8
50 – 66 år	38 598	100	40	34	19	7
67 -79 år	51 978	100	38	33	23	7
80 -89 år	78 200	100	39	33	24	4

⁷ Syse, A, S, Pham, Dinh, Q. & Keilman, N, «Befolkningsframskrivninger 2016 -2100: Dødlighet og levealder», Økonomiske analyser 3/2016 <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivninger-2016-2100-dodelighet-og-levealder>

⁸ Mørk, E, Beyrer, S, Haugstveit, F, V, Sundby; B, Karlsen, H & Wettergreen, J, «Kommunale helse – og omsorgstjenester 2016, Statistikk om tjenester og tjenestemottaker», Rapporter 16/2017, <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016?fane=om#content>

90 år og eldre	37 990	100	29	36	34	2
-----------------------	--------	-----	----	----	----	---

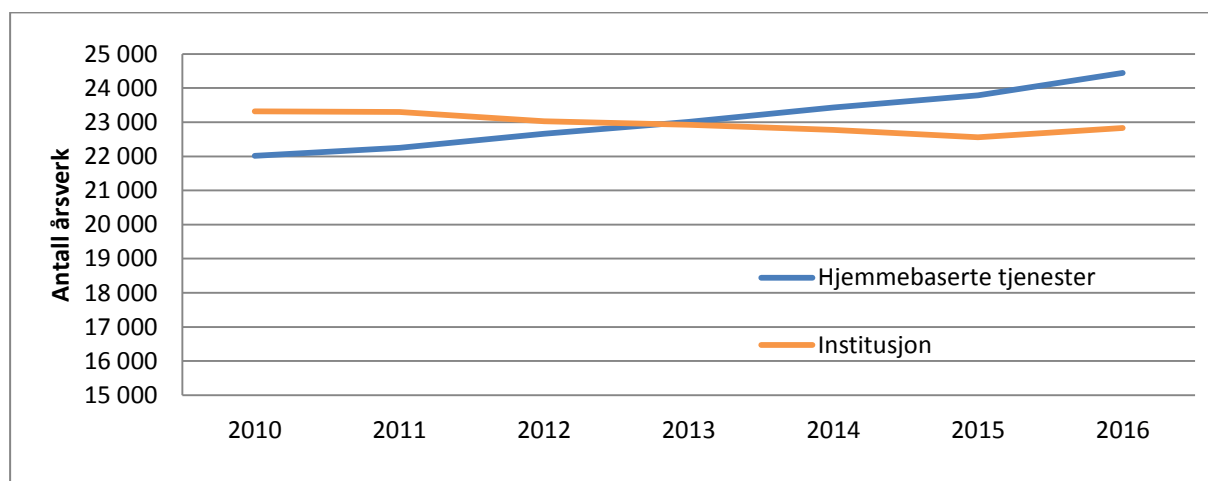
Kilde: IPLOS-rapporten 2016

Det er et mål at institusjonsplassering for yngre brukere bør unngås. Mottakere i arbeidsfør alder kan trenge ekstra hjelp til utdanning, arbeid, selvstendig bolig og sosialt liv. Dette krever mye av de kommunale tjenestene⁹. Flere yngre mottakere i omsorgstjenestene gir behov for økt bemanning. De yngre mottakerne har i større grad store og sammensatte behov som krever tverrfaglighet og evner til å løse oppgaver i team. Dette har konsekvenser ikke bare for behovet for flere sysselsatte, men det stiller også krav til høyere kompetanse hos de ansatte i hjemmetjenesten. En ny undersøkelse fra NOVA viser at pårørende til personer som får helsetjenester i hjemmet opplever oftere utilstrekkelig faglig oppfølging enn pårørende til sykehjemsbeboere¹⁰.

3.4 Årsverk i hjemmebaserte og institusjonsbaserte omsorgstjenester

Figurene 3, 4 og 5 viser antall brukerrettede årsverk fordelt på hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester (sykehjem, heldøgns bemannede boliger for ulike brukergrupper) for helsefagarbeidergruppen (figur 3), sykepleiergruppen (figur 4) og for ufaglærte (figur 5)¹¹.

Figur 3 Helsefagarbeidere i hjemmebaserte tjenester og på institusjon



Kilde: SSB

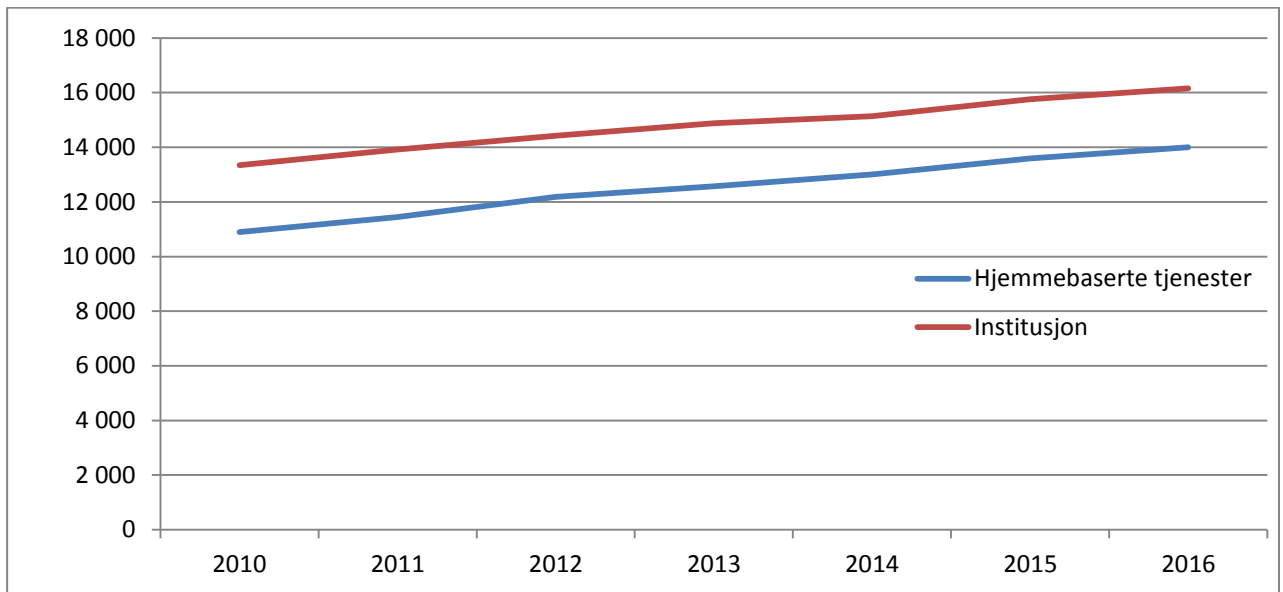
Samlet antall årsverk helsefagarbeidere har økt med nærmere 2 000 i perioden 2010 til 2016 der det nå arbeider om lag 47 300 i omsorgstjenestene. Fordelingen av årsverksinnsatsen til helsefagarbeidergruppen har endret seg de siste årene. I 2010 var de fleste utførte årsverkene tilknyttet institusjonsbaserte tjenester som bl.a. sykehjem. Fra 2014 var det flere årsverk som ble utført i hjemmebaserte tjenester enn i institusjon. Det ble utført 1 616 flere årsverk i hjemmebaserte tjenester enn i institusjon i 2016.

⁹ Berit Otnes. Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013 <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-foreloepige/attachment/231177?ts=14df671b688>

¹⁰ Ugreninov, e et al.: Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2017/Konsekvenser-av-sykepleiermangel-i-kommunene-fra-et-pasient-og-paaroerendeperspektiv>

¹¹ Det er verdt å merke seg at omleggingen av SSBs datainnsamling kan ha noe å si for utviklingen i overgangen mellom 2014 og 2015, men det ser ikke ut til å ha store utslag i figurene 3-5.

Figur 4 Sykepleiere i hjemmebaserte tjenester og institusjon



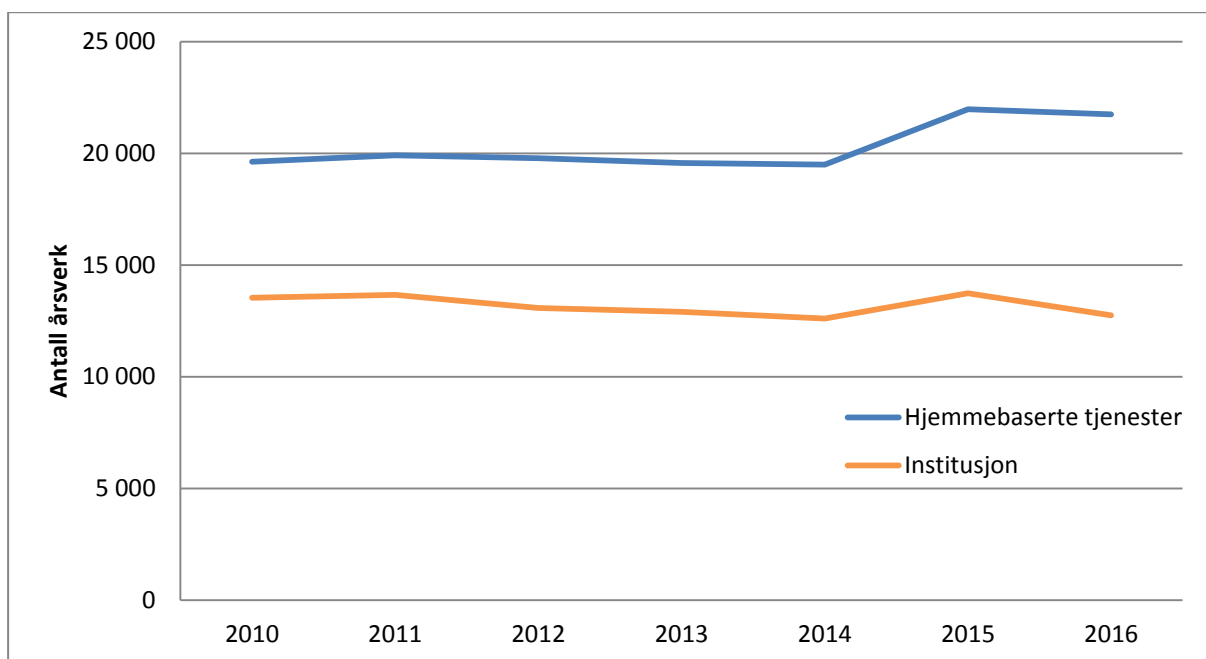
Kilde: SSB

Figur 4 viser økningen av sykepleierårsverk både i institusjon og for de hjemmebaserte tjenestene. I 2016 ble det utført om lag 14 000 sykepleierårsverk i de hjemmebaserte tjenestene, noe som var en økning på om lag 3 100 årsverk fra 2010 eller 29 prosent. De tilsvarende tallene for institusjonsbaserte tjenester, primært sykehjem, var om lag 16 200 årsverk i 2016. Denne økningen var på om lag 2 800 årsverk, eller 23 prosent.

Flere mottakere med omfattende bistandsbehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har ført til økt etterspørsel etter kompetanse. I 2017 ble alle kommuner pålagt å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud¹². Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp døgntilbud har behov for høy bemanning og høy kompetanse.

¹² Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-11-13-1287>

Figur 5 Ufaglærte i hjemmebaserte tjenester og institusjon



Kilde: SSB

SSB bruker kategorien *ufaglærte* for ansatte i brukerrettet arbeid som ikke har helse- eller sosialfaglig utdanning. Totalt er det 34 495 årsverk for ufaglærte i brukerrettet arbeid i 2016. Vi har tidligere vist utdanningsnivå for gruppen *ufaglærte* der det framkommer at om lag 40 prosent har utdanning på ungdomsskolenivå eller lavere.

Figur 5 viser at den største andelen av årsverkene for denne gruppen ble utført i de hjemmebaserte tjenestene. I 2016 var antall årsverk for ufaglærte i de hjemmebaserte tjenestene 21 751, mens antall årsverk for ufaglærte utført i institusjon var 12 744.

Yngre mottakere med omfattende og komplekse lidelser mottar i stor grad hjelp i hjemmet og ikke på institusjoner. De har behov for hjelp fra høyt kvalifisert personell¹³. Samtidig viser statistikken en utvikling med høyere andel ufaglærte og lavere andel sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Denne utviklingen er bekymringsfull. Helsedirektoratet vil følge utviklingen for å sikre at brukere som bor hjemme mottar den helse- og omsorgstjenester som de har behov for.

3.5 Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Det har vært en økt satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten siden 2014 og statistikken viser at kommunene har styrket tjenesten med flere ansatte i alle yrkesgrupper. I tabell 18 vises antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fordelt på de ulike yrkesgruppene¹⁴.

¹³ Mørk, E et al Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015 Statistikk om tjenestemottakere <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/278282?ts=15723a678d8>

¹⁴ Summen av årsverkene for hele tjenesten skiller seg noe fra tabell 14. Dette er fordi årsverkene for leger og fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten inngår i legeårsverk og fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten.

Tabell 18 Årsverk helsestasjon- og skolehelsetjenesten

	2015	2016	2015 - 2016
Legeårsverk	210,1	213,6	1,7 %
Fysioterapeut	202,0	228,8	13,3 %
Jordmødre	322,7	361,5	12,0 %
Helsesøstre	2 469,4	2 586,6	4,7 %
Andre sykepleiere	504,8	668,7	32,4 %
Annen fagutdanning	457,1	518,8	13,5 %
Uten fagutdanning	332,2	339,2	2,1 %
Sum	4 498,3	4 917,2	9,3 %

Kilde: SSB

Tabell 18 viser en samlet årsverkssøkning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten på 418 årsverk fra 2015 til 2016 som tilsvarer 9,3 prosent. Antall helsesøsterårsverk økte med 118, antall jordmorsårsverk med 39 og antall årsverk utført av andre sykepleiere økte med 164. Antall lege- og fysioterapeutårsverk i tjenesten økte med henholdsvis 3 og 29.

Årsverksdata fra SSB for helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir rapportert samlet. Helsedirektoratet samlet inn egne data sommeren 2016 for å få en oversikt over årsverk i de to deltjenestene hver for seg¹⁵.

3.6 Legeårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

I dette avsnittet presenteres tall for legeårsverk for hele de kommunale helse- og omsorgstjenestene og fastlegetall. Helsedirektoratet lager på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en årlig rapport om Leger i primær og spesialisthelsetjenesten der vi gjør en grundigere analyse av legedekningen også i kommunale helse- og omsorgstjenester. For mer omfattende analyser av legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, henvises det til denne rapporten¹⁶.

Tabell 19 viser at legeårsverkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har hatt en jevn økning de siste fire årene. I 2016 var det utført 5 585 årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, noe som var en vekst på 128 årsverk fra året før.

Tabell 19 Legeårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter virkeområde

	2013	2014	2015	2016
Diagnose, behandling og rehabilitering	4 246	4 340	4 429	4 526
Skole/helsestasjon	207	209	210	214

¹⁵ Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 10/2016:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1239/Kartlegging%20av%20årsverk%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf>

¹⁶ Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/leger-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>

Annet forebyggende arbeid	151	149	151	140
Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	502	532	570	590
Administrasjon	91	95	97	115
Totalt	5 197	5 325	5 457	5 585

Kilde: SSB

Fra og med 2016 var miljørettet helsevern inkludert i annet forebyggende arbeid. Derfor er disse to kategoriene slått sammen også for 2013 til 2015. Den største gruppa er legeårsverk i diagnose, behandling og rehabilitering. Denne gruppa har også økt mest med 97 årsverk fra 2015 til 2016. I denne gruppa finner vi blant annet fastlegeårsverk. Årsverkene for fastlegene er regnet ut med bakgrunn i lengden på fastlegelistene. De andre gruppene holder seg stabile, men det er 20 flere legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. I tabell 19 er legeårsverkene fordelt etter virkeområde, men de kan også fordeles etter avtaleform. En avtaleform som har fått mye omtale er fastlønnete kommunalt ansatte leger. Denne avtaleformen omfatter i hovedsak fastleger som får fastlønn av kommunen. I de siste årene har denne avtaleformen økt med over 200 årsverk fra 2013 til 2016.

I tabell 20 vises tall fra Helsedirektoratets Fastlegeregister. Tallene er noe høyere enn SSBs tall som viser årsverk, mens enheten i tabellen under er antall fastleger.

Tabell 20 Antall fastleger og prosentvis økning fra året før

	2013	2014	2015	2016	2017
Fastleger	4 316	4 475	4 563	4 643	4 687
Prosentvis økning	+ 1,8	+ 3,7	+ 2,0	+ 1,8	+ 0,9

Kilde: Fastlegeregisteret

Antallet fastleger har økt de siste årene. Men prosentvis vekst fra 2016 til 2017 har vært den laveste på flere år. I perioden 2010 til 2015 økte antallet pasienter hos fastlege noe sterkere enn befolkningsveksten i samme periode¹⁷. Helsedirektoratets rapport om leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten presenterer mer statistikk om bl.a. fastlegene¹⁸.

3.7 Årsverk for fysioterapeuter i helse- og omsorgstjenesten

Tabell 21 gir en oversikt over fysioterapeutårsverk etter avtaleform for årene 2013 til 2016. Kommunene bestemmer selv om de vil inngå driftsavtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter eller om de ansetter fysioterapeuter med fast lønn.

¹⁷ SAMDATA kommune: kapittel 5 Utvikling i bruk av fastlege og legevakt.

¹⁸ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/leger-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>

Tabell 21 Årsverk fysioterapeuter etter avtaleform 2013 - 2016

	2013	2014	2015	2016
Med driftsavtale	2 642	2 671	2 701	2 694
Med fast lønn	1 730	1 768	1 829	1 946
Turnuskandidater	163	158	160	167
I alt	4 535	4 596	4 690	4 806

Kilde: SSB

Tabellen viser en økning av årsverk totalt for fysioterapeuter i kommunene i perioden 2013 til 2016. Det er en økning i årsverk for fastlønte fysioterapeuter fra 2015 til 2016, mens årsverk for fysioterapeuter med driftsavtale har gått ned. Tallet på årsverk utført av turnuskandidater har holdt seg stabilt i hele perioden fra 2013-2016.

Tabell 22 Årsverk fysioterapeuter etter virkeområde

	2013	2014	2015	2016
Diagnose, behandling og rehabilitering	3 714	3 746	3 804	3 842
Skole/helsestasjon	192	194	202	229
Annet forebyggende arbeid	131	146	155	171
Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	432	439	453	474
Administrasjon	66	71	75	90
Totalt	4 535	4 596	4 689	4 806

Kilde: SSB

Tabell 22 viser fysioterapeutårsverkene etter virkeområde og viser en økning i årsverk totalt på 117 årsverk fra 2015 til 2016. Fra og med 2016 var miljørettet helsevern inkludert i kategorien *Annet forebyggende arbeid*. I tabellen over er de to kategoriene slått sammen også for årene 2013 til 2015.

Fra 2015 til 2016 har det vært en økning av fysioterapiårsverk i alle virkeområdene. Den største økningen gjelder for kategorien Diagnose, behandling og rehabilitering med 38 årsverk det siste året.

3.8 Årsverk i den kommunale psykisk helse- og rustjenesten

SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en detaljert oversikt over årsverk i kommunenes psykiske helse- og rusarbeid¹⁹. Fra og med 2015 kan kommunene rapportere antall årsverk i psykisk helse- og rustjenester som en sammenslått kategori eller som årsverk i psykisk helse- og rustjenesten hver for seg. I praksis innebærer dette tre kategorier for antall årsverk i psykisk helse- og rustjenestene i kommunal sektor.

¹⁹ Ose, S.O. og Kaspersen S.L. (2016). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_SINTEF_IS-24_8_desember%202016.pdf

Tabell 23 Antall årsverk i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene, 2015-2016

	Voksne		Barn og unge		Totalt	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Psykisk helse og rus	7598	9490	1 834	2 446	9 432	11 936
Psykisk helse	2129	1151	798	372	2 927	1 523
Rus	702	422	69	55	771	477
Totalt	10429	11063	2702	2873	13131	13 936

Kilde: SINTEF

Tabell 23 viser blant annet antall årsverk rettet mot helse- og rusarbeid i norske kommuner og at det var en økning på 805 årsverk i psykisk helse- og rustjenestene fra 2015 til 2016. Det finnes et mangfold av utdanningsgrupper som utgjør årsverkene i tabell 23. Psykologer med og uten spesialisering utgjør 122 av årsverkene rettet mot voksne i 2016. Det er en økning på 49 årsverk fra året før. Det tilsvarende tallet for psykologårsverk rettet mot barn og unge var 231 i 2015 og 273 i 2016, noe som gir en økning på 42 årsverk. I 2016 utgjorde psykologene og psykologspesialistene 1,1 prosent av årsverkene innenfor tjenester rettet mot voksne og 10 prosent av årsverk rettet mot barn og unge.

Majoriteten av årsverkene innenfor disse tjenestene er preget av ansatte med helse-/sosialfaglig utdanning fra videregående eller universitet- og høyskolenivå. I 2015 og 2016 var 2843 og 2963 av årsverkene rettet mot voksne utført av ansatte med helse- og sosialfagutdanning fra videregående nivå og 5802 og 6048 årsverk utført av ansatte med helse-/sosialfagutdanning fra universitet eller høyskole. I tilbudet til barn og unge finner vi i 2015 og 2016 at 170 og 147 av årsverkene var utført av ansatte med helse og sosialfagutdanning fra videregående nivå. Det tilsvarende tallet for årsverk utført av ansatte med helse-/sosialfag fra høyere utdanning rettet mot barn og unge var 1615 i 2015 og 1821 i 2016.

I relativ andel for 2016 er 27 prosent av årsverkene rettet mot voksne utført av ansatte med helse og sosialfagutdanning på videregående nivå, mens denne gruppen utgjør 5 prosent av årsverkene i tjenestene rettet mot barn og unge. Videre er 55 prosent av årsverkene rettet mot voksne utført av ansatte med helse-/sosialfag fra høyere utdanning, hvorav 29 prosent har videreutdanning innenfor psykisk helse- eller rusarbeid. For tjenester rettet mot barn og unge utgjør ansatte med helse-/sosialfagutdanning fra universitets- eller høyskolenivå 63 prosent av årsverkene, hvorav 21 prosent har relevant videreutdanning.

3.9 Sysselsetting av menn i helse- og omsorgstjenesten

Kvinneandelen er stor i offentlig sektor og særlig innenfor helse og utdanning. Andelen menn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene var på 15,3 prosent i 2016. Dette er en liten oppgang fra 2015. Mannsandelen i omsorgstjenestene 13,3 prosent. Men menn rekrutteres i økende grad til omsorgstjenestene. Statistikk fra SSB viser at andel årsverk utført av menn i brukerrettet omsorgstjenester har økt med 3,3 prosentpoeng fra 2007 til 2016. For sykepleiere er det liten endring.

Andelen øker mest for ufaglærte og for faglærte på videregående skolenivå. I perioden 2007-2015 har andelen menn ligget i intervallet mellom 5 og 7 prosent for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, mens andelen menn blant helsefagarbeidere har vært omkring 12 prosent fra starten i 2009. Det kan tyde på at utdanningen for helsefagarbeider som del av ungdomsopplæringen, rekrutterer flere menn enn tilsvarende tidligere opplæring til hjelpepleier, som i hovedsak ble rekruttert blant voksne kvinner.

Tabell 24 Prosentandel sysselsatte menn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

	2015	2016
Sykepleiere med videreutdanning	5,0 %	4,9 %
Sykepleiere uten videreutdanning	6,8 %	7,0 %
Helsefagarbeidergruppen	6,4 %	6,9 %
Ergoterapeut	9,8 %	10,2 %
Fysioterapeut	33,6 %	34,0 %
Sosionom og barnevernspedagog	16,6 %	16,1 %
Vernepleier, miljøterapeuter og psykisk miljøarbeid	19,8 %	20,1 %
Lege	53,7 %	54,0 %
Annen helseutdanning på videregående nivå	2,9 %	3,0 %
Pleieassistent, hjemmehjelp	19,9 %	20,6 %
Administrativt personell	19,4 %	19,3 %
Servicefunksjoner	28,6 %	27,3 %
Uspesifisert, annet	28,2 %	30,1 %
Totalt	14,9 %	15,3 %

Kilde: SSB

Det er stor forskjell på andelen menn mellom de ulike yrkene. Andelen er lav blant sykepleiere, både blant de med videreutdanning og sykepleierne uten videreutdanning. Legeyrket er det eneste i de kommunale helse- og omsorgstjenestene hvor det er flere menn sysselsatt enn kvinner. Medisinstudiet er nå kvinnedominert og kvinneandelen øker i legeyrket i alle sektorer. Man kan forvente at kvinneandelen også vil øke i de kommunale helse- og omsorgstjenestene blant leger. Det er også mange mannlige fysioterapeuter sammenlignet med andre yrker.

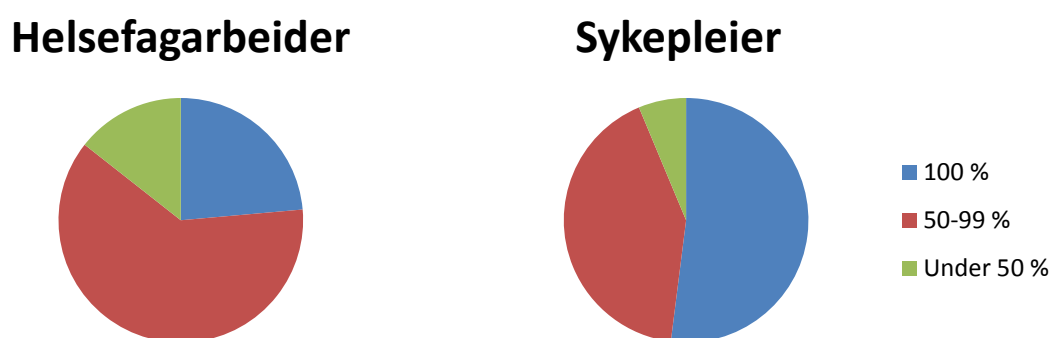
3.10 Forhold som påvirker personellressurser i helse- og omsorgstjenesten

3.10.1 Arbeidstid

Arbeidsmønsteret i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tradisjonelt vært preget av deltid²⁰. I figuren under presenterer vi stillingsbrøk for helsefagarbeidergruppen og sykepleierne.

Det har vært fokus på negative konsekvenser av deltidsstillinger i kommunale helse- og omsorgstjenester og flere tiltak er forsøkt for å øke andelen heltidsstillinger. Tabell 10 viser at det til tross for igangsatte tiltak er en stor andel deltid blant helsefagarbeidere og sykepleiere i denne sektoren. Hvor mye av denne deltiden som er frivillig vet vi ikke. Samtidig ser vi at det har vært en økning av heltidsstillinger i sykepleiergruppen på ca. 2 prosentpoeng. Dette er en økning på 1 328 årsverk i reelle tall. Figur 5 gir en oversikt over helsefagarbeidere og sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter en tredelt stillingsandel.

Figur 6 Stillingsbrøk for helsefagarbeidere og sykepleiere, 2016



Kilde: SSB

Det er stor forskjell på andelen av sysselsatte som har en stillingsprosent på 100 prosent for helsefagarbeidere og sykepleiere. 23,6 prosent av helsefagarbeiderne i kommunale helse- og omsorgstjenestene har stillingsandel på 100 prosent, mens 52 prosent av sykepleiere har heltidsstillinger.

3.10.2 Sykefravær i omsorgstjenestene

I tabell 25 presenteres samlet fravær, legemeldt sykefravær og fødselspermisjon i årsverk for ansatte i omsorgstjenestene. Prosentandelen av det totale fraværet og det legemeldte fraværet er regnet ut som en andel av de totale årsverkene for omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har kun tilgang til sykefraværdata for omsorgstjenesten.

²⁰ Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K., Moe, A. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal akademisk.

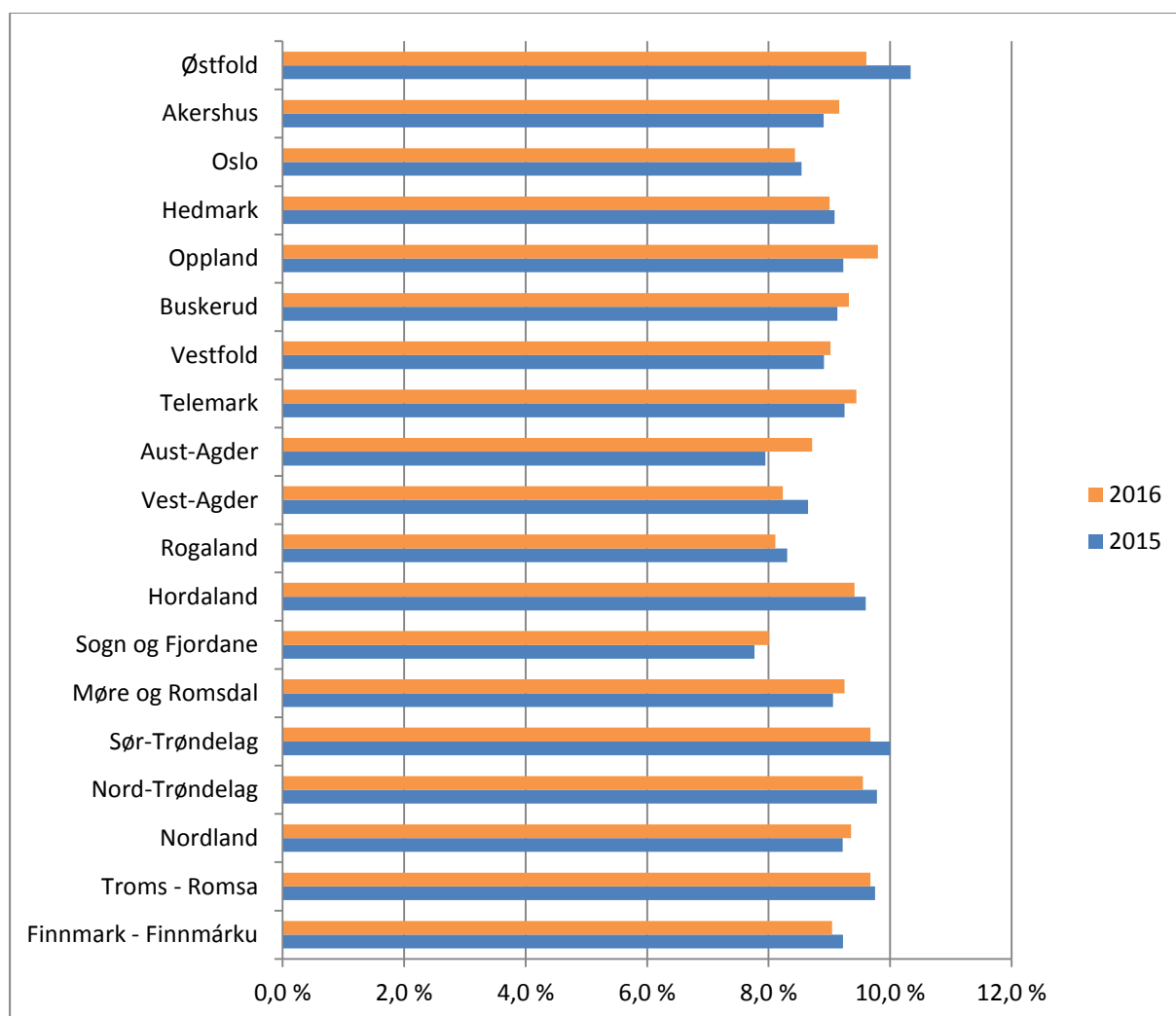
Tabell 25 Årsverk og fravær i de kommunale omsorgstjenestene 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Årsverk	131 180	132 694	134 324	135 433	137 950
Totalt fravær	14 402	13 978	14 407	15 472	15 565
Legemeldt sykefravær	11 629	11 279	11 690	12 347	12 551
Fødselspermisjon	2 773	2 698	2 717	3 125	3 015
Andel totalt fravær	11,0 %	10,5 %	10,7 %	11,4 %	11,3 %
Andel legemeldt sykefravær	8,9 %	8,5 %	8,7 %	9,1 %	9,1 %

Kilde: SSB

Det legemeldte sykefraværet utgjorde 9,1 prosent i både 2015 og 2016. Andelen for totalt fravær har så vidt gått ned fra 2015 til 2016. Det skyldes trolig at antall årsverk til fødselspermisjon har gått ned fra 2015 til 2016. Selv om det var en nedgang det siste året, er totalt fravær for 2016 høyere enn for alle årene mellom 2012 til 2014.

Figur 7 Legemeldt sykefravær som en andel av omsorgsårsverk, fylkesvis



Kilde: SSB

Figur 7 viser at det er noen fylkesvise variasjoner i det legemeldte sykefraværet. Den laveste sykefraværsandelen finnes i Sogn og Fjordane. Der var andelen på 8 prosent, noe som var en oppgang fra året før. Rogaland har også en lav sykefraværsandel med 8,1 prosent, men i dette fylket gikk andelen ned fra 2015 til 2016. Høyest legemeldt sykefravær i 2016 har Oppland med 9,8 prosent.

Historisk har legemeldt sykefravær i kommunal sektor vært høyt. Det har ligget to til tre prosentpoeng over de andre sektorene. Det er også store forskjeller mellom kommuner og innenfor de ulike kommunale tjenesteområdene²¹. Sykefraværet er høyest i pleie- og omsorgstjenestene. SINTEF har i en studie av sykefravær i kommunale tjenester funnet at når bemanningen øker i sykehjem og hjemmetjenesten synker samtidig sykefraværet²². Videre viser en rapport gjort av PROBA samfunnsanalyse om sykefravær i kommunal og privat sektor at sykefraværet er lavere blant arbeidstakere som jobber heltid enn blant deltidsansatte²³. Forskningen viser altså at både økende bemanning og høy andel heltidsstillinger fører til lavere sykefravær i omsorgstjenestene^{24,25}.

3.10.3 Arbeidsinnvandring

Tabell 26 gir en oversikt over innvandrere og ikke bosatte som en prosentandel av de totalt ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tabellen viser andelen for hele tjenesten og for ulike yrkesgrupper (psykologer er ikke inkludert).

Tabell 26 Sysselsatte innvandrere²⁶ som en andel av totale kommunale helse- og omsorgstjenestene

	2015	2016
Aktivitør	1,4 %	1,1 %
Barne- og ungdomsarbeider	4,4 %	3,9 %
Barnevernspedagog	2,6 %	2,5 %
Ergoterapeut	5,6 %	5,6 %
Fysioterapeut	10,7 %	10,8 %
Helsesekretær	5,3 %	6,4 %
Helsesøster	3,3 %	3,2 %
Helsefagarbeidergruppen	14,7 %	16,2 %
Sykepleiere (inkl. jordmor og helsesøster)	13,4 %	13,6 %
Lege	23,8 %	23,4 %
Miljøterapeuter	15,4 %	14,7 %
Pleieassistenter, hjemmehjelp	19,1 %	16,2 %
Psykisk miljøarbeid	2,3 %	2,8 %
Sosionom	4,3 %	5,0 %
Vernepleier	2,8 %	2,8 %

²¹ Ose, S. O., Haus-Reve, S., Mandal, R., & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. *Søkelys på arbeidslivet*, 28(04), 336-354.

²² Ose, S. O., Haus-Reve, S., Mandal, R., & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. *Søkelys på arbeidslivet*, 28(04), 336-354.

²³ Proba Samfunnsanalyse (2016). Sykefraværsforskjeller mellom sektorer. Proba-rapport nr. 2016-11.

²⁴ SPS Nyhetsbrev nr.2 - 2014

²⁵ Ingstad, K., Nergaard, K., Kvande, E., Amble, N., Moland, L., Bråthen, K.,Moe, A. (2016). *Turnus som fremmer heltidskultur*. Oslo: Gyldendal akademisk.

²⁶ Her inkluderes også sysselsatte som ikke har bosted i Norge i 2016

Administrativt personell	8,4 %	9,0 %
Servicefunksjoner	11,2 %	23,3 %
Uspesifisert, annet	21,3 %	16,2 %
Totalt	15,2 %	15,7 %

Kilde: SSB

16 prosent av de sysselsatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2016 var innvandrere. Dette er en liten økning fra året før. Det er stor forskjell på hvilke yrkesgrupper som har flest innvandrere. Innvandrерandelen er høy både for yrker (leger) som krever høy utdanning og yrker med lav eller ingen utdanning (servicefunksjoner).

3.11 Søkere til utdanninger og gjennomførte utdanninger

Helsedirektoratets følger med på at det utdannes tilstrekkelig personell for å dekke tjenestens behov. Dette gjøres blant annet ved å undersøke antallet søkere, fagprøvekandidater og avgangsstudenter ved helse- og sosialutdanningene i både videregående skole og høyere utdanning. Til tross for at antall søkere og nyutdannede ikke nødvendigvis sier noe om hvor i helsetjenesten disse blir ansatt eller hvilken del av landet, bidrar slik informasjon til å gi innsikt om det blir kvalifisert nok helse- og sosialpersonell til helse- og omsorgstjenestene.

I følgende avsnitt gir vi informasjon om hvor mange som søker seg til utdanninger og hvor mange av disse som fullfører helse- og sosialutdanninger i både videregående skole og høyere utdanning. Vi vier særlig plass til opplæring av helsefagarbeidere, men legger også frem statistikk over andre relevant fagfelt i helse- og omsorgstjenestene.

3.11.1 Fag- og yrkesopplæringa

Tabell 27 Fagprøvekandidater og avgangselever helse- og sosialfag videregående opplæring etter studieretning/ programområde, 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hjelpepleier	3 642	3 618	3 599	1 865	566	50	7	-	-	-	-
Omsorgsarbeider	790	813	803	631	261	161	105	4	-	-	-
Helsefagarbeider	-	-	1	389	1 408	2 042	2 299	2 413	2 820	2 943	3 151

Kilde: SSB

Utdanning som helsefagarbeider på videregående skoler erstattet tidligere utdanninger for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Fra en produksjon på om lag 4 500 kandidater årlig i perioden 2002 til 2008, er tallet på avlagte fagprøver gått dramatisk ned etter 2009. De siste årene har imidlertid antallet fagprøvekandidater (helsefagarbeider) og avgangselever økt noe, selv om antallet fremdeles ikke er på samme nivå som tidlig på 2000-tallet. Flere tiltak i Kompetanseløft 2020 rettes mot å kvalifisere ufaglærte i helse- og omsorgstjenesten til helsefagarbeidere.

I tabell 28 vises antall søkere og antall som har fått tilbudt plass inne helse- og oppvekstfag. Det er en økning

for både VG1 helse- og oppvekstfag, samt Vg2 og Vg3 helsearbeiderfaget fra 2015-2017. Økningen i søkertall til Vg1 er på 361 elever og dette tilsvarer en økning på fire prosent. Helse- og oppvekstfag er det yrkesfaglige utdanningsprogrammet med størst økning i søkertall på Vg1, Vg2 og læreplass.

Tabell 28 Søkere og tilbud i helse- og oppvekstfag Vg1 og helsearbeiderfaget Vg2 og Vg3

	Søkere			Søkere som har fått tilbudt plass per 15. juli inneværende år?		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Helse- og oppvekstfag Vg1	9 389	10 441 (+1052)	10 837 (+396)	8 341	8 960 (+619)	9 374 (+414)
Helsearbeiderfag Vg2	3 239	3 556 (+317)	3 759 (+203)	3 182	3 459 (+277)	3 612 (+153)
Helsearbeiderfag Vg3	1 836	1 992 (+156)	2 152 (+160)	1 144	1 293 (+149)	1 409 (+116)

Kilde: Utdanningsdirektoratet

Innen fag- og yrkesopplæring på videregående skolenivå er økningen størst i antall søkere, antall elever og antall elever som får studieplass, ved programfaget helse- og oppvekstfag. Per 15. juli 2017 hadde 9 374 elever fått tilbud om skoleplass i Helse- og oppvekstfag Vg1, noe som var en økning på 414 elever. 3 612 elever hadde fått tilbud om plass på helsearbeiderfaget Vg2, mens 1 409 hadde fått tilbud om skoleplass for Vg3. Selv om økningen fra 2016 til 2017 er høy, var økningen større for Vg1, Vg2 og Vg3 mellom 2015 og 2016. I tabell 27 vises fagprøvekandidater og avgangselever for helsefagarbeidere de siste 11 årene.

I tabell under presenteres data fra Utdanningsdirektoratet om hvor mange som har bestått og ikke bestått fagprøven i helsearbeiderfaget mellom 1. oktober 2015 og 30. september 2016. 3 070 fagprøver ble bestått mellom 1. oktober 2015 og 30. september 2016. Det var en økning på om lag 240 fagprøver fra året før. Det var også en liten økning av dem som ikke besto på 30 fagprøver. I motsetning til fjoråret var det flere som avla fagprøven som lærling enn som praksiskandidat.

Tabell 29 Avlagte fagprøver i helsearbeiderfaget mellom 1. oktober 2015 og 30. september 2016.

	Bestått	Ikke bestått	Totalt
Elev (fagopplæring i skole)	344	20	364
Lærling	1 384	120	1 504
Praksiskandidat	1 342	102	1 444
Totalt	3 070	242	3 312

Kilde: Utdanningsdirektoratet

3.11.2 Høyere utdanning

Tabell 30 viser at det har vært en økning i antall studenter som er tatt opp til alle utdanningene som er med

i tabellen. Det er positivt med tanke på framtidens behov for personell til helse- og omsorgstjenesten att det blir stadig mer populært blant unge å utdanne seg innen helse- og sosialfag.

Tabell 30 Opptak til utvalgte helse- og sosialutdanninger 2001, 2010-2016

	2001	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sykepleiere	4 333	4 823	4 875	5 455	5 122	5 026	5 199	5 391
Vernepleiere	856	1 144	985	1 373	1 073	1 055	1 073	1 312
Ergoterapeut	275	279	301	304	327	338	343	362
Sosionom	979	1 055	995	1 035	997	1 076	1 012	1 116
Barnevernspedagog	786	870	812	837	741	755	820	877
Fysioterapeut (innenlands)	331	360	362	410	392	402	385	419
Leger (innenlands)	493	549	544	573	584	595	569	621

Kilde: SSB

Det er geografiske forskjeller når det gjelder hvor vanskelig det er å rekruttere helsepersonell. I 2016 presenterte Nasjonalt senter for distriktsmedisin en undersøkelse av sykepleiere utdannet i Nord-Norge og hvor de endte med å arbeide²⁷. De fant at tre-fem år etter endt utdanning var det 85 % av sykepleierne som arbeidet i landsdelen. Dette viser at det ikke bare er hvor mange som utdannes som er viktig for å sikre helsepersonell som dekker tjenestens behov, men også hvor de utdannes.

²⁷ Gaski, Abelsen og Lie 2016: Sykepleiere utdannet i Nord-Norge Hvor blir de av?
<http://arkiv.nsd.m.no/filarkiv/File/rapporter/Endelig%2520rapport%2520Desember%25202016.pdf>