

Ketil Bråthen og Selma Sofia Forfod Yssen

Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn





Ledelse for tjenesteutvikling og bedre nyttiggjøring og utvikling av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

Denne kunnskapsoppsummeringen viser

- 1) hvordan ansatte uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse kan ivaretas, og hvordan deres ressurser kan utvikles og bli brukt på en god måte
- 2) hvilke forhold som fremmer og hemmer førstelinjeledernes muligheter til å utøve motiverende og tjenesteutviklende ledelse

Innhold

Forord	2
1 Introduksjon	3
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Metode.....	5
1.3 Rapportens gang	6
2 Nyttiggjøring og utvikling av ansatte uten formell helsefaglig utdanning	7
2.1 Kjennetegn ved ansattgruppen	8
2.2 Formell kompetanseheving.....	9
2.3 Uformell kompetanseheving.....	14
2.4 Organisering og oppgavedeling	17
2.5 Oppsummering	23
3 Ledelse for tjenesteutvikling	24
3.1 Førstelinjeledere	24
3.2 Førstelinjeledere møter flere utfordringer	25
3.3 Bemanningsplaner, turnus og økonomi	31
3.4 Oppsummering	37
4 Avsluttende betraktninger	38
Referanser.....	44

Forord

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering der vi sammenstiller foreliggende kunnskap på to utfordringer, og deres potensielle løsninger, innenfor disse brede temaene: ivaretagelse og utvikling av ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning og barrierer og forutsetninger for tjenesteutviklende ledelse i førstelinjen. Rapporten er et resultat av et pågående prosjekt for Helsedirektoratets arbeid med Kompetanseløft 2025.

Selma S.F. Yssen har skrevet kapittel 2, mens Ketil Bråthen har skrevet kapittel 3. Innlednings- og konklusjonskapitlet er skrevet av begge forfatterne i samarbeid.

Leif E. Moland har vært prosjektleder og ansvarlig for kvalitetssikringen av rapporten.

Takk til Ingrid Mydland, Espen Ottesen Vattekar, Tone Hee Åker og Sigrun Kongsrud i Helsedirektoratet for nyttige kommentarer i sluttfasen. Takk også til vår Fafo-kollega Sofie Steensnæs Engedal for korrektur og ferdigstilling av rapporten.

Oslo, mai 2024

Leif E. Moland

Ketil Bråthen

Selma S. F. Yssen

1 Introduksjon

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Her er knapphet på helse- og sosialfaglig personell, mangel på kompetanse og svakheter i ledelse, planlegging og organisering av tjenestene definert som tre av fire hovedutfordringer. Fra disse utfordringene er det igjen avledet fire strategiområder. Denne rapporten knytter seg til strategiområde 1, som dreier seg om «rekruttere, beholde og utvikle personell» og strategiområde 2, som dreier seg om «ledelse, samhandling og planlegging».¹ Formålet med rapporten er å sammenstille foreliggende kunnskap om to temaer:

1. nyttiggjøring, utvikling og ivaretagelse av ansatte uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse
2. barrierer og forutsetninger for tjenesteutviklende ledelse i førstelinjen

Med nyttiggjøring, ivaretagelse og utvikling sikter vi her til tiltak som legger til rette for at disse arbeidstakernes kompetanse og arbeidskraft utnyttes på best mulig måte mot målet om å skape gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer strategier for kompetanseutvikling, men også om (ny) organisering av tjenestene og arbeidsoppgavene som sikrer god og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom denne gruppen og ansattgruppen med helse- og sosialfaglig kompetanse.

For å utvikle og nyttiggjøre seg best mulig av sine ansattes kompetanse og kapasitet, trengs god og tjenesteutviklende ledelse. I denne rapporten ser vi derfor på disse to temaene i sammenheng, og vi spør også om hva som fremmer og hemmer tjenesteutviklende ledelse.

Gjennom en mindre kunnskapsoppsummering vil vi forsøke å finne svar på disse hoved- og underproblemstillingene:

1. Hvilke tiltak/strategier kan sikre bedre ivaretagelse av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning?
 - ▶ Er det tegn på en formalisering av denne gruppens kompetanse gjennom ny oppgavedeling og/eller økt kursing?
 - ▶ Hvordan kan tjenestene (og turnus) organiseres for bedre ivaretagelse av denne gruppens kompetanse/arbeid?
2. Hva er sentrale forutsetninger for ledelse som fremmer tjenesteutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?
 - ▶ Hvilke forhold hemmer ledelse av tjenesteutvikling?
 - ▶ Hvilke forhold fremmer tjenesteutvikling?
 - ▶ Hva kjennetegner den «gode» kompetanse- og tjenesteutviklende lederen?

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025>

1.1 Bakgrunn

Omfanget av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og omsorgssektoren er relativt stort, og det er størst i de kommunale tjenestene. I 2021 utgjorde denne ansattgruppen omtrent 30 prosent av de sysselsatte, og utførte 22,5 prosent av andelen avtalte årsverk i den kommunale helse- og omsorgssektoren (SSB, 2022). I tillegg til avtalte årsverk kommer alle ekstravaktene disse ansatte tar utover sin fastsatte stilling. Denne ansattgruppen er variert med tanke på både utdanningsnivå, alder og språkkunnskaper, men også når det gjelder realkompetanse og stillingsstørrelse i helse- og omsorgstjenestene.

43 prosent har ungdomsskole eller lavere utdanning, og 82 prosent har videregående eller lavere utdanning. Dette betyr med andre ord at det er et mindretall som har høyere utdanning i et annet fagfelt enn helse- og sosialfag.

Videre en betydelig andel, 44 prosent, av denne ansattgruppen under 29 år. Flere av disse, 19 prosent, er allerede under utdanning, enten i helse- og sosialfag eller andre fagretninger. Disse jobber typisk deltid i helger og på kvelder mens de studerer.

Videre har 21 prosent av ansatte uten helsefaglig utdanning innvanderbakgrunn.² De aller fleste av disse, 97 prosent, har bodd i Norge i mer enn fem år. Botid er ikke et fullgodt mål på språknivå, men det kan gi en pekepinn på norsk språkforståelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a). Samtidig vet vi at mangel på språkkompetanse har vært en utfordring ved mange tjenestesteder i den kommunale helse- og omsorgssektoren (Ødegård & Andersen, 2020).

Et felles kjennetegn for denne ansattgruppen er at de arbeider deltid, og mange jobber i relativt lave stillingsprosent. 64 prosent har en avtalt stillingsprosent på under 60 prosent, og kun 13 prosent har en heltidsstilling. Samtidig vet vi at mange ufaglærte arbeider mer enn den avtalte stillingsprosenten, gjennom å ta ekstravakter på kort varsel (Gautun, 2020). For noen, slik som de unge under utdanning, er en helgestilling og en lav stillingsprosent ønsket. Samtidig er det en kjent problemstilling i sektoren at det er en stor andel ansatte uten formell kompetanse som ønsker større stilling. Mange opparbeider seg også krav på stilling, som et resultat av å ta på seg ekstravakter utover den avtalte stillingsprosenten i en lengre periode.

Tidligere forskning har vist at denne gruppen ansatte ofte dekker vakter som egentlig skulle vært besatt av sykepleiere, helsefagarbeidere eller andre fagutdannede (Gautun, 2020; Moland & Bråthen 2021). Dette innebærer at mange settes til oppgaver de ikke har faglige forutsetninger for å løse. Dette kan gi negative ringvirkninger for både brukerne, kollegaene og de ansatte selv. De andre fagarbeiderne må bruke mer tid på å følge opp og veilede assistenter. Det kan bidra til et høyere arbeidspress, og mindre tid til å gjennomføre eller igangsette aktiviteter som bidrar til faglig utvikling og bedre tjenestekvalitet. For brukerne kan det resultere i dårligere tjenester på kort og på lang sikt. Det bidrar heller ikke til en god arbeidssituasjon for de ansatte selv. Å bli satt til å

² SSBs definisjon av innvanderbakgrunn er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre.

gjennomføre oppgaver man ikke har kompetanse til, legger ikke til rette for opplevelser av kontroll og mestring (Moland, Tofteng & Nesland, 2023).

I denne rapporten vil vi se på hvordan ledere kan utvikle tjenesten sin ut av en slik situasjon, og drøfte hvordan disse ansattes arbeidskraft kan benyttes på en bedre måte. Dette innebærer strategier eller tiltak for kompetanseheving og ny oppgavedeling og organisering av tjenestene, som kan være et viktig bidrag til å løse utfordringen med knapphet på helse- og sosialfaglig personell. Det har samtidig også en sammenheng med utfordringer med ledelse, planlegging og organisering av tjenestene, siden det krever tjenesteutviklende ledelse og strategisk planlegging av kompetanseutvikling og oppgavedeling.

Ledelse for tjenesteutvikling

I 2022 hadde norsk arbeidsliv 238 000 ledere. 12 000 er ledere i helse- og omsorgstjenestene, og litt over halvparten av disse igjen er ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester (Nielsen & Moland, 2023). De fleste lederne er førstelinjeledere med ansvar for den daglige driften, der en av de fremste oppgavene er å sørge for å ha tilstrekkelig mange ansatte med riktig kompetanse som kan sikre gode tjenester til brukerne. I denne rapporten vil vi trekke frem noen sider ved hvordan førstelinjelederrollen utføres og hvilke forhold som fremmer og hemmer mulighetene for lokal tjenesteutvikling. Her sikter vi både til arbeidet med å håndtere de daglige drifts- og personalutfordringene og handlingsrommet til å gjøre forbedringer. Førstelinjeledere befinner seg i en rolle som er både kompleks og utfordrende. De står overfor mange ulike oppgaver og forventninger, noe som ofte er krevende å håndtere. Likevel står deres arbeid helt sentralt for å sikre at helse- og omsorgstjenestene fungerer som de skal. Deres innsats og evne til å ta avgjørelser påvirker direkte kvaliteten på tjenestene som leveres. Det er selvsagt utfordrende å finne balansen mellom de ulike forventningene. Men det er nettopp evnen til å skape rom og balansere ulike hensyn som gjør førstelinjeledere så viktige for helse- og omsorgstjenestene.

1.2 Metode

Denne rapporten gir en begrenset kunnskapsstatus om utviklings- og kompetanseledelse og ivaretagelse av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Vi har gjennomgått en begrenset del av det som er publisert om temaet, og gjort en faglig vurdering av bidragene og formidlet en sentral del av denne kunnskapen. Denne kunnskapsoversikten baserer seg først og fremst på forskningslitteratur, men også annen dokumentdata som masteroppgaver, caseomtaler i fagblader, og arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonenes hjemmesider.

Innhenting av litteratur

Vi har gjort enkle litteratursøk i brede databaser som Google Scholar og i bibliotekskatalogen til Idunn. Eksempler på søkeord eller søkeordsstrenger er realkompetansevurdering + helse og omsorg, oppgavedeling + ufaglærte, eller førstelinjeledelse + helse og omsorg m.m. Videre har vi også gjennomført søk i relevante FOU-miljøers publiseringsoversikter, slik som SINTEF, Nordlandsforskning, Nifu og AgendaKaupang, i tillegg til KS og ulike fagforbund. Underveis- og sluttevalueringer av tiltakene i Kompetanseløft 2015

og 2025 har vært viktige kilder, samt andre evalueringer av lokale tiltak og modeller for kompetanseheving. Vi satte som krav at studiene skulle være basert på norske forhold, og i tillegg ekskluderte vi ikke-empiriske studier. Det innebærer at studier i mindre grad har blitt ekskludert med utgangspunkt i kriterier knyttet til vitenskapelig standard. I arbeidet har vi i tillegg gjennomgått litteraturlistene til et stort antall rapporter og litteraturgjennomganger for å finne interessante referanser.

Andre data

Gjennom egne studier i den kommunale helse- og omsorgssektoren har vi fått innsikt i og data om tiltak for å kvalifisere ufaglærte, ledelsesvilkår, arbeid med oppgavedeling og perspektiver på kompetansebehov i tjenesten. Dette har typisk vært temaer som har blitt omtalt eller diskutert i intervjuer, i samtaler med samarbeidspartnere eller på samlinger og workshops. Denne informasjonen inngår ikke som en direkte datakilde i denne rapporten, men danner et bakteppe for vår forståelse av tematikken. Vi trekker også frem noen eksempler der det er hensiktsmessig.

1.3 Rapportens gang

Kapittel 2 sammenstiller kunnskap om strategier for bedre ivaretagelse av ansatte uten formell kompetanse. Her står formell og uformell kompetanseheving samt oppgavedeling sentralt.

Kapittel 3 omhandler forutsetninger for tjeneste- og kompetanseutviklende ledelse i førstelinja. Førstelinjeledernes tidsbruk, kompetanse og handlingsrom er sentrale temaer.

I kapittel 4 oppsummerer vi de sentrale funnene, og ser de to hovedproblemstillingene i lys av hverandre.

2 Nyttiggjøring og utvikling av ansatte uten formell helsefaglig utdanning

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvilke tiltak og strategier som kan sikre bedre ivaretagelse av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi vil i tillegg drøfte om man kan se tegn på en formalisering av denne gruppens kompetanse.

Vi vil først drøfte systemer for og erfaringer med formell kompetanseheving. Her drøfter vi også hvilken rolle ulike ordninger som kan resultere i en lavere kompetanse enn fagbrev har for ansatte i sektoren. Videre beskriver vi uformell kompetanseheving som strategi, herunder både kursing og kollegaveiledning.

Til sist diskuterer vi hvordan tjenesten og turnus kan organiseres for å sikre gode arbeidsvilkår for denne ansattgruppen og gode tjenester for brukerne. Her står erfaringer med ny oppgavedeling sentralt.

Formell og uformell kompetanse, kunnskap, ferdigheter og holdninger

Kompetanse er et vidt begrep som brukes og defineres på ulike måter. Vi tar utgangspunkt i at kompetanse er kunnskaper, ferdigheter og evner som anvendes til å utføre arbeidsoppgaver (Nordhaug & Gooderham, 1996). Går vi til Linda Lai, finner vi en tilsynelatende mer instrumentell definisjon som inkluderer evne til måloppnåelse. Kompetanse er da å «besitte nødvendige kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger for å mestre oppgaver og nå mål» (Lai, 1997). Denne definisjonen er senere utviklet noe (Lai, 2021). Lai mener også at det praktiske arbeidet med kompetanseutvikling har lett for å legge for stor vekt på kunnskaper og for liten vekt på holdninger (Lai 2021).

Statens arbeidsgiverportal (2023) fastslår at i holdninger er det elementet i kompetansebegrepet som i sterkeste grad påvirker de andre elementene. Derfor er holdninger helt sentralt for å lykkes med kompetanseutvikling. Undervurdering av holdninger går igjen som en utfordring både i utviklingsarbeid som krever kulturendringer (Bråthen & Moland, 2022), og i arbeidet for å motivere medarbeidere til å ta fagbrev (pågående Fafo-studie av Helt Fram-prosjektet). En oppvurdering av holdninger framstår derfor som viktig i relasjon til oppgavedeling og kompetanseutvikling av ansatte med både høy og lav formalkompetanse.

I det følgende vil vi skille mellom formell og uformell kompetanseheving, og formell og uformell kompetanse. Med formell kompetanse sikter vi til den kompetansen man får i utdanningssystemet, som fagbrev fra videregående skole, fagskole eller universitet. Uformell kompetanse sikter til den kunnskapen og kompetansen man har opparbeidet seg utenfor utdanningssystemet. Herunder kan vi skille mellom den kompetansen man får gjennom kurs eller andre organiserte læringstilbud, men som ikke gir formell kompetanse. I tillegg kommer læringen eller kompetanseutviklingen som finner sted på arbeidsplassen, enten gjennom å løse de daglige oppgavene eller gjennom veiledning og refleksjonsmøter med kollegaer og leder (Aspøy et al., 2013).

2.1 Kjennetegn ved ansattgruppen

Som beskrevet i introduksjonskapitlet, mangler nærmere 30 prosent av alle sysselsatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene formell kompetanse innen helse- og sosialfag. Denne ansattgruppen er variert med tanke på utdanningsnivå, alder og arbeids erfaring i sektoren.

Helsedirektoratet har kartlagt hvor stor andel av denne personellgruppen som er i målgruppen for å kvalifiseres til fagbrev eller høyere utdanning (Helsedirektoratet, 2022a; 2022b). Målgruppen er definert på bakgrunn av fire (statistiske/kvantitative) eksklusjonskriterier:

1. 55 år eller eldre
2. ikke fullført ungdomsskole
3. under utdanning
4. ikke bosatt i Norge

Kriteriene er basert på en vurdering av hvilke ansatte det vil være hensiktsmessig å rette tiltak mot, sett fra et arbeidsgiverperspektiv, og hvilke ansatte som kan tenkes å være motiverte til å gjennomføre et utdanningsløp på videregående nivå eller høyere. Her defineres fullført ungdomsskole som et minimumskriterium, og det er også en liten gruppe. Helsedirektoratet påpeker samtidig at dette er en gruppe som sannsynligvis også kunne vært aktuelle for formell kvalifisering, gitt at det gis tilrettelagte løp for å gi eller anerkjenne kompetanse på grunnskolenivå.

Totalt sett utgjør Helsedirektoratets målgruppe for kvalifiseringstiltak mot yrkesfaglig og høyere utdanning 46 prosent av denne ansattgruppen. Det betyr samtidig at 54 prosent antas å være utenfor målgruppen av kvalifisering. Som tidligere nevnt er flere av disse allerede under utdanning. Videre er det også mange som er over 55 år, og som Helsedirektoratet anser som mindre aktuelle for å sette i gang med et utdannings- eller kvalifiseringsløp på grunn av alderen.

Videre vil vi ikke skille klart mellom de som er definert som målgruppen for kvalifisering av Helsedirektoratet og de som ikke er det. I neste del beskriver vi tiltak eller strategier som ikke resulterer i formell kompetanse. Tiltak som ikke gir formell kompetanse kan potensielt også bidra til å ivareta, utvikle og tydeliggjøre deres kompetanse og rolle i tjenestene, og kan inkludere flere av de som faller utenfor den gruppen som Helsedirektoratet karakteriserer som kvalifiserbare.

Motivasjon for og utbytte av deltakelse i kompetanseutvikling

Noen arbeidstakere deltar langt oftere enn andre i kompetansehevende tilbud, som kurs og videreutdanning. SSBs Lærevillkårsundersøkelser viser at arbeidstakere med høyere utdanning oftere deltar på uformelle opplæringstiltak sammenlignet med arbeidstakere med grunnskole eller videregående utdanning. Heltidsarbeidende og faste ansatte deltar i større grad på kurs og andre ikke-formelle opplæringstiltak enn deltidsarbeidende og midlertidig ansatte. Samtidig er ansatte i helse- og omsorgstjenestene samlet sett blant de som deltar oftest på uformelle opplæringstilbud (Bjørkeng, 2016; Dæhlen & Nyen, 2009).

Denne variasjonen har flere forklaringer. Den kan dreie seg om at ansattgrupper med lavere utdanning eller i små stillinger ikke blir prioritert for kursdeltakelse, formell læring eller andre kompetansehevede tiltak. Det kan også handle om de ansattes egne opplevelser av mestring i utdanningssystemet (Aspøy et al., 2013). Som det også fremheves i HelseDirektoratets analyse av målgruppen for kvalifisering, påvirker også alder og antallet arbeidsføre år igjen ansattes motivasjon for å delta på formelle og uformelle kompetansehevingstiltak.

Deltakelse i og motivasjon for å delta på kompetanseutviklende tiltak kan med andre ord delvis forklares av individuelle kjennetegn ved arbeidstakerne – i positivt eller negativt fortegn. Dette handler om eget ønske og opplevd behov for økt kunnskap eller kompetanse, men også om tro på egen evne til å mestre.

Forskningslitteraturen peker også på arbeidsgivers rolle. Det er flere faktorer som kan motivere for deltakelse i enten formelle eller uformelle kompetansehevingstiltak. Motiverende faktorer kan dreie seg om hvilken tilrettelegging arbeidsgiver gir underveis i løpet, som å få permisjon med lønn eller økonomisk støtte til andre utgifter eller muligheten til å gjennomføre kurs i arbeidstiden. Like viktig er kanskje hva man kan få igjen for å delta, enten på den nåværende arbeidsplassen eller videre i arbeidslivet (Aspøy et al., 2013). Dette kan for eksempel være tilgang på nye goder, som større og fast stilling, høyere lønn eller nye og spennende arbeidsoppgaver. I Aspøy et al. (2013) sin undersøkelse blant tillitsvalgte i kommunen, ble de tillitsvalgte spurt om hvilke forhold som hadde størst betydning for deltakelse på læringstiltak. Muligheten for å få permisjon med lønn og betydning for lønn og arbeidsoppgaver var de to viktigste forholdene, ifølge de tillitsvalgte.

Det er med andre ord sentralt å se kompetansehevings- og kvalifiseringstiltak i sammenheng med andre tiltak eller endringer på arbeidsplassen som nettopp kan gi goder som økt stilling, ansvar eller nye oppgaver.

2.2 Formell kompetanseheving

Det finnes i dag flere alternative løp til fagbrev for personer med arbeidserfaring i et yrke. Disse skiller seg fra den ordinære 2+2-modellen med to år videregående skole og to år praksis i bedrift. Voksne arbeidstakere kan også ta fagbrev som ordinære lærlinger, men det er svært få som gjør dette (Beyrer et al., 2019; Høst, 2010). Realkompetansevurdering er også en relevant ordning for voksne arbeidstakere. Videre har man også realkompetansevurdering, og praksisbrev- og lære kandidatordningene, som resulterer i en kompetanse på et lavere nivå enn fagbrevet. bey

I tråd med formålet for denne rapporten vil vi kun kort beskrive erfaringer med alternative kvalifiseringsløp mot fagbrev, før vi drøfter hvilken rolle realkompetansevurdering og praksis- og lære kandidatordningene har i kvalifiseringen av ansatte uten formell kompetanse i den kommunale helse- og omsorgssektoren i dag.

Praksiskandidat

Praksiskandidat er en ordning for arbeidstakere med lang og allsidig arbeidserfaring innenfor et fagfelt. Det er en dokumentasjonsordning, og ikke en opplæringsordning. For

å ta fagbrev som praksiskandidat må man dokumentere minst fem års yrkeserfaring innenfor fagfeltet en ønsker å ta fagbrev i. Hvis fylkeskommunen godkjenner yrkespraksisen, må kandidaten selv melde seg opp som privatist til en eksamen. Denne eksamenen tester kandidaten opp mot kompetansemålene i læreplanen i for eksempel helsefagarbeiderutdanningen. Når man har bestått eksamen, går man opp til fagprøven.

Det arrangeres en rekke praksiskandidatkurs. Men siden praksiskandidatordningen kun er en dokumentasjonsordning, har ikke kandidatene rett til undervisning eller opplæring. Likevel tilbyr mange kommuner forberedende kurs for sine kandidater, og man kan også søke om støtte for praksiskandidatkurs fra Lånekassen (Bratsberg et al., 2017). I tillegg har man også gjennom bransjeprogram eller andre støtteordninger kunnet motta økonomisk støtte til praksiskandidatkurs (Aspøy et al., 2022). Vi har ikke funnet noen studier om hvilken betydning praksiskandidatkurs har for sluttresultat og frafall, men å delta på slike eksamensforberedende kurs er høyst sannsynlig et positivt bidrag for den enkelte deltaker (Aspøy et al., 2022).

I en evalueringsrapport om lærlingordningen i kommunal sektor konkluderer Høst et al. (2014) med at praksiskandidatordningen i liten grad fungerer i den kommunale helse- og oppvekstsektoren. Begrunnelsen for dette er at potensielle kandidater, altså ansatte uten formell kompetanse, i hovedsak er ansatt i små og midlertidige stillinger. Dermed sliter de med å samle opp nok praksistimer for å gå opp til prøve. Proba samfunnsanalyse (2015) beskriver også dette som en slags «catch-22»:

«[...] de fikk hverken fast stilling eller mange vakter før de fikk fagbrev, samtidig som de ikke kunne gå opp til fagprøven før de hadde opparbeidet seg praksis. En del deltakere fikk dermed en svært lang vei til fagbrevet» (s. 44)

Fagbrev på jobb

Fagbrev på jobb er en relativt ny ordning, og formålet med ordningen er nettopp å imøtekomme utfordringene med lang praksistid og små stillinger i praksiskandidatløpet (Proba Samfunnsanalyse, 2015). Ordningen ble vedtatt i 2018 etter en periode med pilotering i fem fylkeskommuner. Fagbrev på jobb skiller seg fra praksiskandidatordningen ved at det er en opplæringsordning. Den har samtidig også et lavere krav til praksiserfaring. For å kvalifisere til ordningen må man ha gjennomført norsk grunnskole, ha en arbeidskontrakt og ha minst ett års praksis i lærefaget.

Fagbrev på jobb innebærer at arbeidsplassen – eller lærebedriften – og kandidaten inngår en kontrakt om opplæring. Lærlinger som tar fagbrev på jobb får beholde sin ordinære lønn og har fritak fra fellesfagene i videregående. Før opplæringen starter, skal kandidaten realkompetansevurderes. På bakgrunn av realkompetansevurderingen skal det etableres en tilpasset veilednings- og opplæringsplan. Denne planen spesifiserer hva arbeidsplassen skal bidra med i kvalifiseringsløpet. Opplæringen kan for eksempel være en kombinasjon av undervisning hos en ekstern kompetansebedrift og veiledning på arbeidsplassen. Når opplæringsplanen er gjennomført, går kandidaten først opp til en skriftlig eksamen i det aktuelle lærefaget, før de blir meldt opp til fagprøven.

Det er få studier om kjennskapen til og erfaringer med fagbrev på jobb blant ansatte uten formell kompetanse og deres ledere i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Proba (2015) følgeevaluerte pilotforsøkene med helsefag- og barne- og ungdomsarbeider på jobb. De fant at det var variasjon i hvordan fylkeskommunene og virksomhetene organiserte forsøket. De ulike kommunene og fylkeskommunene hadde ulik praksis rundt lønn, undervisning, praksisplass, veiledere og vikarbruk.

Dette dreide seg blant annet om lønn for dager med undervisning eller for dager de var i praksis på andre steder enn egen arbeidsplass, og om det ble satt inn vikarer når ansatte var på opplæring eller i praksis. Flere av kandidatene hadde fortsatt deltidsstillinger, og var avhengig av å «jage» ekstravakter. Når de deltok på undervisningsdager, måtte de følgelig takke nei til ekstravakter, og mistet inntekt i opplæringsperioden.

Proba (2015) konkluderer likevel med at de fleste kandidatene var fornøyde, og at fagbrev på jobb-ordningen sannsynligvis bidro til at flere som ikke ville fullført utdanningen i praksiskandidatordningen tok fagbrevet. De konkluderer også med at støtten og veiledningen fra fylkeskommunen knyttet til det praktiske var svært viktig, og at veiledningen deltakerne fikk på arbeidsplassen var essensiell for at de fullførte og opplevde økt faglig selvtilit og nysgjerrighet.

Kandidatene var i all hovedsak fornøyde med opplæring- og kvalifiseringsløpet, men Proba (2015) viser også at grunnet ulik praksis rundt permisjon, lønn og stillingsstørrelser hadde deltakerne ulike rammebetingelser for sitt utdanningsløp.

Lokale modeller for kvalifisering mot fagbrev

Kommuner har også mulighet til å utvikle egne, lokale modeller eller tilpasninger til de ordinære ordningene for videregående yrkesutdanning. Dette har flere kommuner gjort. En undersøkelse blant 50 sektorledere for kommunale helse- og omsorgstjenester i 2013, finner at 84 prosent har ordninger for at ansatte uten formell utdanning skal ta fagbrev. 1 av 4 kommuner oppga å ha et interkommunalt eller kommunalt tilbud til ansatte som ønsket å ta fagbrev, mens nærmere halvparten oppga at de ga permisjon uten lønn eller tilrettela for gjennomføring mens man er i arbeid (Aspøy m.fl., 2013). Vi finner ikke nyere tall på hvor mange kommuner som har lokale ordninger for å kvalifisere ansatte til fagbrev, og hva disse ordningene innebærer.

Et eksempel på en lokal modell for oppfølging av ansatte mot fagbrev er Svelvik sykehjem i Drammen kommune, tidligere Svelvik kommune. De har etablert et samarbeid med Fønix, som gir undervisning i helsefagarbeiderutdanningen. Ansatte som er medlem av Fagforbundet eller Delta får delta gratis på kurs, noe som innebærer én dag med undervisning i uka. Lederen ved sykehjemmet forteller at dette har gitt de ansatte økt kompetanse, og det har bidratt til at flere tar fagbrevet. Kurset er «gulroten» i denne modellen, mens «piscen» er at man som hovedregel ikke får heltidsstilling uten å forplikte seg til å ta fagbrev.³

³ Eksempel hentet fra intervjuer i Helt Fram-prosjektet våren 2024.

Realkompetansevurdering og kompetansebevis

Alle voksne over 25 år uten fullført videregående skole har rett til å bli realkompetansevurdert. Realkompetansevurdering ble etablert i Kompetansereformen i 1997-98, og er et tiltak for å dokumentere og anerkjenne voksnes samlede kompetanse. Dette gjelder både formell og uformell kompetanse (Olsen et al., 2018). Dette betyr at både utdanning, fullført eller delvis fullført, og erfaringsbasert kunnskap ervervet gjennom arbeid eller frivillige verv telles med.

En realkompetansevurdering gjøres opp mot kompetansemål i det formelle utdannings-systemet. For en ansatt uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse kan en realkompetansevurdering innebære en vurdering opp mot læreplanen/kompetansemålene for helsefagarbeiderutdanningen. Man kan få hele eller deler av et fag eller utdanning godkjent gjennom en slik vurdering. Resultatet av vurderingen er at kandidaten får et kompetansebevis, og eventuelt en karakterutskrift, som dokumenterer hvilke deler av faget de har oppnådd kompetanse i.

Formålet med realkompetansevurdering er todelt. På den ene siden kan det gi en dokumentasjon som viser hva den voksne kan, altså godkjent delkompetanse innenfor et yrkesfag eller en annen utdanning. På den andre siden kan realkompetansevurderingen være et første steg mot å fullføre en utdanning gjennom et avkortet og tilpasset opplæringstilbud, slik som den skal brukes i fagbrev på jobbordningen.

Det er fylkeskommuner som er ansvarlig for gjennomføring av realkompetansevurdering, og ulike fylkeskommuner har ulike metoder for å gjennomføre vurderingen denne (Døving & Tobiassen, 2020). Flere studier og evalueringer finner betydelige svakheter ved hvordan dagens ordning praktiseres. Ordningen er relativt lite kjent blant førstelinjeledere og andre nøkkelpersoner, slik som rådgivere i Nav. Dette medfører at det blir mer personavhengig og tilfeldig om mulige søkere får informasjon om ordningen (Olsen et al., 2018; Døving & Tobiassen, 2020). Olsen et al. (2018) trekker også frem at realkompetansevurdering har liten forankring blant arbeidsgivere. Disse funnene er ikke spesifikke for helse- og omsorgssektoren, men omfatter «hele» arbeidslivet.

I vår litteraturgjennomgang har vi funnet få studier av hvordan tjenestesteder i helse- og omsorgssektoren bruker realkompetansevurdering for å utvikle og anerkjenne sine ansattes kompetanse. Haugøy et al. (2007) sin kvalitative studie av hjelpepleiere ved fire sykehjem som hadde fått vurdert sin kompetanse, fant at disse ansatte fikk økt selvtillit, mer trygghet i arbeidet og økt sin evne til faglig refleksjon. Dette tyder på at anerkjennelsen av og beviset på kompetanse kan ha en verdi i seg selv for de ansatte.

Døving og Tobiassen (2020) gjennomførte i 2008 en spørreundersøkelse blant ansatte og kvalitative intervjuer med tillitsvalgte og ledere i syv kommuner om realkompetansevurdering. De finner at kommuner i liten grad opplever realkompetansevurdering av ansatte med lav formell utdanning som relevant. Videre finner de at kommunens tilrettelegging for realkompetansevurdering skjer i forbindelse med at ansatte ønsker å ta fagbrev. Som tidligere nevnt, finner også Olsen et al. (2018) at realkompetansevurdering er et lite anerkjent verktøy blant arbeidsgivere.

Døving og Tobiassen (2020) trekker også frem at arbeidstakere kan forvente at et kompetansebevis skal resultere i nye goder, som for eksempel «opplæring, høyere lønn, avansement, nye oppgaver eller større ansvar» (s. 13). De argumenterer derfor for at kommunen bør ha en plan for hva realkompetansevurderingen skal resultere i for den ansatte.

Vi finner ingen studier av eller caseeksempler på at en realkompetansevurdering i seg har ført til endringer i den ansattes stilling, herunder arbeidsoppgaver, stillingsstørrelse og arbeidstid. En realkompetansevurdering kunne i teorien vært et verktøy for å kvalifisere ansatte til nye oppgaver i avdeling, for eksempel ved at en assistent fikk dokumentert kompetanse i helsefremmende arbeid (Vg2 helsefagarbeider) og fikk tildelt nye ansvarsområder som følge av dette. I praksis synes ordningen i svært liten grad å brukes for dette formålet. Både arbeidstakere og arbeidsgivere ser på realkompetansevurdering som et første steg til fagbrev.

Kortere kvalifiseringsløp: praksisbrev og lærekandidat

I dag finnes to alternative utdanningsløp i videregående skole som resulterer i et bevis på en grunnkompetanse på et lavere nivå enn fagbrev: praksisbrev og lærekandidat. Intensjonen bak disse ordningene er todelt. De skal fungere som et første steg til fagbrev, men også som et bevis på nettopp en grunnkompetanse innen et yrkesfelt. Praksiskandidat er et standardisert løp, mens som lærekandidat gjennomføres hovedsakelig i den ordinære 2 + 2-modellen i yrkesfag, men man har en individuelt tilpasset læreplan med en individuelt tilpasset avsluttende prøve (Markussen et.al., 2018; Schmid & Breilid, 2022).

Begge ordningene er lite utbredt innen både helse- og oppvekstfagene og yrkesfagene totalt sett. Ifølge SSBs tall om fullføring av videregående skole var det kun 241 personer, totalt tre prosent av alle elever innen helse- og sosialfag, som oppnådde grunnkompetanse i perioden fra 2016 til 2022 (SSB, 2024).

Målgruppen for disse to ordningene er delvis overlappende (Markussen, 2018). Begge er rettet mot elever som man antar vil ha utfordringer med å fullføre ordinær videregående, enten yrkesfag eller studiespesialiserende. Men der målgruppen for praksiskandidat defineres som elever som «over tid vil kunne oppnå kompetansemålene ved en mer praktisk opplæring i bedrift» (Udir rundskriv 2017, s. 5), defineres lærekandidater som de som «ikke har forutsetninger for å nå kravene til fag- og svenneprøven» (Udir, 2021). I en studie av lærekandidatordningen finner Markussen (2018) at det er stor variasjon i fylkeskommuner og skolers praksis, samtidig som flere ser lærekandidat i relasjon til elever med behov for spesialundervisning. Ordningen med praksisbrev ble etablert som et tiltak for å redusere frafall på yrkesfag i 2016. Selv om ordningen er lite utbredt, har den ifølge Høst (2016) vært treffsikker for målgruppen. Høst (2016) finner at flere enn forventet fullfører det toårige løpet, samtidig som mange også søkte og fikk ordinær lærlingplass i etterkant. Selv om intensjonen var at det også skulle fungere som et bevis på en yrkeskompetanse, blir det i praksis først og fremst forstått og brukt som et første steg til fagbrev av både arbeidstakere og arbeidsgivere. Det er likevel viktig å påpeke at den brukes i begrenset grad for dette formålet også.

Selv om praksisbrev har vært et tiltak rettet mot ungdommer, er det også rom for å inkludere voksne i ordningen:

«Praksisbrevordningen kan også være aktuell for voksne, eksempelvis kan det være et godt tilbud til innvandrere eller voksne med lav utdanning som i første omgang ikke er i stand til å gjennomføre et fullstendig opplæringsløp.» (Udir rundskriv 2017)

Praksisbrev synes likevel ikke å ha fått fotfeste som et kvalifiseringsløp mot en formell grunnkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Høst (2016) viser også i sin evaluering av forsøkene med praksisbrev at det var liten interesse fra fagforbundene for å etablere praksisbrev for helsefagene. Pilotforsøkene inkluderte derfor ikke helsefagarbeiderutdanningen. Det har heller ikke vært etablert noen praksisbrevløp for voksne arbeidstakere.

At praksisbrev ikke brukes som et verktøy for å formalisere eller utvikle en grunnkompetanse hos voksne ansatte, kan nok forklares med at det finnes andre alternative løp mot fagbrev som er bedre tilpasset voksne arbeidstakere, som fagbrev på jobb og praksiskandidat. Fordi ordningen i praksis ikke fungerer som en utdanning eller et kvalifiseringsløp mot en grunnkompetanse, er den ikke like relevant for denne gruppen.

Oppsummert

I det formelle utdanningssystemet er det i dag flere tilpassede løp mot fagbrev for de som har arbeidserfaring i helse- og omsorgssektoren, men ingen formell kompetanse. Forsøkene med fagbrev på jobb var i stor grad positive med tanke på både måloppnåelse og deltakernes egne erfaringer. Samtidig foreligger det på dette tidspunktet lite forskning om den nasjonale ordningen, som ble etablert i 2018, fungerer.

Videre viser flere studier at det er rom for forbedring innenfor dagens system for kvalifisering av voksne med arbeidserfaring. Realkompetansevurdering er i liten grad standardisert på tvers av ulike fylkeskommuner, og kjennskapet til ordningen synes å være lav blant førstelinjeledere, rådgivere og de ansatte selv. Når ordningen fungerer, kan utdanningsløp forkortes og tilpasses for den enkelte kandidat, og en kompetansevurdering kan også gi kandidater økt tro på egen kompetanse.

Det finnes i dag ikke noe reelt fungerende løp innenfor det formelle utdanningssystemet som gir og formaliserer en helse- og sosialfaglig kompetanse på et mer grunnleggende nivå. Som vi har sett, kan både praksisbrev og lærekandidat resultere i et grunnkompetansebevis, men disse ordningene har ikke voksne arbeidstakere som sin primære målgruppe og synes i liten grad å brukes som en strategi for å heve og formalisere denne ansattgruppens kompetanse. Det kan likevel tenkes at arbeidsgivere tar i bruk kurs og kompetansehevende tiltak som ligger utenfor det formelle utdanningssystemet.

2.3 Uformell kompetanseheving

Ved siden av formelle utdanningsløp finnes også tiltak for uformell kompetanseheving. Dette kan både være kurs fra eksterne tilbydere, interne kurs på arbeidsplassen eller kollegaveiledning- og oppfølging.

Det finnes en rekke kortere kurs som retter seg mot personell uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Basert på kursoversikter på nettsidene Kursagenten og Kursguiden kan vi konkludere med at det er et bredt kurstilbud for assistenter i helse- og omsorgssektoren. Dette gis både av fagskoler, kommunale og interkommunale kompetansesentre, privatskoler og ulike kurs- og kompetansefirmaer. Det kan være brede innføringskurs i helse- og omsorgsarbeid for ufaglærte assistenter, eller kortere og mer tematisk rettede kurs om temaer som legemiddelhåndtering, tvang og makt, aldring og demens, observasjonskompetanse og smittevern. Ansatte i helse- og omsorgssektoren kan ta slike kurs i egen regi, men aktører som fylkeskommunen, Nav, kommunen og fagforeningen går også til innkjøp av kurs og tilbyr det til sine ansatte eller medlemmer.

Ett av tiltakene under Kompetanseløft 2020 var å etablere en kurspakke for ufaglærte. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse fikk i 2010 i oppdrag å utvikle og tilby kurs for ufaglærte. Kompetansesenteret har siden de fikk tildelt oppdraget i 2010 utviklet tre større ABC-kurs, og tre kortere innføringskurs kalt «Dette må jeg kunne», som retter seg spesifikt mot nyansatte og ufaglærte i helse- og omsorgssektoren.

I sluttevalueringen av Kompetanseløft 2020 beskrives disse kursene som svært relevante:

«Kortvarige kurs, som ABC-opplæring og korte e-læringskurs, blir ofte nevnt i intervjuene som eksempler på fruktbar og tilgjengelig kompetanseheving, selv om disse ikke gir den faglige fordypingen som er nødvendig og etterspurt for å løfte kompetansen i sektoren.» (Grut et al., 2021, s. 51)

Også i Rambøll (2018) sin kartlegging av kompetanseplanlegging i fem kommuner trekkes ABC-kursene frem som et viktig tilbud for å heve kompetansen til ufaglærte ansatte. Informantene beskriver disse kursene som et tilbud med lav terskel, og det fremheves også at det at kurset gir faglig påfyll uten en avsluttende eksamen, er positivt. Ansatte uten formell utdanning har ofte dårlige erfaringer med skole, og kurs blir mer tilgjengelige ved at det ikke stilles krav om eksamen eller avsluttende prøver.

Rammer for læring

ABC-kursene fremstår som et viktig virkemiddel for å styrke ansatte uten helse- og sosialfaglig bakgrunn sin grunnkompetanse. Samtidig kan det også stilles spørsmål ved, slik som Grut et al. (2021, s. 51) gjør: om slike innføringskurs gir ansatte den kompetansen som behøves for å gi faglige forsvarlige og gode tjenester til brukerne. Svaret på dette spørsmålet avhenger av flere forhold. Det avhenger selvfølgelig av kvaliteten på kurset. Dette dreier seg om flere ting, som for eksempel faglig relevans, underviserens pedagogiske evner og om balansegangen mellom teoretiske forelesninger og praksisnære oppgaver (Disch & Johansen, 2016).

Like sentralt er hvilken organisatorisk ramme kurset foregår i. Dette kan igjen knyttes til to forhold. Slik som Disch og Johansen (2016) peker på, avhenger det av hvordan kursets innhold og læringsmomenter følges opp på arbeidsplassen. Kombineres gjennomføring av et innføringskurs med refleksjon og diskusjon på møter, av kollegaveiledning og at man arbeider regelmessig mens man enda har undervisningen friskt i minne?

Dette dreier seg om hvordan leder organiserer arbeidsplanen, men også hvilket handlingsrom leder har til å for eksempel «toppe» bemanningen på noen vakter, slik at fagansatte har tid til å følge opp og veilede nykursede ansatte.

Den såkalte Røykenmodellen er et kjent eksempel på et kompetansehevingsopplegg som kombinerer teoretisk kursing med praktisk opplæring og øving. Formålet med Røykenmodellen var i sin tid «systematisk og kunnskapsbasert faglig oppdatering» av sykepleiere, men metodikken er like relevant for ansatte uten formell kompetanse (Meyer et al., 2022). Modellen bygger på det Meyer et al. (2022) kaller for KNIPS-sløyfen. De ansatte er selv med på å kartlegge kompetansebehovene og bestemme hvilke områder eller ferdigheter man skulle forbedre. Selve undervisningsopplegget besto av både teoretisk undervisning og praksisøvelse, og utviklingen av ferdigheter ble testet gjennom til sammen tre tester: en teoritest i forkant og etterkant av undervisningen, og til slutt en praksistest. Til sammen var det satt av én og en halv arbeidsdag til undervisning og testing. I tillegg måtte de ansatte gjøre noen forberedelser hjemme. Røykenmodellen er et eksempel på hvordan teoretisk e-læring kan kombineres med praktisk øvelse med erfarne kollegaer.

En måte å sikre gode rammer for opplæring og kompetanseutvikling, er å ha en opplærings- og veiledningsplan. I Gran kommune, for eksempel, har de en overordnet kompetanse- og rekrutteringsplan for hele helse- og omsorgsektoren. I denne planen har de en oversikt over prioriterte opplæringstiltak for ulike tjenesteområder og ansattgrupper, der for eksempel Mitt livs ABC og Eldreomsorgens ABC inngår. I tillegg har hver avdelingsleder ansvar for å utarbeide en intern kompetanseplan, som for tilrettelagte tjenester også innebærer en opplærings- og veiledningsplan. Der angis hvilke områder eller temaer som prioriteres for kompetanseheving, hvilke tiltak som skal iverksettes og hvilke ansattgrupper som skal delta.⁴ I en slik plan kan man også innføre rutiner for intern undervisning og veiledning for nyansatte og ansatte uten formell kompetanse.

I tillegg avhenger svaret på spørsmålet om kurs er nok, av hvordan tjenestene er organisert, og hvilke oppgaver disse ansatte faktisk får ansvar for å gjennomføre i etterkant av kursingen. Hvis bemanning, turnus og arbeidsfordeling er organisert slik at ansatte med en grunnkompetanse kun gis ansvar for oppgaver innenfor deres kompetanseområde, kan et slikt kurs være «godt nok». Men hvis andelen fagutdannede er lav, samtidig som oppgavefordelingen er lite planlagt, er nok et slikt innføringskurs for lite eller for kort. I neste del skal vi diskutere hvordan uformell kompetanseheving kan kombineres og sees i sammenheng med oppgavedeling.

Oppsummert kan uformell kompetanseheving gjennom kurs og veiledning være sentrale tiltak for å skape tryggere og mer kompetente ansatte, og kurs som for eksempel ABC-kursene synes å være et tiltak mange kommuner allerede tar i bruk og som oppleves som nyttige for å heve nyansatte og ufaglærtes kompetanse. Det kan med andre ord være en viktig strategi for å bedre ivareta ansatte uten helse- og sosialfaglig

⁴ Hentet fra Gran kommunes Kompetanse- og rekrutteringsplan 2022–2030. Tilgjengelig på: <https://img6.custompublish.com/getfile.php/4988769.2576.ksmubkwpwinbna/Kompetanseplan+for+helse+og+omsorg+tilrettelagte+tjenester+og+psykisk+helse+og+rustjeneste.pdf?turn=grankommune.custompublish.com>

kompetanse. Samtidig vil uformell kompetanseheving ha begrenset verdi hvis man ikke har etablert gode rammer på tjenestestedet. Eksterne kurs og e-læringskurs bør følges opp med veiledning og oppfølging på arbeidsplassen for å skape størst læringsutbytte for de ansatte, noe som vil bidra til at de kan utføre noen oppgaver med større faglig selvtillit. Et kurs er likevel kun et kurs, og hvis man ikke har organisert arbeidsoppgavene og bemanningen på en slik måte at ansatte må ta ansvar for oppgaver som er utenfor eller over deres kompetanse, vil kursing som tiltak ha begrenset verdi.

2.4 Organisering og oppgavedeling

Oppgavedeling er i vinden, og er løftet som et bidrag til løsning på de nåværende og fremtidige bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. I Tørn-programmet har oppgavedeling vært ett av tre satsingsområder, ved siden av heltidskultur og velferdsteknologi.⁵ Vi vil her sammenstille nåværende kunnskap om forsøk med oppgavedeling med fokus på personellgruppen uten helse- og sosialfaglig utdanning, og drøfte oppgavedeling som en strategi for bedre ivaretagelse av denne gruppen.

Hva er oppgavedeling?

Oppgavedeling, eller oppgaveglidning, kan kort defineres som omfordelingen av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper. Oppgavedeling kan være planlagt og formell, eller mer uplanlagt og uformell. Uplanlagt oppgavedeling vil typisk være et resultat av forskjeller mellom planlagt og faktisk bemanning, og kan innebære at assistenter eller helsefagarbeidere gjennomfører sykepleiefaglige oppgaver på grunn av sykepleieransattes fravær (Devik & Olsen, 2022; Gautun, 2020).

Videre kan oppgavedeling være vertikal eller horisontal. Vertikal oppgavefordeling innebærer at oppgaver flyttes fra en yrkesgruppe til en annen yrkesgruppe med enten høyere eller lavere utdanning, som for eksempel fra lege til sykepleier eller helsefagarbeider til assistent. Horisontal oppgavedeling innebærer omdelegering mellom to yrkesgrupper med likt utdanningsnivå, men ulik fagbakgrunn, slik som fra vernepleier til sykepleier.

Oppgavedeling kan samtidig også foregå gjennom diversifisering eller spesialisering innad i en yrkesgruppe. Diversifisering dreier seg om at en yrkesgruppe utvider sitt repertoar og får ansvar for et bredere felt av oppgaver. Spesialisering, på den andre siden, innebærer at man utvikler og tar ansvar for et mer spesifikt felt av faget og dermed også oppgavene (Nancarrow & Borthwick, 2005; Devik & Olsen, 2022; Bråthen & Mo-land, 2023).

Oppgavedeling i norske helse- og omsorgstjenester

Devik og Olsen (2022) sin litteraturgjennomgang av norsk og internasjonal forskning viser at det finnes flest studier på oppgavedeling mellom sykepleiere og yrkesgrupper med lavere utdanning, herunder både fagarbeidere og ufaglærte.

⁵ Tørn er et utviklingsprogram og læringsnettverk ledet av KS, hvor norske kommuner har gjort forsøk med ny organisering av arbeid og arbeidstid i helse- og omsorgstjenestene. I 2023 ble Tørn utvidet til et nasjonalt program for hele helse- og omsorgstjenesten.

Noen av disse studiene omhandler den uplanlagte/usystematiske oppgavedelingen som foregår i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gautun (2012, 2020) og Gautun og Bratt (2014) har dokumentert mangelen på sykepleierkompetanse i både planlagt og faktisk bemanning i hjemmesykepleien og på sykehjem. De finner også at det foregår mye uformell oppgavedeling i den kommunale helse- og omsorgssektoren som et resultat av manglende sykepleierkompetanse. Det er typisk at en ufaglært vikar eller deltidsansatt blir satt inn på sykepleiervakter. Basert på sin litteraturgjennomgang, der Gautuns studier inngår, konkluderer også Devik og Olsen (2022, s. 22) med at oppgavedeling er utstrakt i norske kommuner, men at det i liten grad er et resultat av en «bevisst og styrt strategi».

Andre studier retter søkelyset mot noen yrkesgruppers erfaringer med dagens oppgavefordeling og perspektiver på ny oppgavedeling. Ingelsrud og Falkum (2017), for eksempel, viser at helsefagarbeidere opplever å ikke få utnyttet sin kompetanse til det fulle, og at oppgavefordelingen mellom denne yrkesgruppen og sykepleiere er variert og fremstår som noe tilfeldig. På basis av disse og andre studier, fremstår det som at det er lite system/plan i hvilke oppgaver ansatte uten formell utdanning gjør, og at de tidvis gjennomfører pleieoppgaver som er utenfor deres kompetanse.

Samtidig er det også noen nyere studier som viser eksempler på et mer strategisk og planlagt arbeid med ny oppgavedeling i den kommunale helse- og omsorgssektoren, herunder Bråthen og Moland (2023; 2024). Disse studiene ser både på prosessen med å kartlegge oppgavefordelingen og utforme nye stillingsbeskrivelser eller arbeidsinstruksjoner for de ulike yrkesgruppene. Ansatte uten helse- og sosialfaglig bakgrunn inngår som en av yrkesgruppene i disse studiene. Oslo Economics (2022) har også gjennomført en studie av flere caser av systematisk og planlagt oppgavedeling i sykehussektoren.

Øygarden et al. (2020) ved Norce har evaluert første fase av et pilotforsøk i hjemmetjenesten i Bergen kommune. Her ble to avdelinger omorganisert til to team: et Omsorgsteam (OT) bestående av helsefagarbeidere og assistenter og et Helsetjenesteteam (HT) bestående av sykepleiere, fysioterapeuter og andre med høyere helsefaglig utdanning. Formålet med omorganiseringen var å nyttiggjøre sykepleierkompetansen på en mer effektiv måte. Omsorgsteamet fikk et utvidet og mer selvstendig ansvar for en pasientgruppe som hadde behov for praktisk bistand. Dette innebar også et større ansvar for oppfølging, dokumentasjon og observasjon av helsetilstand.

Videre har også noen kommuner eller tjenestestudier sitt arbeid blitt dokumentert i ulike fagblader og på partenes hjemmesider, herunder KS sin Tørn-hjemmeside. Disse er ikke vitenskapelige studier, men beskriver nybrottsarbeid i sektoren.

Proessen mot ny oppgavedeling: gjennomgang av eksisterende praksis og organisering

I evalueringen av oppgavedeling-prosjektene i Tørn fremhever Moland og Bråthen at:

«Innføring av ny oppgavedeling i helsesektoren krever gjennomgang av eksisterende arbeidspraksiser, kompetansefordeling og organisatorisk struktur.» (Bråthen & Moland, 2024, s. 15)

Involvering av medarbeiderne i analysen av arbeidspraksis og organisering har vært sentral i flere av Tørn-kommunene, som har vært inspirert av Bodø kommune sitt prosjekt og «Johansens-metoden» som ble utviklet her. Ved to sykehjem i Bodø kommune ledet en ansattgruppe – bestående av to assistenter, to helsefagarbeidere og to sykepleiere – an i kartlegging og omfordeling av arbeidsoppgaver. På post-it-lapper skrev de ned hvilke oppgaver de ulike yrkesgruppene gjennomførte i løpet av en typisk vakt, en uke og et år. Deretter gikk de gjennom alle oppgavene og fordelte dem på nytt mellom de ulike yrkesgruppene.

Gjennom denne prosessen ble det tydelig at sykepleierne og helsefagarbeiderne gjennomførte mange oppgaver som ikke krevde helse- og sosialfaglig utdanning. I kartleggingen «fikk» assistentene mange oppgaver fra begge yrkesgrupper. Dette var både serviceoppgaver som matlaging og rengjøring, men også pleieoppgaver. Johansens metode har blitt brukt og videreutviklet i Tørn-programmet, og som følge av dette har flere kommuner gjennomført en slik oppgavekartlegging (Bråthen & Moland, 2024).

Ny og klarere oppgavefordeling som resultat

Bråthen og Moland (2024) finner som resultat av kartleggingen av oppgaver og organisering at flere tjenestesteder har etablert nye rutiner og tydeligere oppgavedeling mellom de ulike yrkesgruppene. Ved et sykehjem i Gran kommune, for eksempel, har de utviklet ulike «oppgavekort» som fordeles mellom de ansatte på en vakt og som spesifiserer hva hver enkelt ansatt har ansvar for. Dette synes også å føre til en tydeligere fordeling av fagspesifikke og ikke-fagspesifikke oppgaver. Det er for eksempel et sykepleiekort, men også flere kort som kan «holdes» av assistenter. I tekstboksen beskrives to slike fagkort. Disse kjennetegnes også av noen pleiefaglige oppgaver og mange serviceoppgaver (KS, 2023).

Servicekort

- stell av pasientgruppe som er «pleielett» – behov for tilstedeværelse, men ikke medisinsk oppfølging og videre stell
- ansvar for å holde orden på lagre, skyllerom og fellesområder

Kjøkkenkort, dagvakt

- stell av tre pasienter med forholdsvis enkle behov
- ansvar for kjøkkenet resten av vekten
- ikke direkte pasientansvar, men gir bistand/støtte ved behov

Oppgavedeling og kompetanseheving

Både Bråthen og Moland (2023; 2024) og Øygarden et al. (2020) beskriver også at ansatte hadde behov for kompetanseheving for å lykkes med ny oppgavefordeling. Sistnevnte beskriver at flere av assistentene og helsefagarbeiderne var utrygge i sin nye

rolle og med nye arbeidsoppgaver. Disse hadde gjennomført kurs, men det var likevel behov for andre og gjentakende kompetansetiltak:

«[...] våre funn tyder på at slike kurs må gjentas og følges opp av praktisk øvelse for at de som skal utføre oppgavene føler seg trygge på hva de skal gjøre og ikke kjenner på en usikkerhet rundt sin egen evne til å mestre oppgavene.» (s. 21)

Øygarden et al. (2020) sine funn og anbefalinger om både utformingen og mengden av kompetansetiltak kan sees i sammenheng med den tidligere diskusjonen om kursing. Også Bråthen og Moland (2023; 2024) beskriver at kompetansetiltak og -kartlegginger var en viktig del av arbeidet med ny oppgavedeling. Gjennom kompetansekartlegginger ble det avdekket på hvilke områder de ulike yrkesgruppene hadde behov for mer opplæring. Disse studiene viser at ny oppgavedeling ofte forutsetter kompetansehevede tiltak og opplæring.

En ny plass for ufaglærte?

I sin casestudie av sykehjemmene i Bodø kommune konkluderer Bråthen og Moland (2023) med at assistentenes fikk ny legitimitet i arbeidsfellesskapet, fordi tjenesteanalysene synliggjorde at det var mange oppgaver som kunne gjøres av noen uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse. I Bodø ble andelen assistenter redusert i bemanningsplanene, men de resterende ansatte hadde til gjengjeld en tydeligere rolle i å avlaste helsepersonellet.

Også i Bråthen og Moland (2024) rapporterer flere kommuner om at de på bakgrunn av gjennomgang av oppgaver ser behovet for assistenter, men også andre yrkesgrupper, uten helse- og sosialfaglig utdanning. I 20 av 54 kommuner hadde det allerede endret kompetansesammensetningen, men svært få kommuner tallfestet denne endringen. Basert på informantenes frittekstsvar synes flere å mene at flere assistentårsverk er en del av fremtidas bemanningsløsning.

Disse to studiene viser at flere kommuner ser potensialet i assistentrollen, og at oppgavekartlegging kan bidra til å synliggjøre assistentenes rolle og bidrag. Samtidig er flere av disse kommunene fortsatt i startfasen, og det er få som har gjort betydelige endringer i kompetansesammensetningen enda. Det er behov for mer kunnskap om hvordan oppgavene i helse- og omsorgstjenesten kan fordeles og bemanning og turnus organiseres på en måte som nyttiggjør seg av de ulike ansattgruppenes kompetanse best mulig.

God nok fagdekning og robuste turnuser

Arbeidet med oppgavedeling må også sees i sammenheng med rekruttering av fagarbeidere og høgskoleutdannede, og med planlegging for fravær og robuste turnuser. Som tidligere beskrevet, vil minimumsbemanninger med få fagansatte resultere i at assistenter ofte dekker sykepleier- eller helsefagarbeidervakter. For å sikre en god nok fagdekning, og da også gode arbeidsvilkår for alle ansatte, synes det sentralt å også bygge robuste bemannings- og turnusplaner med høyde for fravær. På Sandsli sykehjem i Bergen har de en planlagt buffer på 4,5 årsverk i sykepleierteamet. De ekstra årsverkene gjør at de er mindre sårbare for fravær, og sikrer at det nesten alltid er nok

kjente sykepleiere på vakt til å gjennomføre alle «sykepleieroppgaver» (Yssen et al., 2023). Dermed blir det større overensstemmelse mellom planlagt og faktisk bemanning, og behovet for å sette ansatte uten formell utdanning på vakter som er planlagt for personell med helse- og sosialfaglig utdanning reduseres.

Oppgavedeling og kompetanseutvikling i Gøteborg-modellen

Gøteborgsregionen (GR), som er et utviklings- og innovasjonsnettverk bestående av 13 kommuner rundt Gøteborg, har etablert en ny yrkes- og karrieremodell i eldreomsorgen. Formålet med modellen er å synliggjøre og etablere karriereveier i eldreomsorgen for ansatte uten relevant utdanning, og å tydeliggjøre hvilke oppgaver ansatte med ulik kompetanse skal ha. Det er med andre ord en satsing og modell for ny oppgavedeling, men også for kompetanseutvikling i personalgruppen (Gøteborgsregionen, 2024). Det foreligger per i dag ikke forskning på hvordan implementeringen av denne modellen har fungert, og hvordan det har påvirket forhold som tjenestekvaliteten, rekruttering, kompetanseutvikling og de ansattes trivsel. Ideene og tankegangen som ligger til grunn for modellen er likevel interessante, så vi velger derfor å presentere dem her.

I denne modellen er det etablert to nye stillingskategorier eller -nivåer. Vårdbitråde har tradisjonelt vært en tilsvarende stilling som assistent eller pleieassistent i Norge, og har tidligere omfattet ansatte uten og ansatte med noe formell kompetanse. I Sverige er det etablert et nasjonalt utdanningsløp for vårdbitråde i voksenopplæringen, noe som ikke er tilfelle i Norge. Underskötterska- (helsefagarbeider) og vårdbitrådeutdanningen utgår fra samme kurs- eller emnepakke, men vårdbitrådeutdanningen er kortere, med færre kurs og studiepoeng. Den kan også kombineres med undervisning i svensk som andrespråk.

Som basis for videreutvikling av stillingsbeskrivelser og oppgavedeling har man altså et annet, lavere nivå i yrkesutdanningen for voksne. På basis av de ulike utdanningsløpene og -nivåene har man etablert to nye stillingsbeskrivelser, og et skille mellom bitråde (assistent) og vårdbitråde (pleieassistent):

Bitråde (assistent) har ikke formell helse- og sosialfaglig utdanning. Yrkestittelen brukes typisk om ringe- og helgevikarer. Fast ansettelse kan overveies ved interesse og personlig egnethet. Ved fast ansettelse skal en kompetanseutviklingsplan opprettes.

En bitråde kan utføre serviceoppgaver og enkle pleie- og omsorgsoppgaver. Man skal bidra til å dokumentere utført arbeid og pleie, men ikke være ansvarlig for å utvikle omsorgsplaner. Man skal heller ikke ha ansvar for mer avansert pleie, omsorg og sykepleie, eller være fast omsorgskontakt.

Vårdbitråde (pleieassistent/pleiemedhjelper) har utdanning eller sertifisert/validert utdanning tilsvarende Nasjonalt yrkesprogram for vårdbitråde. Vårdbitrådeansatt skal gis mulighet og støtte til å ta videreutdanning til underskoterska.

Oppgaver og ansvar inkluderer å utføre service-, pleie- og omsorgsoppgaver ut ifra etablert omsorgs- eller behandlingsplan. Kan utføre visse helsefaglige oppgaver etter instruksjon, ordinasjon eller delegering.

Skal ikke ha ansvar for veiledning av kollegaer og ikke være omsorgskontakt eller utarbeide omsorgs- eller behandlingsplaner.

Underskoterska (helsefagarbeider) har tatt utdanning som underskoterska i voksenopplæringen eller på Vård- och omsorgsprogrammet på videregående.

Oppgaver kan bl.a. innebære å være omsorgskontakt, skape, følge opp og evaluere omsorgsplaner og gjennomføre helsefaglige oppgaver etter instruksjon og delegering. Andre oppgaver kan være å samarbeide med pårørende og pasient for å skape en meningsfull hverdag og opprettholde og utvikle deres funksjoner.

Med lang erfaring kan man også få ansvar for å være veileder og mentor, initiere og delta i utviklingsprosesser.

Spesialistunderskoterska (helsefagarbeider med videreutdanning) har tatt en etterutdanning på fag- eller høyskole. Det kan være deler av en høyskoleutdanning (minst 60 poeng), og må være rettet mot helse- og omsorgsfeltet eller eldreomsorg.

Oppgaver skal spesifiseres basert på virksomhetens behov, men skal bidra til å støtte og utvikle virksomheten og kollegaene. Ansvarsområder kan være å gjennomføre kvalitetsforbedring i driften, utvikle arbeidsmetoder, ha en støttefunksjon og ansvar for områder som demens, palliativ omsorg, psykisk uhelse m.m.

Referanse: [Gøteborgsregions prosjektnettside](#) og [Harryda kommune](#)

Det er verdt å merke seg at det er rom for å ansette og delegere visse oppgaver til ufaglærte i Gøteborgmodellen. Dette reflekterer et perspektiv som innebærer at det er flere oppgaver i eldreomsorgen som kan gjennomføres av ansatte som ikke har formell kvalifisering. Samtidig vektlegges det for det første at det er mange sykepleie- og helsefaglige oppgaver disse assistentene ikke skal få ansvar for. For det andre fremheves det at fast ansettelse av en bitråde skal gjøres basert på en vurdering av interesse og egenhet, og at arbeidsgiver i så fall skal opprettes en kompetanseplan. Dette reflekterer et tanke sett om at arbeidsgiver skal tilrettelegge for at ansatte uten formell kvalifisering kan oppnå formell utdanning på et høyere eller lavere nivå.

2.5 Oppsummering

Det er finnes flere ordninger og tiltak, både innenfor og utenfor det formelle utdannings-systemet, som kan bidra til ivaretagelse og utvikling av ansatte uten formell helse- og sosialfaglig kompetanse. Dette inkluderer alternative veier til fagbrev, slik som praksiskandidat og fagbrev på jobb. Videre finnes det også flere større og mindre kurs som kan gi ansatte et kompetanseløft.

De siste årene har også flere avdelinger og kommuner startet et arbeid med beman-nings- og oppgavekartlegginger innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette arbeidet er fortsatt i startfasen, men casestudier viser at flere ledere og yrkesutøvere ser poten-sialet i og behovet for assistentrollen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samtidig har arbeidet med ny oppgavedeling også synliggjort et behov for kompetanse-heving. Dette viser at kompetanseheving og oppgavedeling må sees i sammenheng, slik som Gøteborgmodellen er et eksempel på. Dette er en mulig modell for systematisk oppgavedeling og kompetanseutvikling i kommunene for ansatte uten formell kompe-tanse.

3 Ledelse for tjenesteutvikling

I 2022 hadde norsk arbeidsliv 238 000 ledere. 12 000 er ledere i helse- og omsorgstjenestene, og litt over halvparten av disse igjen er ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Omtrent halvparten av disse er sykepleiere. De fleste lederne er førstelinjeledere med ansvar for den daglige driften, der en av de fremste oppgavene er å sørge for å ha tilstrekkelig mange ansatte med riktig kompetanse som kan sikre gode tjenester til brukerne (Nilsen & Moland, 2023).

I dette kapitlet trekker vi frem noen sider ved hvordan førstelinjelederrollen utføres og hvilke forhold som fremmer og hemmer mulighetene for lokal tjeneste- og kompetanseutvikling. Her tenker vi både på arbeidet med å håndtere de daglige drifts- og personalutfordringene og handlingsrommet til å gjøre forbedringer. Det siste impliserer også overordnede ledernivåer og tillitsvalgte. I kapitlet stiller vi følgende hovedspørsmål:

- Hva er sentrale forutsetninger for ledelse av tjenesteutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Videre har vi formulert følgende underspørsmål:

- Hvilke forhold hemmer ledelse av tjenesteutvikling?
- Hvilke forhold fremmer tjenesteutvikling?
- Hva kjennetegner den «gode» kompetanse- og tjenesteutviklende lederen?

Før vi går nærmere inn på spørsmålene over, vil vi kort skissere hva som kjennetegner rollen til førstelinjeledere i helse- og omsorgssektoren.

3.1 Førstelinjeledere

Ledelseslitteraturen har gjerne vært opptatt av å skille mellom administrasjon og ledelse. Administrasjon er knyttet til lederens rolle til og iverksetting, oppfølging og kontroll av administrative regler og rutiner. Ledelse har i større grad vært knyttet til mer relasjonelle aspekter. Ledelse og administrasjon er i praksis tett sammenvevd, og ledere som skal lykkes må kunne håndtere begge disse funksjonene (Jacobsen & Thorsvik, 2002; Strand, 2007; Bolman & Deal, 2009). Toppledere i norske kommuner vil typisk ha et strategisk perspektiv og er ansvarlige for store deler av organisasjonen. De vil følgelig legge vekt på langsiktig planlegging og overordnet styring. Toppledere tar typisk beslutninger om strategi, økonomi, og organisasjonsutvikling.

Med førstelinjeledere mener vi her de lederne som har et spesifikt ansvarsområde og leder en gruppe ansatte, men som selv ikke har noen underordnede ledere. Førstelinjeledere befinner seg slikt sett nederst i lederhierarkiet og vil typisk være avdelingsledere eller teamledere. I det videre vil de omtales som ledere.

Førstelinjeledere i helse- og omsorgssektoren spiller en avgjørende rolle i å sikre effektiv drift og kvalitet i tjenestene. Disse lederne står i frontlinjen, der de balanserer administrative oppgaver, personalhåndtering og pasientbehandling. Førstelinjeledernes oppgaver er mangfoldige og krever oppmerksomhet om en rekke oppgaver (Kassah et al.,

2021). Disse lederne har gjerne ansvaret for å administrere ressurser som bemanning, økonomi og utstyr. Sentrale oppgaver er budsjettplanlegging, personalhåndtering og koordinering av daglige gjøremål på et tjenestested. En del ledere er også direkte involvert i pasientbehandling. Kvalitetssikring, etterlevelse av retningslinjer og evaluering av tjenestekvaliteten er ofte også en del av førstelinjelederens ansvar. Videre må førstelinjeledere være oppmerksomme på endringer i sektoren og samfunnet ellers; innovasjon og kontinuerlig forbedring er stikkord for å møte stadig nye utfordringer i sektoren.

Ledere på dette nivået har dermed både ansvar for fag, personell og økonomi. Utøvelse av ledelse krever riktige rammebetingelser. Lederne må ha tilstrekkelig handlingsrom for å kunne utøve ledelse. Her kan vi se at lederes handlingsrom viser til den grad av autonomi og frihet de har til å ta beslutninger og iverksette endringer i tjenestene. Dette handlingsrommet kan være påvirket av både interne og eksterne faktorer. Interne faktorer inkluderer både organisasjonsstrukturen så vel som kulturen, samt kompetansesammensetning i personalgruppen. En støttende kultur kan gi ledere større handlingsrom ved å oppmuntre til nytenkning, mens en mer rigid organisasjonsstruktur og strenge retningslinjer kan begrense en leders evne til å gjøre endringer (Selznick, 1997). Eksterne faktorer som økonomiske rammer, lover og føringer, politiske beslutninger og teknologi er også forhold som i stor grad påvirker lederens handlingsrom (Bolman & Deal, 2009).

De siste årene har det blitt gjennomført flere undersøkelser som tar for seg førstelinjelederens rolle og rammer, både i norske kommuner og i spesialisthelsetjenesten. I de kommende avsnittene skal vi se nærmere på funnene fra noen av disse undersøkelsene og drøfte hvordan disse påvirker lederens muligheter for ledelse av tjenesteutvikling.

3.2 Førstelinjeledere møter flere utfordringer

I 2022 publiserte Agenda Kaupang rapporten «Førstelinjeledere i døgnkontinuerlige virksomheter» (Aagestad, 2022). Rapporten er gjennomført på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, og er en kartleggingsundersøkelse blant i overkant av 700 sykepleiereledere i sykehjem, hjemmesykepleie samt fra somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Formålet med kartleggingen var å dokumentere status og utfordringsbilder om forhold som rammevilkår, ansvar og myndighet, og handlingsrom og blant førstelinjeledere.

Aagestad (2022, s. 32) finner at ca. halvparten av de spurte har en form for videreutdanning innenfor sykepleie. Videre viser undersøkelsen at om lag to tredjedeler av ledere i hjemmesykepleien oppgir å ha en formell lederutdanning, mens de samme tallene for henholdsvis sykehjem og somatiske tjenester er 63 og 54 prosent. Videre finner Aagestad (2022) at førstelinjelederne ved sykehjem oftere enn i de andre tjenestemrådene opplever at de ikke har tilstrekkelig antall ansatte, og at de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige til å sikre tjenester av god kvalitet på tjenestene. Disse lederne opplever det også som mer krevende, både praktisk og økonomisk, å legge til rette for faglig utvikling av medarbeiderne sine. Mange av lederne opplever også å ha for mange deltidsansatte. Dette er velkjente utfordringer i sektoren og vil diskuteres i mer detalj i de kommende avsnittene.

Høy andel deltid og flyktig arbeidskraft i sektoren

Heltidskultur og dermed heltid som norm i helse- og omsorgssektoren har lenge vært et uttalt mål både for regjeringen, partene i arbeidslivet og mange kommuner (Ellingsæter & Jensen, 2019). Norske kommuner har over tid hatt store utfordringer med å rekruttere kompetente ansatte til å møte den økende etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester (Hjemås et al., 2019; Holmøy et al., 2023; NOU, 2023: 4). Vi vet også fra tidligere forskning at mange kommuner benytter arbeidskraft med lavere kompetanse enn normert (Gautun, 2012; 2020). Det brukes også mye vikarer og ansatte i små deltidsstillinger (Moland & Schanche, 2019, Moland, Tofteng & Bråthen, 2023). Dette fører til at brukerne møter mange tjenesteytere de ikke kjenner, og som ikke kjenner dem (Moland & Bråthen, 2019). Lederne av tjenestene må bruke mye tid på opplæring og veiledning av flyktig arbeidskraft, og arbeidsdagene blir heller ikke så godt planlagt som de kunne ha vært (Moland, 2015). Det er med andre ord mange utfordringer både for ledere, ansatte selv og selvsagt for brukerne av tjenestene.

Når det gjelder lederne spesifikt, spurte Moland, Tofteng & Bråthen (2023b) i sin spørreundersøkelse om hvordan de ansattes små og store stillinger og bruken av ekstravakter påvirker lederens rolle. Dette var formulert som et spørsmål med mulighet for fri tekstsvare der lederne selv kunne formulere det de ønsket. Det kom inn over 200 svar på dette spørsmålet, og i rapporten skriver forfatterne at svarene som kom kan grovt oppsummeres med følgende sitat fra en leder:

«Gjennomgående tar de heltidsansatte større ansvar og har høyere kompetanse enn de som jobber deltid. Heltidsansatte er derfor lettere å lede» (Moland, Tofteng & Bråthen., 2023, s.78).

Videre skriver forfatterne av rapporten at det er grunn til å tro at for de fleste ledere er tanken om å bare ha heltids- og deltidsansatte i store stillinger så urealistisk at den knapt blir formulert. I rapporten vises det til ledere som beskriver en hverdag med svært mange deltidsansatte, et stort vikarbehov og utfordringer med å skaffe tilstrekkelig med bemanning. Mye av lederens tid går derfor med til å fremskaffe ekstravakter samt rekruttere og lære opp nye vikarer og ansatte. Dette går i neste omgang på bekostning av tiden til ledelse og fagutvikling. Ledere med ansvar for mange ansatte og ansatte som ofte er borte fra jobben, skaper i tillegg kommunikasjonsutfordringer og reduserer kontinuiteten i tjenestene (Moland, Tofteng & Bråthen, 2023, s. 78). Lignende tematikk er også belyst i rapporten fra Agenda Kaupang. Lederne i Aagestads (2022) spørreundersøkelse fikk spørsmål om det er for mange ansatte i deltidsstillinger. 36 prosent svarte at de er helt enige eller enige, uavhengig av tjenesteområde. Innenfor hjemmesykepleie er 51 prosent svært enige eller enige, mens det for sykehjem og somatikk er henholdsvis 29 prosent og 39 prosent.

Ledere har en sentral rolle i å inspirere, motivere og engasjere sine ansatte, og gjennom støtte og utvikling bidra til et positivt arbeidsmiljø (Bolman & Deal, 2009). Utstrakt bruk av deltidsansettelser resulterer i at antallet ansatte bli høyere enn antall årsverk. En ansattgruppe med lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse vil ofte være vesentlig større enn en gruppe med høy gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Utstrakt bruk av deltidsansettelser,

sammen med utstrakt bruk av vikarer og ekstrahjelper vil derfor gjøre lederrollen mer utfordrende.

Fra tidligere undersøkelser vet vi at mange kommuner forventer at det vil bli mer tid til ledelse når antallet deltidsstillinger reduseres, samtidig som det utvikles mer stabile ansattgrupper der flere blir værende over tid (Moland, 2015). Undersøkelser har også vist at deltidsansatte har en høyere turnover sammenlignet med heltidsansatte. Dette er spesielt tydelig blant yngre arbeidstakere under 30 år. En nyere studie basert på registerdata fant at omtrent halvparten av de deltidsansatte vil bytte jobb innen et år (Nielsen & Moland, 2023). En høy grad av turnover kan være kostbart, siden det kan føre til uro på arbeidsplassen. Dessuten kan ressurser som kunne vært anvendt på oppgaver rettet mot brukerne og utvikling, heller måtte brukes til opplæring og veiledning av stadig nytt personell. I tillegg kommer kostnader knyttet til rekruttering (Moland, Tofteng & Bråthen, 2023).

De fleste arbeidsplasser i Norge har en overvekt av heltidsansatte. Heltidsansatte har generelt sett lavere sykefravær enn deltidsansatte. Dette mønsteret finner vi derimot ikke innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvor flertallet av de ansatte jobber deltid og i turnus. Her har tidligere undersøkelser funnet at heltidsansatte har høyere sykefravær enn deltidsansatte (Norberg-Schultz, 2023). Kvalitative studier har vist at arbeidsplasser som utvikler «den gode vakta», hvor ansatte har riktig kompetanse og faste, store stillinger kan bidra til å redusere sykefraværet (Moland, Tofteng & Bråthen, 2023; Moland & Bråthen 2012). Heltidsansatte kjenner rutiner og kollegaer, og de arbeider ofte mer selvstendig og tar mer ansvar. I tillegg vil ledere få et lavere «lederspenn» når det totale antall årsverk er fordelt på færre ansatte. Dette gir igjen bedre vilkår og tettere personalledelse samt tid til andre oppgaver, som for eksempel tjenesteutvikling.

Lederspenn

Antall ansatte per leder blir gjerne omtalt som lederspenn, og dette er et uttrykk som ofte brukes i ledelseslitteraturen for å beskrive antall personer eller aktiviteter som en leder effektivt kan håndtere. I kommunal sektor ble lederspennet særlig relevant for en del år tilbake da man forsøkte å implementere to-nivå-ledelse og andre «kostnadsbesparende» tiltak ved å redusere antall ledere (Moland & Bogen, 2001). I virksomheter der oppgavene er standardiserte og behovet for dialog mellom ledere og ansatte er begrenset, kan en flat struktur og et stort kontrollspenn være passende. Men i kommunale tjenester med komplekse og varierte arbeidsoppgaver, og hvor ansatte ønsker ledere som er mer til stede og «ser dem», er behovet for dialog mellom leder og ansatte og mellom ansatte betydelig større (Moland & Egge, 2000). I slike virksomheter bør lederspennet være mindre (Mintzberg, 1983).

I det norske arbeidslivet er det i gjennomsnitt elleve ansatte per leder. I sykehusene og i kommunale helsetjenester er lederspennet nesten dobbelt så stort, henholdsvis 23 og 21 ansatte per leder. I de kommunale helse- og omsorgstjenester er lederspennet på 40, og kommer på toppen av høy bruk av vikarer (Nielsen & Moland, 2023, s. 47; Moland, Tofteng & Bråthen, 2023). Dette innebærer at lederne i sektoren har et stort volum av oppgaver, spesielt de som er relatert til administrative og formelle krav. Nielsen og

Moland (2023, s. 25–26) skriver at antall ansatte i lederyrker har økt fra 2015 til 2022 både i de kommunale tjenestene, på sykehusene og i arbeidslivet ellers. I 2015 hadde helse- og omsorgstjenester 5595 ansatte i lederstillinger, mens antallet syv år senere hadde økt til omtrent 6500. I sykehusene hadde antallet økt fra rett under 4800 til omtrent 5800 i samme periode. Sett under ett har antallet ledere økt med nesten 10 prosent.

Den største veksten har vært i hjemmetjenestene (20 prosent), de kommunale helsetjenestene (26 prosent) og sykehusene (20 prosent). Andre næringer har hatt en mindre økning på rundt 8 prosent, mens veksten har vært lavest i institusjonsbaserte omsorgstjenester med en økning på 3 prosent. Veksten i antall ledere har vært noe større enn veksten i antall ansatte i denne perioden. Sykehusene har økt antall ledere med 20 prosent, mens kommunene har hatt en økning på 16 prosent. Til sammenligning har antall ansatte økt med 10 prosent i begge disse tjenesteområdene (Nielsen & Moland, 2023, s. 25). Sett under ett betyr dette at selv om helse- og omsorgssektoren har opplevd en økning i antall ledere, og denne veksten i noen grad har overgått veksten i antall ansatte, betyr det ikke nødvendigvis at det er for mange ledere i sektoren, spesielt på førstelinje- og mellomledernivå.

Utfordringer med stort lederspenn

I lederundersøkelsen fra Agenda Kaupang (Aagestad, 2022) ble førstelinjelederne spurt om de opplevde at de har ansvar for mange ansatte, og om de opplever at de har for mange deltidsansatte. Om lag halvparten av lederne sa seg «svært enig eller enig» i påstanden om at de har ansvar for et for høyt antall medarbeidere. Undersøkelsen viser videre at antallet ansatte som en leder har direkte ansvar for, varierer betydelig mellom ulike tjenesteområder. Ledere innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester har direkte personalansvar for et større antall ansatte sammenlignet med ledere på samme nivå i spesialisthelsetjenesten.

I en rapport av Holte et al. (2019) hevdes det at helse- og omsorgssektoren i kommunene skiller seg ut ved å ha et stort antall ansatte per leder. Studien avdekker at i sykehjem er det i gjennomsnitt 93 ansatte per leder, men det er også rapportert om virksomheter med opptil 274 ansatte per leder. For hjemmetjenesten er gjennomsnittet 59 ansatte per leder, men det er også virksomheter med opptil 315 ansatte per leder. Rapporten antyder også at størrelsen på lederspennet kan påvirke sannsynligheten for sykefravær og ansattes valg om å slutte ved arbeidsplassen. Riktignok er effektene små.

Vi ser altså at det store lederspennet i sektoren kan medføre vanskeligheter med effektiv kommunikasjon mellom ledelse og ansatte og koordineringsutfordringer. Lederen vil naturlig nok også ha utfordringer med å gi tilstrekkelig oppmerksomhet til hver enkelt medarbeider. Det er dessuten slik at et stort lederspenn kan påvirke både jobbtilfredshet og turnover i seg selv, ved at ansatte opplever seg oversett eller ignorert.

Ledernes tidsbruk

Moland, Tofteng & Nesland (2023) fant i sin undersøkelse av vikarbruk i sektoren at kombinasjonen av ubesatte stillinger og hyppig bruk av vikarer utgjør en betydelig utfordring for ledere som har ansvar for både drift og personale. Dette påvirker igjen

hvordan lederne kan disponere sin arbeidstid. Flere andre undersøkelser har funnet at både ansatte og ledere i helse- og omsorgssektoren opplever å ha det travelt og at tiden ikke alltid strekker til (Aagestad, 2021; 2022).

Aagestad (2022) ba i sin spørreundersøkelse lederne om å vurdere hvor mye tid de bruker på forskjellige oppgaver. Resultatene viser at lederne generelt bruker mest tid på driftsrelaterte oppgaver som turnusarbeid, rekruttering og håndtering av avvik, og mindre tid på oppgaver som ligger nærmere pasientene og utviklingsarbeid. Det er også noen forskjeller mellom tjenesteområdene når det gjelder tidsbruk. En større andel av lederne i somatiske avdelinger bruker mye tid på rekruttering, avvikshåndtering og strategisk personal- og kompetanseplanlegging sammenlignet med ledere i andre tjenesteområder. Lederne i sykehjemmene er de som bruker mest tid på turnusarbeid, mens lederne i hjemmesykepleien er de som rapporterer at de bruker mest tid på utviklingsarbeid.

I fjor gjennomførte Yssen et al. (2023) en spørreundersøkelse som ble besvart av 1310 sykepleierledere i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Lederne fikk spørsmål om hvordan de bruker tiden sin og hvordan de vurderer denne bruken. I et innledende spørsmål ble de bedt om å estimere prosentvis hvor mye av arbeidstiden som går til åtte ulike oppgaver. Resultatene viser at lederne i gjennomsnitt bruker 21 prosent av tiden sin på å sikre daglig bemanning, inkludert å skaffe vikarer. De bruker 19 prosent på oppfølging og veiledning av personalet, 13 prosent på faglig utvikling og 12 prosent på turnusplanlegging og «andre» oppgaver. I tillegg bruker de i gjennomsnitt åtte prosent av tiden på rapportering og håndtering av avvik, samt bemanningsplanlegging. Rekruttering av fast personell tar i gjennomsnitt syv prosent av lederens tid.

Videre ble lederne spurt om de følte at de brukte for mye eller for lite tid på bestemte områder. Svarene ble kategorisert og rangert basert på andelen som svarte «altfor mye» og «litt for mye». Når man ser tallene fra denne undersøkelsen, er det særlig verdt å merke seg at nesten 75 prosent av lederne rapporterte at de brukte for mye tid på å sikre daglig bemanning, og at nesten to tredjedeler av lederne opplever at de brukte for lite tid på personaloppfølging og veiledning. Videre mente omtrent 80 prosent at de bruker for lite tid på tjenesteutvikling.

Samlet sett viser resultatene at lederne ønsker å bruke mindre tid på å sikre daglig bemanning, inkludert å skaffe vikarer, og mer tid på personaloppfølging, veiledning og tjenesteutvikling. Sett under ett viser undersøkelsene av lederens tidsbruk at lederne bruker mye av sin tid på sikre dag-til-dag-bemanningen, turnusplanlegging og andre driftsrelaterte oppgaver, og lite tid på tjenesteutvikling, strategisk arbeid og nyteknisk (Aagestad, 2022; Andrew & Gjertsen, 2014; Yssen et al. 2023). Dette gjenfinnes også i kvalitative studier som har studert tidsbruk blant førstelinjeledere. Edvardsen og Eilertsen (2022) finner i sin masteroppgave «Førstelinjeledere i krysspress – Opplevelser og håndtering» at omtrent alle deres informanter sitter med en opplevelse av at tiden ikke strekker til for å gjennomføre alle oppgaver de er pålagt. De finner også, i likhet med en rekke andre undersøkelser, at førstelinjeledere benytter mye av sin tid på å forsøke å ringe rundt for å dekke sykefravær.

Drift og utviklingsoppgaver

Olsen (2022) har i sin masteroppgave gjennomført en kvalitativ studie av hvordan seksjonsledere i sykehus opplever balansegangen mellom driftsoppgaver og utviklingsarbeid. Olsen viser i den forbindelse til Mintzberg (2009) som karakteriserer lederens arbeidshverdag som hektisk, fragmentert og delvis kaotisk, og finner at dette er i overensstemmelse med egne data. Det er krevende for lederne å finne en effektiv struktur i det daglige arbeidet, gitt den store mengden av uforutsette oppgaver som krever umiddelbar prioritering og håndtering. Lederne er opptatt med det som omtales som driftsoppgaver. Dette er oppgaver som holder arbeidet i gang på avdelingene: å ha tilstrekkelig antall ansatte på jobb, leie inn ved fravær og følge opp pasientarbeidet. For lederne i undersøkelsen handler utviklingsarbeid om å se fremover og å kunne tenke mer langsiktig. Denne krevende balansen for ledere er også diskutert av Hope (2015). I Olsens (2022) studie er det de mer utviklingsorienterte oppgavene lederne henger etter med som følge av tidskrevende driftsoppgaver.

Lite tid til relasjonsledelse

I kapitlet «Utøvelse av ledelse i kommunale sykehjem – handlingsrommets betydning» beskriver Kassah et al. (2021) utfordringer som fører til økt og tidkrevende administrasjon for førstelinjeledere ved fem ulike sykehjem. En av utfordringene forfatterne løfter frem, er «søk etter vikarer, noe som er en ressurskrevende aktivitet». ⁶ Av deres analyse fremkommer det at vikarbehov og søk etter vikarer bidrar til en økning av lederes administrative oppgaver, og disse oppgavene er tidkrevende. Dette skyldes blant annet utfordringene knyttet til å finne kvalifiserte vikarer. Forfatterne argumenterer også for at lederens handlingsrom preges av flere og komplekse utfordringer som skal løses. Dette har en innvirkning på lederens mulighet til å utøve relasjonsledelse. Denne formen for ledelse kan være spesielt kritisk ettersom mange tjenestesteder står overfor utfordringer med å tiltrekke seg kvalifisert personale (Kassah et al., 2021, s. 147–148).

En annen side ved denne type ledelse er lederens evne til å sikre kompetansebygging og fagutvikling. Dette er sentralt for å sikre beste mulig praksis og en faglig drift. I rapporten «Faglig kompetanseutvikling og medarbeiderdrevet innovasjon i kommunal helsesektor» fant Andersen et al. (2021) at ansatte i de tre undersøkte kommunene mener at det er lite oppmerksomhet rettet mot kompetanseutvikling i kommunen der de jobber. Årsaker til denne situasjonen bunner i liten lederkapasitet, og at ledere er opptatte med koordinering og brannslukking og dermed oppleves som lite tilgjengelige. I rapporten skriver blant annet forfatterne at «Det er utfordrende for en leder å løfte blikket og å involvere medarbeidere i systematisk faglig kompetanseutvikling når man ikke har hodet over vannet selv, og kanskje heller ikke har trening i hva som kan være gode verktøy og prosesser» (Andersen et al., 2021, s. 38).

Ledere spilte en viktig rolle i Tørn-arbeidet

Tørn er et landsomfattende utviklingsprogram. Programmet er organisert i en rekke nettverk som hver består av mellom 10 og 30 deltakerkommuner. Formålet med

⁶ De to andre utfordringene som diskuteres i kapitlet er «midlertidige sykehjemsplasser blir permanente, noe som krever sterkt faglig fokus» og «ulike former for kunnskap har forskjellig status i sykehjemmene, noe som også skaper behov for holdningsarbeid blant alle ansatte i avdelingene» (Kassah et al., 2021, s. 139)

programmet er å fremme god organisering av arbeidsoppgaver, arbeidstid og personalressurser i helse- og omsorgstjenestene. Ny oppgavedeling er et sentralt tema i Tørn, og mange av de deltakende kommunene arbeidet med dette. Som diskusjonen i forrige kapittel viste, er oppgavedeling lansert som en sentral løsning på bemanningskrisen i helse- og omsorgssektoren. Fafo evaluerte første del av dette utviklingsprogrammet og diskuterer i sin rapport hva som har vært sentrale suksesskriterier for de gode resultatene som er oppnådd. Bråthen og Moland (2024) viser blant annet til at ressurser til omfattende undervisning og veiledning har vært viktig og at flere av deltakerkommunene har hatt en god forståelse av endringsbehov og dyktige prosjektledere. Videre vises det blant annet til at en av suksesskriteriene i programmet er å ha motiverte avdelingsledere. Videre pekes det på at for mange kommuner setter av for lite ressurser til prosjektledelse og støtte til tjenestestedene i utviklingsarbeidet. Dette er vesentlig for at lokale ledere skal få tid og rom for å drive utviklingsarbeidet på tjenestestedene. I rapporten er det inntatt noen sitater fra ledere i kommunen som illustrerer hvor viktig det har vært for dem med frikjøpt tid til prosjektledelse for at man skal lykkes i utviklingsarbeidet ute på tjenestestedene (Bråthen & Moland, 2024, s. 72):

Vi hadde ikke hatt sjans til å klare et så omfattende endringsarbeid i noen av avdelingene uten den satsingen som ble gjort i forhold til både frikjøp av prosjektleder, men også frikjøpt tid til alle i prosjektgruppen.

Man er helt avhengig av frikjøp av prosjektleder. Alt arbeidet stoppet opp i kommunene når vi ikke lenger hadde frikjøp. Da stoppet det også opp i alle avdelingene som vi så vidt hadde begynt å bredde ut til.

I dette kapitlet har vi vist til flere undersøkelser som dokumenterer at mange førstelinjeledere opplever å være presset på tid. Studier har også vist at ledere mener at driftsoppgaver fortrenger mer utviklingsorienterte oppgaver og initiativ. I lys av dette er det interessant å merke seg at lederne i evalueringen av Tørn nettopp trekker frem frikjøp av ledere som et viktig kriterium for at de har lykkes med sitt prosjektarbeid. I rapporten trekkes det også frem viktigheten av å ha støtte fra toppledelsen i kommunen for å lykkes. Bråthen og Moland (2024, s. 6) trekker blant annet frem følgende suksessfaktor knyttet til toppledelsen:

God forankring og aktive styring- og prosjektgrupper og en toppledelse som støtter det lokale utviklingsarbeidet er viktig. Dette gjelder særlig i 'motvindsprosjekter' som skal endre organisasjonskulturen.

3.3 Bemanningsplaner, turnus og økonomi

Diskusjonene i dette kapitlet har vist at førstelinjeledere oppgir at mye av deres tid går med til det vi kan omtale som driftsrelaterte oppgaver. Nyere forskning (Moland, Tofteng & Nesland, 2023; Moland, Tofteng & Bråthen, 2023; Yssen et al., 2023; Bråthen & Moland, 2024) har lagt vekt på begrepet robuste bemanningsplaner og turnuser. Hensikten med slike robuste planer er at behovet for ekstravakter, vikarer, innleid personale osv. forsøkes å holdes på et minimum.

Bemanningsplanen er en oversikt som definerer hvilke personellressurser som kreves på forskjellige tidspunkter i løpet av dagen og uken. Bemanningsplan er derfor et verktøy for å sikre rett kompetanse og legge til rette for at brukere og pasienter mottar tjenester av kompetent personell. På denne måten danner bemanningsplanen basis for turnusplanen, som gir en detaljert oversikt over hver ansattes arbeidstid og fritid. For å kunne dekke fravær uten å leie inn ekstravakter, må ledere ha oversikt over fraværssituasjonen. Dette er viktig for å kunne yte gode tjenester og for å sikre at ledere benytter minst mulig tid på å sikre daglig bemanning, herunder vikarer og innleie. Dette er tid som heller kan brukes på oppgaver lederne opplever å ha knapphet på tid til å utføre, som personaloppfølging, veiledning og utviklingsarbeid (jf. Olsen et al., 2024; Yssen et al., 2023)

Det å etablere en tjenestestyrte bemanningsplan, starter gjerne med å kartlegge hvilke tjenester som skal ytes. Dette inkluderer analyser av hvor mye tid det tar å gjennomføre ulike oppgaver, men også til hvilket tidspunkt av døgnet, uken eller måneden oppgavene gjennomføres (Yssen et al., 2023, s. 39). Dette omtales gjerne som aktivitets- eller døgnrytmeplan. Kompetansekartlegginger som innebærer ny oppgavedeling mellom yrkesgrupper inngår stadig oftere i utarbeidelsen av aktivitetsplanene (Bråthen & Moland, 2023; Bråthen & Moland, 2024).

Hva står i veien for å lage robuste turnusplaner?

Undersøkelser har riktignok vist at det er flere forhold som ofte står i veien for at robuste planer kan etableres, og at mer eller mindre kjent fravær kan håndteres uten omfattende bruk av vikarer. Det kan dreie seg om manglende delegert myndighet fra øvrige ledere, og manglende analysekompetanse og bruk av verktøy for fraværsprediksjon, men også dårlig tilgang til støttefunksjoner og urealistiske budsjetter (Moland, Tofteng & Nesland, 2023; Yssen et al., 2023). Dette vil diskuteres nærmere i de kommende avsnittene.

Bruk av forventet og tidligere fravær

I sin spørreundersøkelse spurte Yssen et al. (2023) lederne om deres oversikt over forventet fravær og hvordan de bruker kunnskap om tidligere fravær til å håndtere fremtidig fravær. Forfatterne viser til at det kun er 15 prosent av lederne som sier seg helt enige i at de har kontroll på forventet fravær i den kommende turnusperioden. Omtrent halvparten (47 prosent) sier at de delvis er enige i dette, mens en fjerdedel enten er helt eller delvis uenige. Dette indikerer at flertallet av lederne opplever at de har en viss forståelse av hvordan fraværssituasjonen vil se ut i den neste turnusperioden, uavhengig av turnusperiodens lengde. Selv om de fleste rapporterer en viss oversikt, mener likevel en fjerdedel av lederne at de har liten eller ingen oversikt over forventet fravær i den kommende turnusperioden. Yssen et al. (2023) viser i denne sammenhengen også til kvalitative data som viser at mange ledere mener at sykefravær kan være uforutsigbart og derfor vanskelig å få oversikt over, og at dette kan være en mulig forklaring på hvorfor få ledere er helt enige i påstanden om at de har oversikt over fraværssituasjonen. I rapporten vises det dessuten til at mange lederes evne og muligheter begrenses av manglende tid, kapasitet og myndighet.

En stor del av lederne oppgir å ikke benytte seg av sykefraværdata og tall på bruk av vikarmidler i planleggingsprosessene. Det er varierende årsaker til at ledere ikke bruker sykefraværdata og vikarmidler. Yssen et al. (2023) finner at dette trolig også skyldes at flere ledere ikke opplever at denne typen data er relevant, eller at det ikke finnes rutiner for å bruke slik informasjon i bemanningsplanleggingen. Forfatterne hevder i den forbindelse at dette kan handle om at lederne ikke har kompetanse til å benytte seg av tallene, og at de slik sett heller ikke er klar over hvilke muligheter som ligger i å analysere tallene. Økt kompetanse gjennom for eksempel lederopplæring vil kunne endre på denne situasjonen.

En annen forklaring er at førstelinjelederne ofte har få støttefunksjoner å lene seg på i arbeidet med bemanningsplaner og turnuser. Aagestad (2022) fant i undersøkelse av førstelinjeledere at en del ledere innen hjemmesykepleien som rapporterer om mangel på tilgang til merkantile stabsfunksjoner, enten sentralt eller i egen stab. Når det gjelder ulike støttefunksjoner, indikerer ledere i både sykehjem og hjemmesykepleie et betydelig behov for fagutviklingssykepleiere, merkantile funksjoner og driftssykepleiere. Sykehjemsledere opplever i større grad enn ledere innenfor andre områder at de økonomiske rammene ikke strekker til for å sikre tjenester av høy kvalitet. Disse lederne finner det også mer utfordrende, både praktisk og økonomisk, å legge til rette for faglig utvikling av sine ansatte.

Manglende myndighet og urealistiske budsjett

En del ledere i undersøkelsen viser også til opplevd motstand fra høyere ledernivåer mot å benytte fraværdata for å dimensjonere bemanningen. Flere beskriver også at de verken har myndighet eller får gjennomslag for å planlegge bemanningen basert på fraværstatistikk og regnskapstall for vikarmidler. Mange ledere får heller ikke tillatelse til å flytte midler fra vikarbudsjetten til fastlønnsbudsjettet for å skape en fraværbuffer og dekke en større del av fraværet med faste og kjente ansatte, og til å innføre nye turnusløsninger. Yssen et al. (2023) ser førstelinjelederens manglende myndighet i sammenheng med de økonomiske rammene en del arbeider innenfor: en strategi som vektlegger å budsjettere for et minimum av fast ansatte, som igjen kan være med på å forklare hvorfor førstelinjeledere sjelden planlegger bemanning med tanke på fravær. Denne typen økonomistyring gir også lite rom for realistisk planlegging for fravær med en større andel fast ansatte. Førstelinjeledere blir derfor opptatte med å sikre daglig bemanning, noe som begrenser deres tid til å drive med endringsarbeid. Som vi har sett i dette kapitlet, er det flere undersøkelser som indikerer at førstelinjeledere ønsker å bruke mindre tid på å sikre daglig bemanning, som å ringe til ekstravakter og vikarer, og heller bruke mer tid på personaloppfølging, veiledning, tjenesteutvikling og endringsarbeid.

Dette er i overensstemmelse med andre studier som også har beskrevet at mange førstelinjeledere er usikre på eller mener at de ikke har myndighet til å øke bemanningen eller innføre nye turnuser (Moland, Tofteng & Nesland, 2023; Andrews & Høgås, 2017; Straum, 2020). Dette til tross for at mange norske kommuner sier de arbeider for å oppnå heltidskultur. Straum (2020) har i sin masteroppgave intervjuet seks førstelinjeledere i fem ulike kommuner. Hun finner at til tross for at det tilsynelatende er enighet blant politikere ledere, tillitsvalgte og ansatte om at man skal jobbe for heltidskultur, ser

det ut til at de ulike aktørene faktisk har tatt innover seg hva det faktisk krever. Straum (2020, s. 2) skriver blant annet:

«Førstelinjef lederne opplever veien til heltidskultur som lang og krevende, og det arbeides i for liten grad planmessig med endringsarbeidet. Det ser ikke ut som at førstelinjef lederne er bevisste på sin rolle som verdibærer og foredler av deltidskulturens hovedutfordring, antall arbeidstimer i helg».

At førstelinjef ledere opplever at de ikke får lov av sine ledere til å innføre tiltak, fremstår som en barriere for de som ønsker å prøve ut nye tiltak som kan gi en robust bemanning. Yssen et al. (2023) viser til flere vellykkede eksempler der førstelinjef ledere har fått myndighet til å omprioritere i budsjettet ved å øke den faste bemanningen, innføre ulike tiltak, og at øvrig ledelse er involvert og engasjert i satsingen på heltid. Flere av casene i deres undersøkelse praktiserer en form for overdekning eller «bufring» av bemanningen. Slike tiltak innebærer at de har økt den faste bemanningen i turnus ut over det som er minimumsbemanning, altså en bemanning der alle alltid må være til stede for å drifte på en faglig forsvarlig måte (Moland, Tofteng og Bråthen 2023). Ved noen av tjenestestedene har man fått ekstra midler til å etablere en fraværsbuffer, som del av et prøveprosjekt eller heltidssatsning, mens ved de fleste tjenestestedene bruker man midler fra vikarbudsjettet til å bygge en robust bemanning. I den sammenheng viser Yssen et al. (2023, s. 15) til et eksempel fra Sykehuset i Vestfold. Her har det blant annet blitt lagt inn ekstra årsverk i turnusen for å etablere en fraværsbuffer med faste og kjente ansatte. Det var først finansiert gjennom å flytte midler fra vikarpost til fastlønn, før de i 2023 fikk friske midler til å opprettholde bufferen og teste ut denne driftsmåten. Dette er et tiltak som minner om den såkalte grunnbemanningslæren. I bydel Østensjø har arbeidet med grunnbemanningslæren fått fotfeste gjennom samarbeid mellom bydelens økonomiavdeling og tjenestelederne. Denne læren går ut på at dersom det er et mer eller mindre konstant arbeidskraftsbehov i virksomheten, skal dette dekkes av flere faste ansatte gjennom høyere grunnbemanning, heller enn ved å kalle inn vikarer.⁷

Lederes muligheter for å utforme robuste bemanningsplaner kan sees i sammenheng med de økonomiske rammene de styrer under. Et vikarbudsjett som er basert på urealistiske sykefraværs mål gir begrenset rom for ledere til å omprioritere ressurser og øke antallet faste ansatte. Studier utført av Yssen et al. (2023) og Moland, Tofteng & Bråthen (2023) indikerer at en bemanning bestående av fast ansatte i fulltidsstillinger, dimensjonert for å håndtere sykefravær og forutsigbart fravær, er kostnadseffektivt på både kort og lang sikt. Førstelinjef lederes handlingsrom og mulighet til å implementere nye bemannings- og turnustiltak kan sees opp mot kompetanse innen bemanning- og turnusplanlegging. God dokumentasjon, oversikt og analyse av behov og ressursbruk kan bidra til å skape støtte for tiltak og øke tilliten mellom ledere på ulike nivåer (Yssen, 2023, s. 58)

⁷ https://einnsyn-fillager-api.api.oslo.kommune.no/fil?virkosomhet=974778807&filnavn=072ca821659d4ee9830c7a489e143879_efd5f813f9d74b71d2dd25c79f117361.pdf&fbclid=IwAR0mSOUQkGetKBKvG0las0GZfXD9vpkXNgAUSTkG7ySR1rauivtRFkmlcU

Karmøy har lykket med robuste turnusplaner

Yssen (2023, s. 39–41) nevner i sin rapport Karmøy som en kommune som har lykket med å etablere robuste turnusplaner. Bolig- og miljøarbeidertjenesten i kommunen har laget nye rutiner for bemannings- og turnusplanlegging, som skal ha brukernes behov i sentrum. Datagrunnlaget for analysen av tjenestebehovet vil kunne være ulik ved ulike tjenestesteder, men prosessen med å etablere en tjenestestyrt bemanningsplan vil likevel være lik. Den består av tre følgende steg: 1) kartlegging av tjenestebehovet, 2) etableringen av bemanningsplan på bakgrunn av tjenestebehovet, og 3) etablering av turnusplan. Ved å justere bemanningsplanen til tjenestebehovet, oppnår man en bemanningsplan og turnus som gir gevinster for ansatte, ledere og kanskje særlig brukere. Tjenestestyrt bemanningsplanlegging sikrer at ansatte har den nødvendige kompetansen til rett tid, noe som bidrar til en mer effektiv arbeidsflyt. I rapporten fremheves det at tjenestestyrt bemanningsplanlegging også gir gevinster for ledere.

En slik tilnærming gir bedre forståelse av både ressursbehov og tilgjengelige ressurser, noe som igjen muliggjør mer langsiktig planlegging. Den analyseintensive tilnærmingen til bemanningsplanlegging kan også styrke førstelinjeledernes posisjon overfor den øvrige ledelsen dersom de kommer med ønsker om økning eller omfordeling av økonomiske og faglige ressurser for å imøtekomme nye eller endrede brukerbehov (Yssen et al., 2023, s. 41). I den sammenheng vises det i rapporten til et par sitater fra intervjuer i Karmøy kommune som underbygger dette:

Ja, vi får økte ressurser ved behov. Analysen av brukerbehovet gjør det enklere å vise til og kommunisere avdelingens behov, og få tilført de ressursene vi har behov for.

Tidligere opplevde vi at ressursbruken i tjenesten ble sett mistenksomt på av kommuneledere og andre. Sånn er det ikke etter gjennomgangen av driften og tjeneste- og bemanningsanalysene. Nå har øvrig ledelse fått forståelse for ressursbruken.

Sitatene illustrerer at analyser av tjenestebehovet gir et grunnlag for å rettferdiggjøre behovet for eksisterende personalressurser så vel som argumenter for å få økte bemanning dersom endringer i tjenestebehovet tilsier det.

I rapporten konkluderes det med at det er flere suksesskriterier som er oppfylt i casene som undersøkes. Et fellestrekk for tjenestestedene i studien, er at lokale ledere har utviklet sin kompetanse i bemannings- og turnusplanlegging ved hjelp av gode støttefunksjoner og samarbeidsteam. Engasjerte tillitsvalgte har også bidratt positivt i utviklingen av mer robuste turnuser. En annen viktig faktor er at ledere har fått tillit og rom til å øke den faste bemanningen, så lenge det er basert på analyser av tjenestebehovet og det forventede fraværet. Lederne har også fått realistiske budsjetter basert på de samme analysene for å planlegge bemanningen, samt tilgang på gode støttefunksjoner som turnusspesialister og HR-rådgivere i planleggingsprosessene (Yssen et al., 2023, s. 8, 65).

Bruk av kunstig intelligens i arbeid med turnus

Både forskere og praktikere har forventninger til at kunstig intelligens (KI) skal bidra til å løse bemanningsutfordringene i sektoren.⁸ Flere av de etablerte turnusprogrammene, som GAT og andre programmer fra Visma, har allerede funksjoner som kan være til hjelp når fravær skal tas inn i turnus- og bemanningsplanleggingen. Men det er ventet at teknologiutviklingen vil påvirke hvordan bemannings- og turnusplaner settes opp fremover. KI er allerede i bruk arbeidslivet i større eller mindre grad, også i helse- og omsorgssektoren. De siste par årene har vi kunnet lese at bruk av KI og nye verktøy for arbeidstidsplanlegging skal bidra til å lage smartere planer og sikre bedre utnytting av kompetansen på tjenestestedet. Dette utdypes i en artikkel i Dagens medisin:

«Bruk av kunstig intelligens (KI) og verktøy for smartere arbeidstidsplanlegging gir mulighet til å lage gode arbeidstidsordninger med de krav og forventninger som stilles. Trondheim kommune har, sammen med NTNU, utviklet KI-verktøy som sparer seks-syv prosent av kostnadene gjennom reduksjon i innleid ekstra personell. Dessuten blir selve planleggingen vesentlig enklere.»⁹

Tanken er at man ved hjelp av KI i arbeidstidsplanleggingen vil kunne skape bedre samsvare mellom planlagt og faktisk bemanning. Dette skjer i praksis ved at man bruker teknologi til å hensynta faktorer som arbeidstopper og fravær. Hver enkelt arbeidstakers fravær er ikke uten videre mulig å forutse fremover, men personalgruppens fravær er ganske likt fra et år til et annet. Så vidt vi kjenner til, finnes det ingen studier som har sett nærmere på bruken av slike programmer i Norge. Vi vet også lite om hvor mye disse verktøyene er brukt per i dag. I sin undersøkelse fra 2023 stilte Yssen et al. (2023) sykepleierledere flere spørsmål om bruk av digitale hjelpemidler i turnusplanleggingen. Det ble listet opp både nye og mer etablerte turnusprogrammer lederne ble bedt om å ta stilling til. Eksempler på nye programmer er Dynamon og SynPlan, som begge har fått en del omtale de siste par årene. Disse nye programmene kan være til hjelp i arbeidet for å forutse fravær, arbeidstopper m.m. og dermed bidra til å planlegge en robust bemanning. De lager også turnusoppsett raskere enn et menneske klarer. Denne effektiviseringen kan frigjøre mer ledertid til for eksempel tjenesteutvikling. Svarene i undersøkelsen viser likevel at de nye turnusprogrammene fremdeles er lite kjente. 97 prosent oppgir at de ikke har kjennskap til Synplan, mens 93 prosent kjenner ikke til Dynamon. Ingen oppgir å ha brukt Synplan, mens én prosent av de spurte har brukt Dynamon. Lederne som krysset av for at de hadde brukt et program eller at de hadde kjennskap, men ikke brukt, fikk videre spørsmål om de planla å bruke noen av verktøyene. 15 prosent av lederne svarte ja, mens 85 prosent svarte nei. Det er med andre ord slik at de fleste ikke planlegger å benytte seg av nye digitale verktøy med det første. Dette er i overensstemmelse med de kvalitative funnene i rapporten som viser at få ledere har kjennskap til eller har tatt i bruk nye digitale verktøy. Yssen et al. (2023) konkluderer derfor med at det

⁸ Se f.eks. https://www.nrk.no/norge/kunstig-intelligens-_ki_-kan-foresja-sjukefravaer.-skal-testast-ut-i-kommune-noreg-1.16523204 <https://sykepleien.no/2023/11/i-dag-gar-det-svaert-mye-tid-til-fa-tak-i-folk>

⁹ <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/turnusplanlegging-en-nokkel-til-verdiskaping/113422>

er vanskelig å si noe om verktøyenes potensial i arbeidet med å etablere robuste bemannings- og turnusplaner. Utviklingen går likevel raskt fremover. I løpet av de første månedene i 2024 har vi møtt flere kommuner på seminarer o.l. som forteller at de har startet opp med KI som en del av turnusarbeidet. Vi har ennå ikke egne data som kan si noe mer om dette per i dag.

3.4 Oppsummering

Førstelinjeledere i helse- og omsorgssektoren spiller en avgjørende rolle i å sikre effektiv drift og kvalitet i tjenestene. De må balansere administrative oppgaver, personalhåndtering og pasientbehandling. Mange undersøkelser viser at dette ofte er en komplisert øvelse; det er vanskelig å være god leder med altfor mange oppgaver og for lite tid.

Sektoren preges av en høy andel deltidsansatte, noe som gjør at lederne må forholde seg til mange ansatte med varierende faglighet og engasjement for arbeidsplassen. I kommunenes helse- og omsorgstjenester er det i gjennomsnitt 40 ansatte per leder. I tillegg skal lederne håndtere ganske mange vikarer og ekstravakter. Dette gir dem et vanskelig utgangspunkt for å få tid til tjenesteutvikling og til å utføre godt lederskap. Ledere i helse- og omsorgssektoren opplever å ha det travelt og at tiden ikke alltid strekker til. De bruker mest tid på driftsrelaterte oppgaver, og mindre tid på ledelse, utviklingsoppgaver og kompetanseplanlegging.

I flere spørreundersøkelser oppgir førstelinjeledere selv at mye av deres tid går med til oppgaver knyttet til turnusarbeid, rekruttering og å skaffe tilstrekkelig bemanning. Nyere forskning har lagt vekt på begrepet «robuste bemanningsplaner» og turnuser. Hensikten med slike robuste planer er at behovet for ekstravakter, vikarer og innleid personale forsøkes å holdes på et minimum. Undersøkelser har derimot vist på at det er flere forhold som ofte står i veien for at robuste planer kan etableres. Det handler med andre ord om at mange ledere mangler handlingsrom i bemanningsplanleggingen, og at de ikke har rammer for tjenesteutvikling. For å lykkes med bemanningsplanleggingen er lokale ledere avhengige av å ha tillit og delegert myndighet fra øvrige ledere, analysekompetanse herunder bruk av nye verktøy for fraværs prediksjon, tilgang til støttefunksjoner, realistiske budsjetter og godt partssamarbeid.

Sett under ett kan vi si at en del av rammevilkårene for mange av førstelinjeledere i sektoren gjør det vanskelig å få tid til tjeneste- og kompetanseutvikling og til å utføre godt lederskap. Det dreier seg blant om mange deltidsansatte, høy turnover og vikarbruk.

4 Avsluttende betraktninger

I denne rapporten har vi presentert tilgjengelig kunnskap for å belyse disse overordnede problemstillingene:

1. Hvilke tiltak/strategier kan sikre bedre ivaretagelse av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning?
 - ▶ Er det tegn på en formalisering av denne gruppens kompetanse gjennom ny oppgavedeling og/eller økt kursing?
 - ▶ Hvordan kan tjenestene (og turnus) organiseres for bedre ivaretagelse av denne gruppens kompetanse/arbeid?
2. Hva er sentrale forutsetninger for ledelse som fremmer tjenesteutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?
 - ▶ Hvilke forhold hemmer ledelse av tjenesteutvikling?
 - ▶ Hvilke forhold fremmer tjenesteutvikling?
 - ▶ Hva kjennetegner den «gode» kompetanse- og tjenesteutviklende lederen?

I dette avsluttende kapitlet vil vi oppsummere hovedfunnene og se på problemstillingene i sammenheng. Bedre ivaretagelse og kompetanseutvikling av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning krever god og tjenesteutviklende ledelse. Økt kompetanse og faglig trygghet blant de ansatte vil sannsynligvis også gjøre det enklere å være en nærværende og tjenesteutviklende leder.

Strategier for ivaretagelse, utvikling og nyttiggjøring

Et sentralt spørsmål i dette prosjektet har vært hvilke strategier eller tiltak som kan sikre bedre nyttiggjøring, utvikling og ivaretagelse av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Slike tiltak kan deles opp i kompetanseutviklende tiltak på den ene siden, og tiltak for organisering av tjenesten og oppgaver på den andre siden. Kompetansehevende tiltak kan igjen deles inn i tiltak innenfor og utenfor det formelle utdanningssystemet.

Kvalifiserende og kompetanseutviklende tiltak i det formelle utdanningssystemet

Basert på våre litteratursøk kan vi konkludere med at det finnes flere tiltak for kompetanseutvikling både i og utenfor det formelle utdanningssystemet.

I det formelle utdanningssystemet finnes det flere ordninger for å formalisere voksne arbeidstakere som har fartstid og erfaring innenfor et fagfelt. Mange ansatte har tatt fagbrev gjennom praksiskandidatordningen, men kravet om fem års arbeidspraksis har vært utfordrende å oppfylle for mange deltidsansatte assistenter. Fagbrev på jobb er en relativt ny ordning og derfor også lite utforsket, men kombinasjonen av lavere krav til arbeidspraksis og andre krav til oppfølging, veiledning og undervisning fra arbeidsgiver skaper et mer overkommelig løp mot formell kompetanse for de ansatte. Fagbrev på jobb krever en større innsats fra arbeidsgiver, men kan til gjengjeld bidra til bedre forutsetninger for fullføring.

Samtidig har flere studier vist at det er potensial i å ta bedre i bruk realkompetansevurdering. I dag synes praktiseringen og bruken av realkompetansevurdering å være ulik i forskjellige fylkeskommuner. Et mer helhetlig system for realkompetansevurdering kan bidra til enklere og kortere løp for ansatte med betydelig, men uformell erfaring i sektoren, og for de med relevant utdanning for utlandet. For å utnytte potensialet som ligger i de ulike ordningene som allerede finnes, må de lokale ledernes kjennskap om disse ordningene styrkes.

Uformell kompetanseheving

Et viktig utgangspunkt i dette prosjektet har samtidig vært at det finnes mange ansatte, og fremtidig ansatte, som ikke ønsker å ta fagbrev. Disse kan utgjøre et viktig bidrag inn i tjenesten, men burde få eller har behov for en grunnkompetanse innenfor pleie og omsorg. Noen studier viser at slike kurs og uformelle kompetansetiltak er mer tilgjengelig for denne ansattgruppen. Vår kunnskapsinnhenting har vist at det finnes et mangfold av kurs rettet mot ufaglærte, assistenter og nyansatte i de kommunale tjenestene, herunder ABC-kursene fra Nasjonalt senter for aldring og helse. Å legge til rette for videre læring og oppfølging på arbeidsplassen gjennom kollegaveiledning, øvelser og refleksjon er samtidig viktig for å styrke utbytte av slike kurs. Det fremstår som sentralt å systematisere hva som behøves av kompetanse for assistenter på den enkelte arbeidsplass, og utarbeide planer og rutiner for hvordan de skal opparbeide seg denne kompetansen.

Organisering av tjenester, oppgaver og turnus

Arbeidet med oppgavekartlegging og ny oppgavedeling er fortsatt i startgropen i mange kommuner i dag, men de første studiene på feltet viser at ny oppgavekartlegging- og deling kan bidra til at de tilgjengelige personalressursene blir nyttiggjort på en bedre og mer hensiktsmessig måte. I flere caser har kartlegging av arbeidsoppgaver synliggjort behovet for assistenter uten helse- og sosialfaglig kompetanse. Gjennom tydeligere arbeidsdeling mellom de ulike yrkesgruppene, og ny teamorganisering av de fag- og høyskoleutdannende, har assistentene ved noen tjenestesteder fått en mer legitim plass i arbeidsfellesskapet.

Samtidig har også flere kommuner og tjenestesteder avdekket kompetansebehov gjennom kartlegging og omfordeling av oppgaver. Dette viser at ny organisering og oppgavedeling må sees i sammenheng med tiltak for kompetanseheving, enten formell eller uformell.

Selv om det trengs mer kunnskap om hvilke gevinster og eventuelle ulemper ny oppgavedeling har for tjenestekvalitet og andre forhold, fremstår kartlegging av oppgaver, ny organisering av arbeidsoppgaver og nye og tydeligere stilling- og vaktinstrukser for de ulike yrkesgruppene å være tiltak som bidrar til at assistentens arbeidskraft og kompetanse i større grad kommer til nytte.

På vei mot et nytt, formalisert kompetanse- og stillingsnivå for assistentene?

Vi har forsøkt å finne svar på om og eventuelt hvordan assistentenes kompetanse og stilling formaliseres i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som et stillingsnivå under fagarbeiderne. Basert på den foreliggende forskningen er det vanskelig å gi et klart og tydelig svar på dette.

Det finnes flere utdanningsløp som gir en grunnkompetanse på et lavere nivå enn fagbrev, slik som praksisbrev og lærekandidat. Den primære målgruppen for disse utdanningsløpene er unge som sliter med å fullføre videregående i et ordinært løp, og er derfor ikke tilpasset voksne arbeidstakers livssituasjon. Det er samtidig relativt få kandidater som tar videregående gjennom disse ordningene og går ut i arbeidslivet med et grunnkompetansebevis. Dette bidrar nok til at grunnkompetanse som utdanningsnivå er relativt lite anerkjent i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Ved siden av det formelle utdanningssystemet eksisterer det et bredt spekter av innføringskurs og tematiske kurs for ansatte uten formell kompetanse i helse- og sosialfag. Basert på forskningslitteraturen er det vanskelig å vurdere hvilken betydning kursbevis og deltakelse i andre uformelle kompetansetiltak har for ansattes stillingsstørrelse og lønn på den ene siden og arbeidsoppgaver og ansvar på den andre.

Studier av kommuner og tjenestesteders arbeid med ny oppgavedeling viser likevel at oppgave- og kompetansekartlegging kan bidra til mer legitimitet for assistentene uten formell kompetanse. Flere ledere som er i gang med dette arbeidet beskriver at de ser behovet for assistenter i tjenestene, men også for kompetansetiltak for å trygge disse ansatte i å ta ansvar for ulike oppgaver.

Samtidig som noen lokale ledere og kommuner ser på assistentrollen med nye øyne, synes også interessen for en formalisering av grunnkompetanse å ha økt. Fafo skal våren 2024 i gang med et forskningsprosjekt på vegne av KS som omhandler nettopp om og hvordan en ny stillingskategori og kvalifiseringsløp for nivået mellom ansatte uten formell helsefaglig kompetanse og helsefagarbeidere kan bidra til bedre oppgaveløsning, mer personell og mindre utenforskap.

Dette kan tyde på at nye satsinger på oppgavedeling i kombinasjon med kompetanseheving kan resultere i en ny legitimitet og rolle for ansatte uten formell utdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Strategisk ledelse for kompetanse- og tjenesteutvikling

Aspøy et al. (2013) hevder at det avgjørende for voksnes læring og deltakelse i kompetanseutviklende tiltak er:

«[...] hva slags opplegg man har fått til lokalt for å motivere og tilrettelegge for deltakelse. Dette gjelder ikke bare opplæring som gir formell kompetanse, men også annen type opplæring.» (s. 9)

Med lokalt sikter de både til kommunal strategi for kompetanseutvikling, men også til de enkeltes avdelingenes opplegg. Førstelinjelederne har på den ene siden en sentral rolle i å støtte, motivere og tilrettelegge for sine medarbeidere til deltakelse i kompetanseutviklende tiltak. Samtidig har vi sett i foregående kapitler at førstelinjeledere oppgir at driftsoppgaver er det som gjerne prioriteres i en svært hektisk hverdag. Som beskrevet i kapittel tre, opplever mange førstelinjelederne i kommunal helse- og omsorg å ha begrenset tid og handlingsrom til å igangsette og gjennomføre tjeneste- og fagutviklingsprosesser. Det er mange veier til målet om god ivaretagelse, videreutvikling og anerkjennelse av ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning. Kombinasjonen av

kompetansehevede tiltak, ny og tydeligere oppgavedeling og mer robuste turnuser synes lovende. Gøteborgmodellen er et eksempel på hvordan kompetanseheving og oppgavedeling kan sees i sammenheng. Hvis deltakelse på kompetansehevede tiltak gir nye goder, slik som større stilling, nye arbeidsoppgaver eller høyere lønn, vil det være enklere å motivere ansatte til å delta, samtidig som det kan løfte kvaliteten i tjenesten.

Førstelinjelederens rolle

Det er ikke slik at førstelinjelederne skal ha ansvar for *alt*; strategier og planer på høyere nivå må også til for å løfte og ivareta denne gruppens kompetanse og bidrag i tjenestene. Tilbud, rutiner og planer for tilpassede løp og kompetansehevede tiltak fra sentralt hold er avgjørende for å lykkes.

Systematisk kompetanseutvikling i kommunene fordrer effektiv styring og ledelse av prosessen. Dette innebærer en bevisst tilnærming til å utvikle kompetansen til de ansatte og organisasjonen som helhet. Det krever en gjennomtenkt strategi og handlinger knyttet til kompetanseutviklingsaktiviteter (Hilsen & Tønder, 2013, s. 9). En slik strategisk kompetansestyring innebærer å planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak for å sørge for at både organisasjonen og den enkelte ansatte har de nødvendige ferdighetene og kompetansen for å oppnå fastsatte mål, samt tiltak for å sikre rett bemanning.¹⁰ Dette innebærer å identifisere, rekruttere, utvikle og forvalte de ferdigheter, kunnskaper og evner som er nødvendige for å oppnå organisasjonens mål.

Utarbeidelsen av bemanning- og kompetanseplaner står sentralt i dette arbeidet. Moderne bemanningsplaner tar utgangspunkt i de tjenestene som skal ytes. Prosessen med å etablere en moderne, tjenestestyrt bemanningsplan, starter med å kartlegge hvilke tjenester som skal ytes til hvilken tid. En slik analyse av hvilke oppgaver som skal utføres, hvor mye tid hver oppgave tar og når de skal utføres, kalles gjerne aktivitetsplan. I det senere har også kompetansekartlegginger som innebærer ny oppgavedeling mellom yrkesgruppene inngått i utarbeidelsen av aktivitets- og bemanningsplaner. Dette inkluderer en kritisk gjennomgang av hvilke ansatte som skal gjøre hva på arbeidsplassen, som kan resultere i oppdaterte stillingsbeskrivelser og overføring av oppgaver mellom ulike yrkesgrupper.

En viktig del av førstelinjeledernes rolle blir da å kartlegge (1) hva ansatte ønsker og har forutsetninger for å få til, (2) motivere og tilrettelegge for deltakelse i utdanning, kursing eller kollegaveiledning og (3) planlegge gode turnuser der man får oppgaver tilpasset sin kompetanse. Dette fordrer igjen at førstelinjelederne har kompetanse og støtte til å lage gode turnus- og bemanningsplaner og mer tid til å drive med kompetanse- og tjenesteutvikling på arbeidsplassen. Diskusjonen i kapittel tre viser at mange ledere trolig befinner seg et stykke unna denne situasjonen.

Ledere spiller også en viktig rolle i å motivere og engasjere sine ansatte gjennom utvikling og støtte arbeidsmiljøet. Å lede utvikling krever ikke bare strategisk planlegging, men også evnen til å håndtere motstand og engasjere ansatte så vel som tillitsvalgte i prosessen. Vi vet at ledere kan fungere som «magneter»; ledere kan tiltrekke seg

¹⁰ <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>

medarbeidere, men de også kan støte dem bort. Dette betyr at det bør legges vekt på å rekruttere og utvikle ledere som klarer å utvikle gode fag- og arbeidsmiljøer. I dette inngår det også at lederne får tilstrekkelig handlingsrom. Det vil si tilstrekkelig myndighet, tid, virkemidler og støtte til å være ledere. Gjennomgangen i foregående kapitler viser at dette er noe mange ledere ikke har. Dette er også av betydning for hvordan ledelse utøves; det er selvsagt utfordrende å være en god leder med altfor mange ansatte og oppgaver.

Vi har også sett at sektoren preges av en høy andel deltidsansatte. I kommunenes helse- og omsorgstjenester er det i gjennomsnitt 40 ansatte per leder. I tillegg må lederne håndtere mange vikarer og ekstravakter, noe som gir et vanskelig utgangspunkt for å få tid til tjenesteutvikling og systematisk kompetanseutvikling. I flere spørreundersøkelser oppgir førstelinjeledere nettopp at mye av deres tid går med til oppgaver knyttet til turnusarbeid, rekruttering og å skaffe nok folk på jobb. En økt satsing på heltidskultur vil føre til færre små stillinger, og ledernes lederspenn vil dermed også blir lavere. Dette vil kunne føre til mer oppmerksomhet om tjeneste- og kompetanseutvikling blant førstelinjelederne.

Nyere forskning har satt søkelys på begrepet «robuste bemanningsplaner» og turnuser. Hensikten med slike planer er å minimere behovet for ekstravakter, vikarer og innleid personale. Dette vil medføre mer tid til ledelse og bidra til økt tjenestekvalitet. Imidlertid har undersøkelser vist at det er flere forhold som ofte står i veien for at robuste planer kan etableres. Dette inkluderer faktorer som tillit og delegert myndighet fra øvrige ledere, tilgang til støttefunksjoner, realistiske budsjetter og godt partssamarbeid. Undersøkelser har også vist at sentrale hindre er lederes manglende analysekompetanse og lite bruk av nye verktøy for fraværsprediksjon. Dette kan handle om at lederne ikke har kompetanse til å benytte seg av statistikken, og derfor heller ikke er klar over hvilke muligheter som ligger i slike analyser. Økt kompetanse gjennom for eksempel lederopplæring vil derfor kunne bøte på dette.

Sett under ett viser diskusjonene i denne rapporten at mange førstelinjelederes rammevilkår er til hinder for at de skal kunne lykkes med tjeneste- og kompetanseutvikling, samt å utøve god ledelse. Dette skyldes blant annet mange deltidsansatte, høy turnover og bruk av vikarer. Vi vet mer om hvilke barrierer førstelinjelederne støter på, og mindre om hva som faktisk skal til for at de kan drive mer med utviklingsorienterte og relasjonelle oppgaver. Det skisseres likevel opp noen løsninger eller tiltak i forskningslitteraturen, som blant annet støttefunksjoner i turnus- og bemanningsplanleggingen, færre deltidsansatte og et lavere lederspenn og mer realistiske budsjetter basert på analyser.

Konklusjon

Diskusjonene i denne rapporten understreker at bedre ivaretagelse og kompetanseutvikling av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning krever motiverende, nærværende og strategisk planleggende ledelse. Forskningslitteraturen viser at det er flere forhold som hemmer førstelinjeledernes mulighet til å være nettopp dette, herunder et stort lederspenn med høyt omfang av flyktig arbeidskraft, begrenset handlingsrom og manglende analysekompetanse.

Det finnes flere nasjonale og lokale ordninger som legger til rette for at voksne med arbeidserfaring kan få formell kompetanse som helsefagarbeider. Fagbrev på jobb-ordningen synes å være et viktig tiltak for kvalifisering, der kandidaten får undervisning og veiledning på arbeidsplassen. Samtidig viser flere studier at det er rom for forbedring i bruken av og kjennskapen til de ulike ordningene, og bruken av tilretteleggende tiltak slik som forutsigbar arbeidstid og lønnskompensasjon i utdanningsperioden.

Arbeidet med ny oppgavedeling og nye turnus- og bemanningsløsninger i norske kommuner er fortsatt i utvikling. Noen avdelinger har samlet gode erfaringer med hvordan assistentrollen kan utvikles og hvilken kompetanse en assistent bør inneha, men vi har fremdeles begrenset kunnskap om den gode balansen mellom faglærte og ikke-faglærte ansatte i turnus- og bemanningsplaner, hvilken kompetanse assistentene behøver og hvordan man eventuelt skal formalisere denne stillingen og kompetansen.

Referanser

- Agestad, C. (2022). Førstelinjefledere i døgnkontinuerlige virksomheter. Rapportnummer 1021942. Agenda Kaupang.
- Agestad, C. (2021). Lederundersøkelsen. Rapportnummer 1021122. Agenda Kaupang.
- Andersen, T. K., Grut, L., Rørvik, M., & Solem, A. (2021). Faglig kompetanseutvikling og medarbeiderdrevet innovasjon i kommunal helsesektor. SINTEF-rapport 2021:01206.
- Aspøy, T. M., Jensen, R. S., Lien, L., & Nyen, T. (2022). Evaluering av treparts bransjeprogram for kompetanseutvikling. Fafo-rapport 2022:01.
- Aspøy, T. M., Nicolaisen, H., & Nyen, T. (2013). Vilkår for læring i kommunene: En kartlegging av fire arbeidsfelt. Fafo-rapport 2013:35.
- Andrews, T. & Høgås (2017). Vilkår for ledelse. Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester. Nordlandsforskning rapport nr 10/2017.
- Beyrer, S., Hjemås, G., Skjøstad, O., & Hansen, J. (2019). Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet. Rapportnr. 2019:20. Statistisk sentralbyrå.
- Bjørkeng, B. (2016) Livslang læring 2008-2015: Resultater fra Lærevilkårsmonitoren. SSB-rapport 2016:01.
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2009). Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler. Gyldendal akademisk.
- Bratsberg, B., Nyen, T., & Raaum, O. (2017). Fagbrev i voksen alder. Søkelys på arbeidslivet, 34(1-2), 24-43. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2017-01-02-02>
- Bråthen, K. & Moland, L.E. (2022). Helt fram mot heltidskultur. Undervisningsrapportering fra et innovasjonsprosjekt. Fafo-notat 2022:08.
- Bråthen, K., & Moland, L. E. (2023). Ny oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren: En undersøkelse blant helsefagarbeidere, helsesekretærer og portører, Fafo-rapport 2023:07.
- Bråthen, K., & Moland, L. E. (2024). Ny tørn for effektive helse- og omsorgstjenester: Undervisevalue- ring av Tørn-programmet. Fafo-rapport 2024:05.
- Devik, S. A., & Olsen, R. M. (2022). Oppgaveglidning i omsorgstjenestene—En hurtigoversikt over forskningslitteratur. Senter for omsorgsforskning.
- Disch, P. G., & Johansen, I. E. (2016). Kompetansehevede tiltak i tjenesten for personer med utviklingshemming: Evaluering av et e-læringsprogram. Senter for omsorgsforskning Sør.
- Døving, E., & Tobiassen, A. E. (2020). Realkompetansevurdering i norske kommuner. Nordic Journal of Vocational Education and Training, 10(3), 1-16. <https://doi.org/10.3384/njvet.2242-458X.201031>
- Dæhlen, M. & Nyen, T. (2009). Livslang læring i norsk arbeidsliv: Resultater fra Lærevilkårsmonitoren 2003-2008. Fafo-rapport 2009:01.
- Gautun, H. (2012). Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. Fafo-rapport 2012:05.
- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. NOVA, OsloMet. Rapport 14/2020.
- Gautun, H., & Bratt, C. (2014). Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA, OsloMet. Rapport 14/2014.
- Grut, L., Lippestad, J. W., Monkerud, L. C., Olsen, D. S., Nesje, K., & Aamodt, P. O. (2021). Følgevalue- ring av Kompetanseløft 2020: Sluttrapport.. Sintef, OsloMet & NIFU. Rapport 2021:00703.
- Gøteborgregionen (2024). Karriärvägar inom äldreomsorgen i Göteborgsregionen. Tilgjengelig på: <https://www.karriarvagor.se/>

- Haugøy, G., T. Fossan-Waage og K.T.A. Servan (2007). Kompetansereformen i helse- og sosialsektoren. En situasjonsrapport om effekten av dokumentasjon og verdsetting av realkompetanse hos ufaglærte helsemedarbeider. Oslo: Vox.
- Hesledirektoratet (2022a). Hvem er gruppen ansatte uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning i brukerrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste? En delrapport fra Kompetanseløft 2025.
- Hesledirektoratet (2022b). Virkemidler for kvalifisering av medarbeidereuten helse- og sosialfaglig utdanning: En rapport fra Kompetanseløft 2025.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. SSB-rapport 2019/11.
- Holmøy, E., Hjemås, G. & Haugstveit, F. (2023). Arbeidsinnsats i offentlig helse- og omsorg: Fremskrivninger og historikk. SSB-rapport 2023/3
- Holte, Kari Anne, Tor Helge Holmås, Karin Monstad og Olaug Øygarden (2019). Leiarspenn og organisering. Samanhengar med sjukefråvær og turnover. Rapport 33, NORCE Samfunn.
- Hilsen, A. I., & Tønder, A. H. (2013). Saman om kompetanse og rekruttering. En kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013:3.
- Hope, O. (2015) Mellomlederen. Oslo: Gyldendal.
- Høst, H. (2016). Praksisbrev i arbeidslivet—Et vellykket tiltak mot frafall. I K. Reegård & J. Rogstad (Red.), De frafalne: Om frafall i videregående opplæring (s. 173–192). Gyldendal Akademisk.
- Høst, H., Skålholt, A., Reiling, R., & Gjerustad, C. (2014). Hvorfor blir lærlingordningen annerledes i kommunene enn i privat sektor? Sentrale utfordringer for kommunesektoren i arbeidet med fagopplæring. NIFU. Rapport 2014-22.
- Høst, H. (2010). Helsefagarbeiderutdanning for voksne. NIFU. Rapport nr. 25-2010.
- Ingelsrud, M. H., & Falkum, E. (2017). Helsefagarbeidernes muligheter for utvikling og bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben. AFI, OsloMet. Rapport 02:2017.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2002). Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Tingvoll, W.-A. (2021). Utøvelse av ledelse i kommunale sykehjem – handlingsrommets betydning. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen og W.-A. Tingvoll (red.). Handlingsrom for profesjonalisert velferd. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern (s. 131-153). Cappelen Damm Akademisk.
- KS. (2023). Bedre arbeidsrutiner med oppgavekort i Gran kommune. Tilgjengelig på: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-arbeidsrutiner-med-oppgavekort-i-gran-kommune/>
- Lai, L. (2021). Strategisk kompetanseledelse (4. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Lai, L. (1997). Strategisk kompetansestyring. BI Forum nr. 1 1997. Tilgjengelig på: <http://www2.bi.no/biforum/bi197/a3n197.htm>
- Markussen, E., Grøgaard, J.B. & Hjetland, H.N. (2018). «Jeg vet ikke hva alternativet skulle vært»: Evaluering av lærekandidatordningen og av ordningen med tilskudd til opplæring av lærlinger, praksisbrevkandidater og lærekandidater med særskilte behov. NIFU. Rapport 2018:8.
- Meyer, S. E., Eidskrem, H., Nygård, B. E., & Bing-Jonsson, P. C. (2022). KNIPS-sløyfen: Sykepleiere og ledere kartla kompetansebehov i kommunene. Sykepleien, 110. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90337>
- Mintzberg, H. (1983). Structure in Fives: Designing Effective Organizations. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs
- Mintzberg, H. (2009). Managing. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Moland, L. E. (2015). Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid. Fafo-rapport 2015:25.
- Moland, L. E., & Bogen, H. (2001). Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner: muligheter og begrensninger. Fafo-rapport 351.

- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2021) Stillingsutlysninger, rekruttering og heltidskultur i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fafo-rapport 2021:25
- Moland, L. E. & Egge, M. (2000). Kommunal sektor - bedre enn sitt rykte? Strategier for å rekruttere og beholde arbeidskraft. Fafo-rapport 337.
- Moland, L. E., Tofteng, M. & Nesland, A. (2023a). Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Fafo-rapport 2023:17.
- Moland, L. E., Tofteng, M. & Bråthen, K. (2023b). Hva koster heltid egentlig? Økonomiske kostnader og gevinster ved å utvikle heltidskultur i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Fafo-rapport 2023:12.
- Moland, L. E. & Schanche, P. (2019). Lang vei mot heltidskultur. Evaluering av tre pilotprosjekter i Bodø kommune. Fafo-rapport 2019:08.
- Nancarrow, S. A. & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of health & illness*, 27(7), 897–919.
- Nielsen, R.A. & Moland, L.E (2023). Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene. Fafo-rapport 2023:30
- Nordberg-Schulz, (2023). Sykefravær i omsorgstjenesten. Samfunnsøkonomisk analyse. Rapport 31 – 2023. <https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/652e7993a410004b14bc6328/1697544596902/R31-2023+Sykefrav%C3%A6r+i+omsorgstjenesten.pdf>
- Nordhaug, Odd & Gooderham, Paul (1996): Kompetanseutvikling i næringslivet. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- NOU, 2023: 4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
- Olsen, C.M.R (2022). «The linking pin». En kvalitativ studie av hvordan seksjonsledere opplever balansen mellom driftsoppgaver og utviklingsarbeid. Masteroppgave. NTNU, Høgskolen i Molde og Høgskulen i Volda.
- Olsen, D. S., Bubikova-Moan, J., & Elken, M. (2018). Realkompetansevurdering i praksis: Erfaringer fra casestudier. NIFU-rapport 2018:11.
- Oslo Economics. (2022). Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren. Rapport 62, Oslo Economics.
- Proba Samfunnsanalyse. (2015). Evaluering av forsøksordninger med videregående opplæring for arbeidssøkere og på arbeidsplass. Rapport 2015:08, Proba Samfunnsanalyse.
- Rambøll. (2018). Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene. Rapport, Rambøll.
- Schmid, E., & Breilid, N. (2022). For dem som ønsker å gå en annen vei: Implementering og praktisering av praksisbrevordningen i fylkeskommunene. *Søkelys på arbeidslivet*, 39(2), 1–15. <https://doi.org/10.18261/spa.39.2.2>
- Selznick, P. (1997). Lederskap. Oslo: Tano Aschehoug.
- Statens arbeidsgiverportal (2023). Strategiske perspektiver på kompetanse. Tilgjengelig på: <https://arbeidsgiver.dfo.no/strategisk-hr/strategisk-kompetanseutvikling/fagperspektiver-pa-kompetanse/strategiske-perspektiver-pa-kompetanse>
- SSB. (2024). Statistikkbanken: Gjennomføring i videregående opplæring. Hentet 21. mai 2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/13629/tableViewLayout1/>
- Strand, T. (2007). Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen: Fagbokforlaget.
- Straum K. L. (2020). Alle er for heltidskultur, men har de forstått hva det faktisk krever? Førstelingelederes erfaringer med å etablere heltidskultur i kommunale helse- og omsorgstjenester. Masteroppgave. VID vitenskapelige høgskole.
- Utdanningsdirektoratet. (2021). Lærekandidat. <https://www.udir.no/utdanningslopet/videregaende-opplaring/andre-varianter/larekandidat/>
- Utdanningsdirektoratet. (2017) Praksisbrev. Nr. 2-2017. [Rundskriv]. <https://www.udir.no/regelverkstolkinger/opplaring/Fag--og-yrkesopplaring/praksisbrev-udir-2-2017/>
- Yssen, S. S. F., Bråthen, K., & Moland, L. (2023). Høyde for fravær: Etablering av bemannings- og turplaner med redusert vikarbehov. Fafo-rapport 2023:28.

Ødegård, A.M. & Andersen, R. (2020) Norskkompetanse blant arbeidstakere født i utlandet 2. utgave. Fafo-rapport 2020:27.

Øygarden, O., Gressgård, L. J., & Berge, A. K. (2020). Helsetjenesteteteam og omsorgsteam: Resultater fra følgeforskning. NORCE, Rapport 27/2020.

Fafo

Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning

Borggata 2B, Oslo

Postboks 2947 Tøyen, 0608 Oslo

Sentralbord: 22 08 85 00

E-post: fafo@fafo.no

fafo.no

