

# FAUSKE KOMMUNE

## Møteinnkalling for Partssammensatt utvalg

**Tid: 24.03.2022 kl.: 09:00 - 11:00**

**Sted: Kommunestyresalen, administrasjonsbygget**

**Eventuelle forfall meldes på telefon 901 87 192**

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Vi ber om at sakspapirer ikke kastes etter møte, da møteprotokoll fra møtet kun vil inneholde innstilling og vedtak i sakene.

Merknader til møtet:

Følgende sak vil bli ettersendt:

1. Status omstillingsprosjektet - underveisrapport

### **SAKSLISTE: - MØTE NR 1/2022**

Sak nr.	Sakstittel
001/22	Godkjenning av møtebok
002/22	Status omstilling Helse og omsorg - gjennomgang av administrativ struktur

Fauske, 14.03.22

Marlen Rendall Berg  
Ordfører

## FAUSKE KOMMUNE

### SAKSPAPIR

	JournalpostID: 22/1487 Arkiv sakID.: 22/284	Saksbehandler: Berit Vestvann Johnsen
Sak nr.		Dato
001/22	Partssammensatt utvalg	24.03.2022

### Godkjenning av møtebok

#### Kommunedirektørens forslag til vedtak:

Møtebok nr. 5/2021 godkjennes.

Vedlegg:

23.11.2021

Protokoll - Partssammensatt utvalg - 23.11.2021

1493702

Ellen Beate Lundberg  
kommunedirektør

## Partssammensatt utvalg

Møtedato: 23.11.2021	Fra kl. 09:00	Til behandling: Sakene
Møte nr: 5/2021	Til kl. 11:45	Møtested: Kommunestyresalen, administrasjonsbygget

**TILSTEDE PÅ MØTET:****Medlemmer****Parti**

Anita Katrin Helgesen	
Sissel Håkonsen Osnes	
Sølvi Torset	
Hilde Johanne Dybwad	AP
Kathrine Moan Larsen	AP
Nils-Christian Steinbakk	AP
Kassandra Eleni Bredrup Petsa	FRP
Ronny Borge	H
Ingelin Noresjø	KRF
Per-Gunnar Kung Skotåm	R
Karl Gunnar Strøm	SP
Marlen Rendall Berg	SP

**Andre:**

Berit Vestvann Johnsen  
Bjørn Olav Skoglund  
Ellen Beate Lundberg  
Erik Holm Melby  
Kariann Skar Sør Dahl  
Karoline Setten Wingsternes  
Mariann Monsen  
Terje Valla  
Torill Mørkhagen  
Trond Heimtun

**Møtenotater:**

Det var ingen merknader til innkalling og dagsorden.

Orientering status sykefravær v/ kommunalsjef Kariann Sør Dahl

UNDERSKRIFTER:

Vi bekrefter med våre underskrifter at møteboken er ført i samsvar med det som ble bestemt på møtet:

Fauske 23.11.21

Berit Verstvann Johnsen  
formannskapssekretær

Marlen Rendall Berg  
ordfører

representant

representant

Protokollen er godkjent av Partssammensatt utvalg i møte nr

den

## Saksliste

<b>Saksnr.</b>	<b>Sakstittel</b>
007/21	Godkjenning av møtebok
008/21	Årsbudsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025 - Orientering til Partssammensatt utvalg

## **007/21: Godkjenning av møtebok**

### **Rådmannens forslag til vedtak:**

Møtebok nr. 4/2021 godkjennes.

## **Partssammensatt utvalg 23.11.2021:**

### **Behandling:**

Kommunedirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

### **PART- 007/21 Vedtak:**

#### **Vedtak:**

Møtebok nr. 4/2021 godkjennes.

## **008/21: Årsbudsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025 - Orientering til Partssammensatt utvalg**

### **Kommunedirektørens forslag til vedtak:**

Partssammensatt utvalg tar saken til orientering.

## **Partssammensatt utvalg 23.11.2021:**

### **Behandling:**

Kommunedirektør og kommunalsjef orienterte.

Kommunedirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

### **PART- 008/21 Vedtak:**

#### **Vedtak:**

Partssammensatt utvalg tar saken til orientering.

# FAUSKE KOMMUNE

## SAKSPAPIR

	JournalpostID: 21/11907	
	Arkiv sakID.: 21/1705	Saksbehandler: Torill Mørkhagen
Sak nr.		Dato
	Eldrerådet	
022/22	Formannskap	24.03.2022
	Kommunestyre	
002/22	Partssammensatt utvalg	24.03.2022

## Status omstilling Helse og omsorg - gjennomgang av administrativ struktur

### Kommunedirektørens forslag til innstilling:

Hovedstruktur for ny administrativ struktur med tre enhetsnivåer og NAV (partnerskap mellom stat og kommune), seks avdelinger og etablering av fellesfunksjoner direkte underlagt kommunalsjef for samhandlingsområdet Helse og omsorg, tas til orientering.

Implementering og effektivisering av ny administrativ struktur i helse og omsorg gjennomføres iht prosessløp gjennom våren og sommeren 2022 og i tett dialog med organisasjonen og arbeidstakerorganisasjonene, og som beskrevet i saken.

Vedlegg:

14.03.2022	mål og prinsipper for organisasjon og ledelse i helse og omsorg fauske kommune	1485618
14.03.2022	Rapport-KS-Kunnskapsoppsummering-helse-omsorg-Agenda-Kaupang	1494857

### Sammendrag:

Kommunestyret i Fauske kommune vedtok 11. desember 2020 i sak om omstillingsprosjektet å prioritere administrativ struktur, inkludert helse og omsorg. Det har over lang tid vært fokus å jobbe med effektivisering av administrative funksjoner i helse og omsorg som en del av omstillingsprosjektet.

Samhandlingsområdet helse og omsorg startet arbeidet med administrativ struktur etter sommeren 2021. Samhandlingsområdet har i løpet av kort tid identifisert forbedringspotensialer innenfor organisering av tjenestene, særlig innenfor ledelse og samhandling.

Følgende prinsipper ligger til grunn for ny organisering ved strukturere samhandlingsområdet etter andre prinsipper:

- fra behandling til forebygging
- fra institusjon til hjemmebasert
- fra organisasjons- og profesjonsperspektivet til bruker- og innbyggerperspektivet
- effektivisering, men fortsatt opprettholdelse av god kvalitet

Ny organisering vil legge til rette for mer ledelse og mindre administrasjon, samt styrke og effektivisere fellesfunksjoner som kvalitet, økonomi og digitalisering.

Se vedlegg; mål og prinsipper for organisasjon og ledelse i helse og omsorg – Fauske kommune

### **Saksopplysninger:**

#### **Bakgrunn:**

For noen få år tilbake var Samhandlingsområdet Helse og omsorg delt inn i fire enheter med fire enhetsledere. NAV er den fjerde enheten. Da en av enhetslederne skulle pensjonere seg ble oppgavene fordelt mellom to andre enhetsledere. Enhet Pleie og omsorg og enhet Helse ble gjeldende organisering. Endringen ble gjort med mål om å evaluere etter en periode.

I etterkant ser man at det burde vært gjort en mer grundig prosess, spesielt med tanke på utfordringene man står i, i dag og fremover. Med bakgrunn i denne erfaringen framkom ønske om å gjennomføre en grundig prosess med bred involvering. Det er gjennomført en total gjennomgang av samhandlingsområdet.

Fokus fremover er å bygge en sterk og bærekraftig organisasjon som er i stand til å håndtere raske omstillinger og ha kjerneoppgaver i fokus. Samhandlingsområdets oppdrag vil være å dreie tjenestene fra profesjon og organisasjonsperspektiv, til mer forebyggende tiltak. Samtidig er det forventet at samhandlingsområdet skal bidra til økonomiske innsparinger som skal bidra til å forbedre kommunens økonomiske situasjon.

Omstilling er krevende, og på bakgrunn av kommunens økonomiske situasjon, må omstilling skje i høyt tempo. Raskere enn det andre kommuner trenger å gjøre. Tett og godt samarbeid med alle involverte er nøkkelen for å lykkes. Dette betyr ikke at alle vil være enig i det som foreslås, men skal sektoren få til endring, er det behov for et mer retningsorientert fokus med ambisjon om mer transformasjonsendring enn inkrementell endring. Risikoen vil være at det kan være krevende å oppnå aksept for de endringene som blir foreslått.

Jfr. kommunestyrets vedtak av 11. desember 2020 om å prioritere administrativ struktur, inkludert helse og omsorg, har det siden prosjektleder for omstilling ble ansatt i januar 2021 vært jobbet i helse og omsorg med både kortsiktige og langsiktige løsninger for en bedre administrativ struktur.

*Følgende mål og prinsipper er satt for organisasjonstilpasningene i helse og omsorg:*

1. Sektoren er stor og krever fokus både på daglig drift og strategisk planlegging. Tre ledernivåer med kommunalsjef, enhetsleder og avdelingsleder videreføres. Men antallet ledere er vurdert.

1. Sektorens fokus vil være;
  1. fra behandling til forebygging
  2. fra institusjon til hjemmebasert
  3. fra organisasjons- og profesjonsperspektivet til bruker- og innbyggerperspektivet
  4. effektivisering, men fortsatt opprettholdelse av god kvalitet
2. Mer ledelse og mindre administrasjon. Se vedlegg; mål og prinsipper for organisasjon og ledelse i helse og omsorg – Fauske kommune.
3. Styrke og effektivisere stabsfunksjoner som for eksempel kvalitet, økonomi og digitalisering

#### **Utfordringsbildet for samhandlingsområdet Helse og omsorg:**

Demografiutfordringer henger tatt sammen med det mange omtaler som en pågående «omsorgskrise» med at det blir flere eldre med pleiebehov. Det er ikke noe nytt. Utfordringen er tilgangen på kvalifisert arbeidskraft med ny kompetanse.

Effektivisering alene løser ikke problemene i sektoren. Teknologi kan heller ikke alene løse



pleiebehovene, men kunne støtte opp om de som utfører pleie. Dagens finansiering av helse og omsorgstjenester er også utfordrende med bakgrunn i kommunenes oppdrag som førstelinje, og ansvaret for største delen av velferdstjenestene som daglig leveres til landets innbyggere 365 dager i året og 24 timer i døgnet i samhandlingsreformen som vi er en del av. Utfordringen er nasjonal, men ordet omsorgskrise får en annen dimensjon i Fauske kommune med tanke på at handlingsrommet ved sykliske endringer på kostnadssiden ikke kan dekkes opp av oppsparte midler.

En situasjon med høyt bruk av vikarer og overtid er noen av indikasjonene på at sektoren har store utfordringer.

For å svare ut utfordringene er det lagt et løp i forbindelse med omstillingsprosjektet i Fauske kommune.

### **Omstillingsprosessen i helse og omsorg:**

Omstilling i Fauske kommune har pågått i mange år og kommunen har siden 2001 vært ut og inn av ROBEK. Effektivisering og organisasjonstilpasninger i sektoren er ikke nytt. Januar 2021 ble det ansatt prosjektleder for omstillingsarbeidet, og fokuset gjennom våren og høsten 2021 har vært tiltagende.

Sektoren følger prosess for omstilling (nedbemanning); Prosess omstilling og nedbemanning – 2020 i Fauske kommune. Det er gjennomført arbeid jfr. budsjettvedtak om nedbemanning på 22,5 årsverk i budsjett- og økonomiplan 2021-2024, samt igangsatt arbeid med omorganisering og nedbemanning tilsvarende 13 årsverk i henhold til budsjettvedtak i desember 2021.

De første økonomiske resultatene av omorganisering og nedbemanning kom til syne i økonomimelding 1/2021 i juni 2021.

Helårseffektene av igangsatte effektiviseringstiltak er noe usikkert, men sektoren har siden 2020 trukket ned 30 årsverk. Budsjett for 2022 tok utgangspunkt i gammel organisering, og overgangen til ny organisering vil i økonomimelding 2/2022 gi nødvendig grunnlag for å si noe mer sikkert om effekter og om videre potensiale. I budsjett 2022 ligger det nedtrekkskrav tilsvarende 13 årsverk. Ved utgangen av 2022 tilsvarer dette et totalt effektiviseringskrav med anslagsvis 43 årsverk i løpet av en 3-årsperiode.

I videreførelsen av igangsatte prosesser har samhandlingsområdet sett overordnet på egen sektor og har følgende overordnet omstillingsfokus i tråd med politiske føringer:

- En mer effektiv administrativ struktur
- Kompetanseløft
- Oppgaveglidning

Dette er i tråd med en kunnskapsoppsummering gjort av KS i 2021 – Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester.

En mer effektiv administrativ struktur består av en fullstendig gjennomgang av organisatorisk struktur basert på prinsipper og mål som beskrevet over. I tillegg ligger det et grunnleggende prinsipp i bunn av alle organisasjonstilpasninger om at lønnsbudsjetter ikke skal økes.

Effektiviseringsgevinsten for samhandlingsområdet vil ligge i organisering av avdelingsnivåene som kan sette samhandlingsområdet bedre i stand til å håndtere en aldrende befolkning innen gitte rammer. Organisasjonsstrukturen skal støtte opp om satsinger i sektoren som for eksempel Leve hele livet – kvalitetsreformen for eldre fra Helsedirektoratet, Kvalitet og pasientsikkerhet, likebehandling og riktig prioritering med flere.

Kompetanseløft handler om å sette søkelys på strategisk kompetanseplanlegging, og å legge til rette for

Økt kompetanse hos ansatte og ledere. Økt kompetanse vil være en vesentlig del av omstillingen i helse og omsorg. Kompetanseplanlegging og implementering må gjøres etter prinsippet om livslang læring og en god miks av på - jobben trening, interne kompetanseaktiviteter, egenaktivitet og formalisert utdanning for ansatte som ønsker videreutdanning. Kompetanse og kompetansehevende aktivitet er avgjørende for fremtidig rekruttering til sektoren. Fauske kommune skal være en attraktiv arbeidsplass der du kan utvikle deg både personlig og faglig.

Med oppgaveglidning ønsker sektoren å se på hvem som utfører hvilke arbeidsoppgaver, for å se om det er mulig å effektivisere leveransen av tjenester. Hva er mulig av arbeidsoppgaver å overføre fra lege til sykepleier, fra sykepleier til fagarbeider og fra fagarbeider til assistent for deretter å se om samhandlingsområdet har riktig sammensetning av profesjoner i tjenesten.

Følgende forventninger til videre omstillingsarbeid:

1. Tre (fire med NAV) enheter skal sikre bedre samhandling, en sterkere og mer fleksibel organisering der bruker får rett tjeneste til rett tid med rett kompetanse.
2. Hensiktsmessig reduksjon av antall avdelinger
3. Mer kostnadseffektive enheter og tjenester som en effekt av omstillingen.
4. Utviklingen av fremtidens helhetlige helse og omsorgsplan i Fauske kommune skal avspeile behovet for morgendagens helse og omsorgstjenester.
5. Kreative og utradisjonelle løsninger bør diskuteres i omstillingsarbeidet (ref. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg)

Fredag 27. august 2021 ble det avholdt et drøftingsmøte med hovedtillitsvalgte. På møte ble det presentert et utkast til overordnet struktur for samhandlingsområdet med tre (fire) enheter og en stab underlagt kommunalsjefen.

Utgangspunkt for drøftingen med tillitsvalgte var å enes om overordnet nivå for ny organisering i sektoren og legge et omforent grunnlag for videre omstillingsarbeid høsten 2021/Våren 2022.

### **Omstillingsarbeidet høsten 2021:**

Det har i fra september vært jobbet med et lite antall arbeidsgrupper fra samhandlingsområdet. Deltakerne har bestått av representanter fra ulike enheter med en blanding av ledere, ansatte, tillitsvalgte og verneombud. For å lede og koordinere dette arbeidet har sektoren brukt prosjektleder for omstillingsprosjektet som prosessleder for bedre å se helhet og sammenhenger. Prosessleder har jobbet tett med kommunalsjef og hennes ledergruppe.

I tillegg ble det opprettet en referansegruppe for arbeidet som består av representanter for økonomi og virksomhetsstyring samt andre områder i relevante nøkkelroller.

Kommunikasjon og informasjonsflyt ut i tjenesten har vært i fokus. I perioder er det sendt ut nyhetsbrev ukentlig/hver 14. dag. Ledere og tillitsvalgte har i tillegg hatt et særlig ansvar for å informere ansatte og medlemmer fortløpende.

Status om prosess og fremdrift informeres i styringsgruppen for helse og omsorg hos kommunedirektørens ledergruppe og andre naturlige fora.

Det har vært fokus på informasjonsflyt, men det har vært krevende å opprettholde god nok informasjonsflyt.

Resultatene av organisasjonstilpasningen antas å gjøre sektoren i stand til effektivisering på en slik måte at man vil kunne ivareta det voksende behovet for helse og omsorgstjenester, som kommer på kort

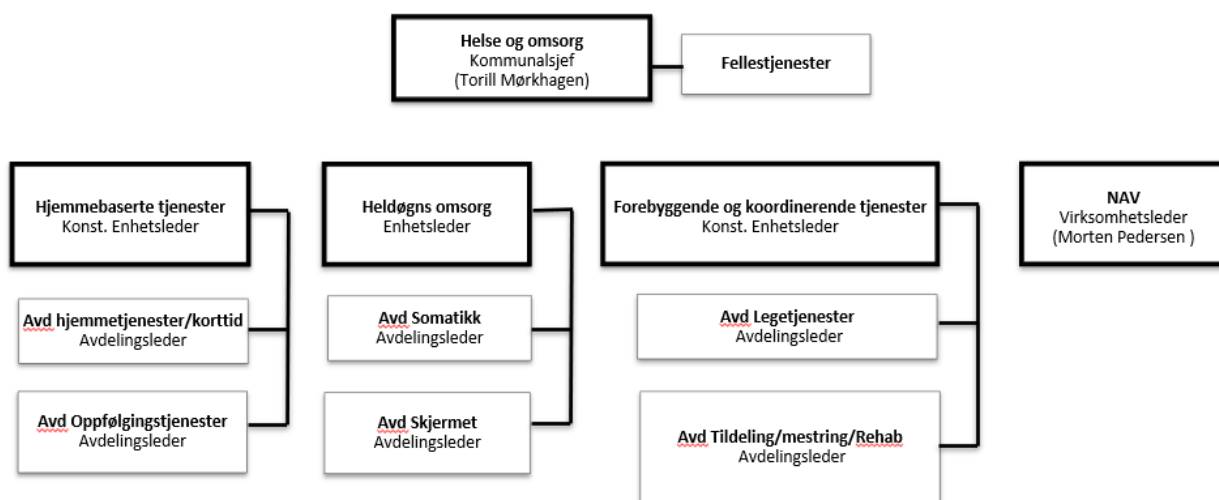
sikt innenfor nåværende ramme. Det er for tidlig å si noe sikkert om dette før implementeringen er startet i 2022. Organisasjonen har nå behov for å få jobbe over noe tid med organisasjonsendringene før nye tiltak iverksettes i samhandlingsområdet.

### Hovedstruktur for ny organisering for samhandlingsområdet Helse og omsorg

Nedenfor angis en hovedstruktur med fire enheter (inkludert NAV) for videre arbeid med omstilling og organisasjonstilpasninger i Helse og omsorg.

Kommunalsjef m/fellesfunksjoner			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommuneoverlege og -psykolog</li> <li>- Spesialrådgivning/konsulent</li> <li>- Økonomi</li> <li>- Digitalisering</li> <li>- Kvalitet</li> <li>-Merkantile ressurser</li> </ul>			
Enhet forebygging og koordinering	Enhet NAV	Enhet hjemmebaserte tjenester	Enhet heldøgns omsorg
<p><b>«Klare seg selv og å bestemme i eget liv»</b></p> <p>Tidlig innsats Innbyggerdialog med tanke på: Mestring/ressursmobilisering Nettverk Koordinerende tjenester: IP Frivillighet Helhetlig pasientforløp Lavterskel/friskliv/forebygg Team Hverdagsrehabilitering Fysio og ergo Tildeling Forebygge behov for varige tjenester Forvaltning sammensatte tjenester Legevakt og legetjenester Rehabiliterings- og mestringsavdelingen Hjelpemiddellager Hverdagsrehabilitering Forebyggende tjenester Frisklivssentralen Avdeling legevakt Avdeling legetjenester</p>	<p>Avdeling Stat</p> <p>Avdeling Kommune</p> <p>Fortsatt søkelys på tett samarbeid</p> <p>- boligsosialt arbeid</p> <p>- m.m.</p>	<p><b>«Tjenester i hjemmet»</b></p> <p>Punktjenester i hjemmet uavhengig av diagnose: Helsetjenester Praktisk bistand Hjemmetjenester Korttidsplasser Boliger Psykisk helse, rus Dagtilbud.</p> <p>I dag organisert i tre avdelinger: Miljø og habilitering Rus og psykisk helsetjeneste Hjemmetjenesten</p> <p>- hukommelsesteam - krefttjenesten - forebyggende tjeneste</p> <p>Avdelingene har i dag en allerede underliggende team-</p>	<p><b>«Tilpasset bolig» og «Institusjon»</b></p> <p>Boform (langtids, skjermet, somatikk Rehabilitering Palliasjon Kjøkken Dagtilbud/ avlastning</p> <p>Teamsstruktur: avdelingene har i dag en underliggende struktur basert på assisterende ledere. I tillegg kommer vaskeri som ligger direkte under enhetsleder</p> <p><b>Ny avdelingsstruktur:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avdeling for Somatikk</li> <li>2. Avdeling Skjermet</li> </ol> <p><b>Team:</b> tjenesten team - organiseres under</p>

<p>ROP</p> <p><b>Ny avdelingsstruktur:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avdeling Legetjenester (legevakt og legetjenester)</li> <li>2. Avdeling Tildeling, mestring og rehabilitering</li> </ol> <p><b>Team:</b> tjenesten team - organiseres under avdelingsledere. Det legges til rette for en gradvis innfasing av tjenesten inn i teamstruktur.</p> <p><b>Hva må styrkes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saksbehandling og innbyggerdialog for riktig tjeneste. Gjennom kompetansehevende tiltak i tildeling.</li> <li>2. Samhandling på tvers og riktig involvering av ytterligere tjenester for mer riktig tjenestenivå</li> <li>3. Fagkompetanse</li> <li>4. Lederkompetanse</li> <li>5. Teamkompetanse</li> </ol>		<p>struktur knyttet til fag og/ eller bemanning for de fleste tjenester som omorganiseres i ny struktur</p> <p><b>Ny avdelingsstruktur:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avdeling for oppfølgingstjenester</li> <li>2. Avdeling for hjemmetjenester</li> </ol> <p><b>Team:</b> tjenesten team - organiseres under avdelingsledere. Det legges til rette for en gradvis innfasing av tjenesten inn i teamstruktur.</p> <p><b>Hva må styrkes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samhandling og samarbeid på tvers og ned i organisasjonen</li> <li>2. Innbyggerdialog</li> <li>3. Fagkompetanse</li> <li>4. Lederkompetanse</li> <li>5. Teamkompetanse</li> </ol>	<p>avdelingsledere. Det legges til rette for en gradvis innfasing av tjenesten inn i teamstruktur.</p> <p>I tillegg organiseres følgende i egne team: kjøkken/dagavdeling/vaskeri</p> <p><b>Hva må styrkes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Samhandling og samarbeid på tvers og ned i organisasjonen</li> <li>4. Innbyggerdialog</li> <li>5. fagkompetanse</li> <li>6. Lederkompetanse</li> <li>7. teamkompetanse</li> </ol>
---	--	--	---



Figur 1: Ny administrativ struktur Helse og omsorg

Forenklet oversikt over lederstillinger og nøkkelroller i gammel og ny organisering (ekskl. NAV):

	Rolle	Gammel organisering	Ny organisering
<b>Enhet helse</b>	Enhetsleder	1	
	Avdelingsledere	3	
Interkommunal legevakt	Avdelingsledere	1	
<b>Enhet pleie og omsorg</b>	Enhetsleder	1	
	Avdelingsledere	6	
	Ass. avdelingsledere	2	
Tildeling	Avdelingsleder	1	
<b>Enhet forebygging og koordinering</b>	Enhetsleder		1
	Avdelingsledere		2
Interkommunal legevakt	Avdelingsleder		1
<b>Enhet hjemmebaserte tjenester</b>	Enhetsleder		1
	Avdelingsledere		2
<b>Enhet heldøgns omsorg</b>	Enhetsleder		1
	Avdelingsledere		2
<b>Totalt antall lederroller nivå 2 og 3</b>		<b>15</b>	<b>10</b>

Ny organisering gir færre lederroller på nivå 2 og 3 samlet sett. De fem lederrollene vil bli organisert for

å effektivisere fellesfunksjoner og enkelte stabstillinger omdisponeres til tjenester. Lønnsmidler som frigjøres planlegges brukt til justering av totalt lønnsbudsjett slik at sektoren overholder prinsippet om ikke økte lønnsbudsjetter.

Effekten av stillingene som omdisponeres til tjeneste har som målsetting å heve kvalitet i tjenesten og redusere bruk av overtid og vikarbruk.

### **Fellesfunksjoner (fellestjenester):**

Fellesfunksjonene i ny organisering skiller seg noe fra gammel organisering hvor det var en stab per enhet. Disse stabfunksjonene vil organiseres noe annerledes med målsetting om ytterligere effektivisering av disse. I tillegg styrkes fellesfunksjoner med dedikert ressurs innen digitalisering, rådgivning, økonomi og kvalitet. Ressurser for alle funksjoner vil ikke kunne besettes uten samordning på tvers av samhandlingsområdet og noe må muligens avvente til budsjettbehandling for 2023. Rådgiver kvalitet og digitalisering er prioritert. Økonomi samordnes med samhandlingsområde økonomi og virksomhetsstyring.

### **Saksbehandlers vurdering:**

Fauske kommune trenger en organisering av helse- og omsorgssektoren som er bærekraftig over tid, og som kan møte endrede behov uten å måtte gjøre strukturelle endringer. De administrative endringene som ønskes gjennomført i 2022 mener saksbehandler er i tråd med det kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for både demografiske utfordringer, men også økonomiske. Statlige overføringer til sektoren er begrenset og fremtidige utfordringer er store, både økonomisk, men også med tanke på rekruttering. En dreining som angitt i saken til mer hjemmebaserte tjenester og forebygging vil over tid kunne skape et bedre handlingsrom og en tredeling av enheter som foreslått vil kunne gi bedre rom for en bedre styring av og samhandling mellom de tre områdene hjemmebasert, heldøgns omsorg og forebygging.

Utfordringsbildet er på mange måter uforandret uavhengig av ny organisering, men forutsetningene for å lykkes i større grad er mer til stede ved foreslåtte administrative struktur.

Ellen Beate Lundberg  
kommunedirektør

# Mål og prinsipper for organisering og ledelse i Helse og omsorg i Fauske kommune

*Versjon 0.7 -  
styringsgruppe  
23.08.2021*

## Overordnede mål:

### 1) Tydelige ledere med gode rammer

- a) Kultur og struktur for ledelse skal være tuftet på tydelighet, klare mål og resultat, verdier og motivasjon, rolleforståelse og autonomi.
- b) Gode rammebetingelser for ledelse, som innbefatter opplæring, nettverk, støttefunksjoner, administrative systemer, m.fl.
- c) Tydelig ansvars- og arbeidsdeling mellom kommunalsjefens ledergruppe, enheter og avdelinger.
- d) Etablere større klarhet i hva som skal styres politisk og hva som er administrasjon/tjenesteyting.

### 2) Engasjerte og dyktige medarbeidere

- a) Fremme en lærende organisasjon, tuftet på aktivt medarbeiderskap og arbeid med et godt tilbakemeldings- og ytringsklima.
- b) Fremme en kreativ og effektiv organisasjon, med gode og tilpassede IKT-løsninger.
- c) Fremme medarbeiderinvolvering gjennom åpenhet, gode samhandlingsløsninger og «Vi» fokus.

### 3) Organisering som bygger opp om kommunens mål og utfordringsbilde

- a) Organisering som muliggjør nær og tydelig ledelse, god oppgavedeling, korte tjenesteveier og god kommunikasjon.
- b) Vri fra organisasjons- / profesjonsperspektiv til bruker- / kundeperspektiv.
- c) Gå fra behandling til forebygging.
- d) Gå fra institusjon til hjemmebasert.

### 4) Organisering som fremmer helhetstenking

- a) Profesjonalisere og effektivisere oppgaveløsningen gjennom opplæring og mer bruk av digitale verktøy (kompetanseløft).
- b) Økt fokus på oppgaveglidning for effektivisering av tjenestene.
- c) Elektronisk dialog blir foretrukket kommunikasjonskanal.
- d) Koordinering av tjenestene skal skje på lavest mulige nivå.

### 5) Fremme langsiktighet og utvikling

- a) Utarbeide enkle og realistiske planer som gir tydelig retning.
- b) Legge tydelige strategier som fremmer utvikling av samfunnsliv, næringsliv og kommunal organisasjon.
- c) Frigjøre kapasitet til, og organisatorisk forankre utviklings- og omstillingsarbeidet.

## Nærmere om de enkelte delmålene

### 1) Tydelige ledere med gode rammer

- a) Kultur og struktur for ledelse skal være tuftet på tydelighet, klare mål og resultat, verdier og motivasjon.
  - Det tas i bruk ledertreningsverktøy for faglig og personlig utvikling for alle enhets- og avdelingsledere.
  - Tydeliggjøring av hva kommunens verdier betyr (ny samfunnsplan) for sektoren.
- b) Gode rammebetingelser for ledelse, som innbefatter opplæring, nettverk, støttefunksjoner, administrative systemer, m.fl.
  - Ifb med ny administrative struktur bør merkantil støtte styrkes ved f.eks. egen stabsfunksjon rett under kommunalsjef. Tydelig identifisering av rådgivere må også gjøres.
- c) Tydelig ansvars- og arbeidsdeling mellom kommunalsjefens ledergruppe, enheter og avdelinger.
- d) Etablere klarhet i hva som skal styres politisk og hva som er administrasjon/tjenesteyting.

### 2) Engasjerte og dyktige medarbeidere

- a) Fremme en lærende organisasjon, tuftet på aktivt medarbeiderskap og arbeid med et godt tilbakemeldings- og ytringsklima.
  - Dette krever at organisasjonen blir enig om en tilbakemeldingskultur hvor det på forhånd er definert hvor høyt det skal være under taket. Organisasjonen bør også se på elementer fra teori knyttet til læring i organisasjoner.
- b) Fremme en kreativ og effektiv organisasjon, med gode og tilpassede IKT-løsninger.
  - Bruk av Induct som innovasjonsportal hvor det er utviklet målrettede veiledere slik at alle ansatte er trygge på bruk.
  - Sikre god opplæring i fagsystem og kontorstøtteverktøy for bedre samhandling.
  - Synliggjøre elementer fra NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg og legge til rette for et bedre innovasjonsklima i hele virksomheten.
  - Styrke basis e-helse kompetanse.
- c) Fremme medarbeiderinvolvering gjennom åpenhet og gode samhandlingsløsninger og «Vi» fokus.
  - God opplæring på teams og oppfordre til bruk av felles samhandlingsløsning MS Teams.



### 3) Organisering som bygger opp om kommunens mål og utfordringsbilde

- a) Organisering som muliggjør nær og tydelig ledelse, god oppgavedeling, korte tjenesteveier og god kommunikasjon.
- b) Vri fra organisasjons- / profesjonsperspektiv til bruker- / innbygger-perspektiv.
- c) Gå fra behandling til forebygging.
- d) Gå fra institusjon til hjemmebasert.

### 4) Organisering som fremmer helhetstenking

- a) Profesjonalisere og effektivisere oppgaveløsningen gjennom opplæring og mer bruk av digitale verktøy (kompetanseløft).
- b) Økt fokus på oppgaveglidning for effektivisering av tjenesten.
  - Med målsetning om riktig tjeneste på riktig nivå til riktig tid
  - Kvalitetesheving i tjenesten
  - Verktøy i nyrekruttering
- c) Elektronisk dialog blir foretrukket kommunikasjonskanal.
- d) Koordinering av tjenestene og problemløsning skal skje på lavest mulige nivå

### 5) Fremme langsiktighet og utvikling

- a) Utarbeide enkle og realistiske planer som gir tydelig retning.
  - Etablering og utarbeidelse av helhetlig helse og omsorgsplan som overordnet temaplan for området i tråd med ny samfunnsplan.
  - Identifisere underplaner (temaplaner) hvis disse ikke skal være egne kapitler i overordnet temaplan
- b) Legge tydelige strategier som fremmer utvikling av samfunnsliv, næringsliv og kommunal organisasjon.
- c) Frigjøre kapasitet til, og organisatorisk forankre utviklings- og omstillingsarbeid.
  - Gjennom en organisasjonstilpasning påse at det er «ledig» kapasitet til å bidra i arbeidet med utvikling og omstilling.
  - Det innebærer å ha roller i kommunalsjefens stab som kan bidra på prosjekt, rådgivning og merkantile oppgaver.
    - Det er indentifisert følgende oppgaver som er viktig i dette arbeidet;
      - Digitaliseringsrådgiver
      - Kvalitetsrådgiver
      - Økonomi med egen Controller
      - Spesialrådgiver



# Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering

2021

KS

**OPPDRAGSGIVER:** KS

**RAPPORTNUMMER:** 1021452

**RAPPORTENS TITTEL:** Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester. En kunnskapsoppsummering

**ANSVARLIG KONSULENT:** Cecilie Aagestad

**PROSJEKTMEDARBEIDERE:** Per Schanche og Leif Moland (Fafo)

**FOTOGRAFI I RAPPORT:** AdobeStock

**DATO:** 26.3.2021

# Forord

Agenda Kaupang har i samarbeid med Fafo utført denne kunnskapsoppsummeringen om oppgavedeling, organisering, kompetanse og heltidskultur i kommunale helse- og omsorgstjenester, på oppdrag fra KS.

Kunnskapsoppsummeringen inngår som et viktig forarbeid for å utvikle piloter for nye måter å organisere helse- og omsorgstjenestene på. Hensikten er at organiseringen av disse tjenestene skal bidra til heltid og best mulig bruk av medarbeidernes kompetanse, samtidig som den møter brukernes behov for kontinuitet, trygghet og tilpasning.

KS forvalter tilskuddsordningen, som er en del av «Leve hele livet» og har ansvar for modellutprøving og spredning av erfaringer og kunnskap til kommunene.

Per Schanche har skrevet kapittel 5. Leif Moland har skrevet kapitlene 7 og 8. Cecilie Aagestad har skrevet kapitlene 4 og 6, og har vært prosjektleder for kunnskapsoppsummeringen.

Vi vil takke for godt samarbeid og nyttige innspill fra prosjektgruppen i KS.

Eventuelle feil og mangler står for forfatterens regning.

Oslo, mars 2021

# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Summary</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Metode</b> .....	<b>17</b>
4.1	<i>Scoping review</i> .....	17
<b>5</b>	<b>Oppgavefordeling og organisering av arbeidet</b> .....	<b>21</b>
5.1	<i>Konkretisering og avgrensning</i> .....	21
5.2	<i>Oppsummering av 16 utvalgte studier</i> .....	21
5.3	<i>Strukturelle forhold som berører oppgavefordelingen</i> .....	30
5.4	<i>Erfaringer fra 8 modeller for organisering av oppgavedeling</i> .....	34
<b>6</b>	<b>Kompetanse</b> .....	<b>39</b>
6.1	<i>Forsøk for å øke andelen med formell kompetanse, og for å øke kompetansen til faglærte</i> .	42
6.2	<i>Oppgaveglidning</i> .....	45
6.3	<i>Kompetansestrategier og planer</i> .....	47
6.4	<i>Oppsummering og svar på problemstillingene</i> .....	49
<b>7</b>	<b>Heltidskultur</b> .....	<b>54</b>
7.1	<i>Innledende om heltidskultur</i> .....	54
7.2	<i>Heltid-deltidslitteraturen inndelt etter 5 hovedtemaer og noen undertemaer</i> .....	57
7.3	<i>Kunnskapssammenfatninger</i> .....	59
7.4	<i>Arbeidstidsordninger og stillingsstørrelser</i> .....	61
7.5	<i>Heltidskultur og tjenestekvalitet</i> .....	72
7.6	<i>Drift, økonomistyring og endringsprosesser</i> .....	74
7.7	<i>Et samfunnsperspektiv</i> .....	78
7.8	<i>Oppsummering og svar på problemstillingene</i> .....	82
<b>8</b>	<b>Sammenheng mellom organisering, kompetanse og heltidskultur</b> .....	<b>90</b>
8.1	<i>Kompetanse, heltid og nærvær</i> .....	90
8.2	<i>Leon-prinsippet, New Public Management og bruker i sentrum</i> .....	90
8.3	<i>Tjenesteorganisering og kompetanseressurser</i> .....	91
8.4	<i>Kompetanserealisering</i> .....	92
8.5	<i>Nærvær, stillingsstørrelse og kompetanse</i> .....	94
8.6	<i>Avslutning</i> .....	95

# 1 Sammendrag

Kunnskapsoppsummeringen dreier seg om å identifisere relevante publikasjoner på tre tilgrensende områder: i) organisering og oppgavedeling, ii) kompetanse og iii) heltidskultur. Resultatene fra kunnskapsoppsummeringen skal benyttes av KS som bakgrunnsmateriale for å utarbeide piloter med formål å utvikle nye arbeids- og organisasjonsformer i kommunenes helse- og omsorgstjenester. I kunnskapsoppsummeringen er det to hovedavgrensninger. Den første avgrensningen er at publikasjonene skal være rettet mot helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Den andre avgrensningen er at publikasjonene skal være fra perioden 2010–2020 og omhandle minst ett av temaområdene for kunnskapsoppsummeringen.

## Oppgavefordeling og organisering av arbeidet

Innenfor dette temaet har vi valgt å se nærmere på 16 publikasjoner som fordeles på to hovedtemaer, med 8 publikasjoner innenfor hvert tema. Det ene temaet dekker en overordnet analyse av ulike områder innenfor organisering og oppgavedeling, mens det andre temaet oppsummerer ulike modeller for tverrfaglig samarbeid som er prøvd ut. Vi har altså prioritert publikasjoner som dreier seg om erfaringer fra ulike forsøk, siden KS har planer om å bruke kunnskapsoppsummeringen som grunnlag for piloter for å utvikle nye arbeids- og organisasjonsformer. For å få en større bredde i erfaringene har vi også supplert med fem relevante publikasjoner fra Danmark innenfor dette temaet.

Innenfor pleie- og omsorgstjenestene skjer det en gradvis vridning fra institusjon til hjemmebasert omsorg. Andelen av budsjettene brukt på institusjon blir redusert. Institusjon blir i større grad brukt som et tilbud i siste fasen av livet. En økt andel eldre over 80 år får tilbud i egne hjem.

Kommunene utvikler skreddersydde tilbud til nye grupper både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Det er lettere for store enn små kommuner å gi et differensiert tilbud. En grunnleggende utfordring mange kommuner opplever er en økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere.

### *Modeller for tverrfaglig samarbeid*

Den tidligere betegnelsen *hjemmesykepleie* er endret til *helsetjenester i hjemmet*, noe som er et uttrykk for at flere yrkesgrupper gir tjenester i hjemmet. Mange kommuner opplever positive erfaringer med hverdagsrehabilitering som er et tverrfaglig tilbud. I Danmark deltar sykepleierne i liten grad i rehabiliteringen som skjer i brukernes egne hjem. Vi har ikke funnet studier av hvordan sykepleiere samhandler med andre yrkesgrupper i Norge. Effekten av hverdagsrehabilitering for brukerne er i liten grad dokumentert. Det samme gjelder effekten for den kommunale økonomien.

Tillitsmodellen i Oslo er et alternativ til bestiller-utførermodellen, som har blitt positivt mottatt av aktørene i Oslo. Modellen er inspirert av Buurtzorgs modell fra Nederland. En dansk studie viser at modellen fungerer godt i Nederland, men andre land har hatt problemer med å innføre modellen.

Det statlige forsøket med finansiering av omsorgstjenestene innebærer en mer omfattende dialog med brukerne/innbyggerne. Siktemålet er å kartlegge brukernes mål, som grunnlag for tildeling av tjenester. Tidligere var det vanlig at brukerne krysset av på et skjema om hvilke tjenester de ønsket. I Danmark har det gjennom mange år vært en opplæring i dialogen med innbyggerne, basert på seks roller som dialogen innebærer.

Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Pasienter opplever positive erfaringer med slike team, som nå har vært prøvd ut noen år. Modellen i Norge er altså rettet mot den interne organiseringen hos fastlegene. Danmark rapporterer om gode erfaringer med samarbeid av hjemmetjenesten og legene i Danmark.

Innsatsen fra pårørende er avgjørende for behovet for kommunale tjenester. Det er mulig at redusert familieomsorg i årene som kommer vil øke behovet for kommunal innsats.

En studie viser at samordning av bidrag av frivillige er en utfordring. En annen studie viser at begrunnelsen for bruk av frivillige er av betydning for oppslutning

Det har vært gjennomført forsøk med virtuelle korttidsavdelinger, som innebærer bruk av teknologi til oppfølging i pasientenes egen hjem som et alternativ til korttidsavdeling på sykehjemmet. Også spesialisthelsetjenesten satser på bruk av teknologi for oppfølging hjemme som et alternativ til opphold på sykehuset.

Mange kommuner opplever at det er en mangelfull kobling mellom økonomistyring og bemanningsplanlegging. Anbefalingen er en økonomisk styring basert på en dialog mellom bestiller og utfører og mellom de ulike organisatoriske enhetene i kommunene.

## Kompetanse

Et formål med kunnskapsoppsummeringen er å få innsikt i: i) forsøk som har vært gjort for å øke andelen ansatte med formell helsefaglig kompetanse, ii) forsøk som har vært gjort for å heve kompetansen blant faglærte (f.eks. sykepleiere og helsefagarbeidere), og iii) hvordan strategisk kompetanseplanlegging og -kartlegging benyttes i planlegging og organisering av tjenester, og hva som fremmer og hemmer et slikt arbeid. Vi har gitt en nærmere beskrivelse av 12 utvalgte publikasjoner, i tillegg til at det refereres til relevante publikasjoner underveis i kapitlet.

*Hvilke forsøk har vært gjort for å heve andelen ansatte med helsefaglig kompetanse?*

Når det gjelder det første temaet, har vi valgt å inkludere to publikasjoner som dreier seg om forsøk for å rekruttere og beholde kompetanse, såkalt «utviklingsverksted» i kommunen. Erfaringene fra utviklingsverksted som metode for å rekruttere og beholde helsepersonell har vist seg å ha god effekt i Østfold, og i tre kommuner i Trøndelag. En styrke som fremheves ved denne metoden, er at målene for blant annet rekruttering og for å beholde kompetanse er tilpasset den enkelte kommune og tiltakene som utvikles blir derfor svært relevante for de kommunene det gjelder.

*Hvilke forsøk har vært gjort for å heve kompetansen blant faglærte?*

Når det gjelder forsøk som dreier seg om formell kvalifisering av helsepersonell, er det én publikasjon som konkluderer med at de fleste kommunene har ordninger for formell kvalifisering for ansatte i pleie- og omsorgstjenester. Dette gjelder både ordninger for kvalifisering for fagbrev (84 %) og for at faglærte kan ta sykepleierutdanning (68 %). Men en viktig forutsetning for at ordningene blir tatt i bruk er at dette i stor grad innebærer økonomisk tilrettelegging i form av permisjon med lønn eller stipendordninger, men hvordan dette løses i kommunene varierer.

En rapport viser at kommunene i varierende grad har oversikt over hvor stor andel av medarbeiderne som er ufaglærte, faglærte eller med høyere utdanning. Det å kartlegge for realkompetansevurdering er tidkrevende og flere kommuner oppga at det var lite relevant fra deres side. Men sett opp mot en målsetting om at alle ansatte skal ha fagbrev innenfor pleie- og omsorgstjenestene, kan dette være et godt virkemiddel for å identifisere og legge til rette for god kompetanseheving blant det ansatte

Kommuner er forskjellige og har ulike økonomiske forutsetninger. Noen kommuner gir permisjon med lønn for videreutdanning til de ansatte, men først og fremst til fast ansatte.

Vi har ikke identifisert publikasjoner som ser nærmere på oppgaveglidning mellom eksempelvis sykepleiere og helse- og omsorgsarbeidere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Men vi har erfaring fra noen kommuner hvor dette arbeidet er godt i gang. Det dreier seg om at spesifikke sykepleieroppgaver utføres av helse- og omsorgsarbeidere etter systematisk opplæring.

Erfaringene fra denne form for kompetanseglidning og oppgaveoverføring er todelt. Noen synes dette er faglig utviklende og stimulerende, mens andre har mindre lyst til å få utvidet ansvar til å gjennomføre slike oppgaver. I flere land utøver sykepleiere i hjemmetjenesten oppgaver som tradisjonelt er forbeholdt leger. I Norge har det så langt ikke vært praktisert, men i 2018 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle forslag til en nasjonal studieplan for en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie på 120 studiepoeng rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det betyr at på sikt vil muligens flere såkalte «legeoppgaver» tilfalle sykepleiere med videreutdanning innenfor helse- og omsorgstjenestene. Vi identifiserte én publikasjon som berører dette temaet i kunnskapsoppsummeringen.

*Hvordan strategisk kompetanseplanlegging og -kartlegging benyttes i planlegging og organisering av tjenester, og hva som fremmer og hemmer et slikt arbeid*

Når det gjelder det siste temaområdet, strategisk kompetanseutvikling, er vår oppfatning at det meste som er skrevet om strategisk kompetanseutvikling, kompetansebehov og kompetanseplaner, er gjerne tematisk avgrenset til utdanningsforskning, beskrivelser av kompetansekartlegging, eller personlig utvikling av ansatte. I studiene som vi har fanget opp i litteratursøket og som vi beskriver her, finner vi at de fleste kommuner og virksomheter har kompetanseplaner, men at det blant ansatte i varierende grad oppfattes at disse følges opp i praksis.

Viktige forhold for at kommunene skal lykkes med kompetanseutvikling, er om kommunen har kompetanseplaner som brukes, og en bred og effektiv kartlegging av kompetansen til de ansatte som oppdateres jevnlig. Strategier og planer bør gjenspeiles i at det gis handlingsrom for kompetanseutvikling, men også at det foreligger gevinster for å delta i den type tiltak.

## **Heltidskultur**

Litteraturgjennomgangen viser at heltid-deltidsproblematikken spenner vidt, fra likestilling og befolkningsframskrivninger til tjenesteorganisering via praktiske arbeidstidsordninger og deres effekter på arbeidsmiljø, drift og ikke minst tjenestekvalitet.

*Hvilke forsøk har vært gjort med organisering som legger vekt på både heltid, utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og brukeropplevelsen?*

De siste års kommunale plandokumenter om utvikling av heltidskultur legger nesten alle stor vekt på bedre bruk av kompetansen, flere kompetente medarbeider og ikke minst brukeropplevd kvalitet når de skal begrunne heltidssatsingen. Tiltak med langvaktsturnuser har overveiende de mest eksplisitte målformuleringene om å styrke tjenestekvaliteten. De har også vært gunstige for bedre tjenester for brukerne. Tiltak med samarbeidsturnuser og ressursenheter har hatt mer oppmerksomhet mot bemanningsledelse og mindre fokus på tjenestekvalitet.

*Hvilke arbeidstidsordninger har vært prøvd ut, og med hvilke effekter for henholdsvis brukere, ansatte og virksomheter?*

Det finnes en rekke varianter av langturnuser. Mange av dem har gitt svært gode resultater, både ved å gi større stillinger og bedre tjenestekvalitet. Vanligvis er også arbeidsmiljøet blitt styrket.

Ressursenheter kan gi enkeltpersoner større stilling, men bidrar ikke til heltidskultur ute på tjenestestedene. Det er en løsning som i liten grad ivaretar ansattes behov for faglig utvikling, tilhørighet og mestringsfølelse.

Samarbeidsturnuser er en måte å administrere vakter på. De kan være positive for større stillinger, men begrenses av hvilken grunnturnus de bygger på. De har først og fremst hatt positive effekter på arbeidsmiljø og tilrettelegging av arbeid og fritid.



Turnuser der ansatte jobber nærmere 26 helgevakter i året, kan gi større stillinger, men er lite populært som hovedturnus. Dette kan fungere for enkelte ansatte en viss periode.

Bruk av ubunden tid, timebank, bonusordninger, årsplaner og en understøttende rekrutterings- og permisjonspolitikk kan gjøre det lettere å gjennomføre turnuser med litt større stillinger enn det man ellers ville hatt.

*Hvilke faktorer hemmer og fremmer heltid?*

Forhold som kan fremme heltid:

Endrings- og utviklingstiltak som har lyktes, har aktivt involvert ikke bare ansatte og tillitsvalgte, men også lederen, som har det daglige ansvaret for å få turnusen til å gå opp.

Etablering av nye tjenestesteder gir kommunen en gylden mulighet til å lage en heltidsvennlig turnus og rekruttere medarbeidere som er motivert for å jobbe i det valgte turnusoppsettet. Muligheten benyttes i liten grad.

Forhold som kan hemme utviklingen av mer heltid:

Den turnustekniske utfordringen ligger i å sette opp turnuser som dekker behovet for kvalifisert arbeidskraft i helgene, uten at det fører til en fordyrende overbemanning på ukedagene. I den tradisjonelle turnusen med 7–8 timers vaktlengde og arbeid hver tredje helg jobber en heltidsansatt ca. 270 helgetimer i året. Skal man nå heltidsmålet, må antallet økes til ca. 325 timer. Dette kan gjøres ved å jobbe flere helger i året enn hver tredje helg, eller ved at man jobber lengre vakter hver tredje eller fjerde helg. Begge deler møter motstand fra en del ledere og ansatte, og fra enkelte arbeidstakerorganisasjoner.

Dårlig planlegging, korte tidsfrister, mangelfull involvering:

Kvinnens kulturelle mandat til å velge å jobbe deltid er den faktoren som er vanskeligst å bevege. Den er forankret utenfor arbeidsplassen og når den først er sluppet inn, er det begrenset hva arbeidsgiver kan gjøre ut fra styringsretten.

Ledere flest ser gevinstene ved heltidskultur, men føler seg bundet av det rådende turnusoppsettet basert på omfattende bruk av deltid.

Flere studier har vist at større stillinger ikke behøver å koste mer. Det oppfattes imidlertid ikke slik av ledere flest. Enkelte av studiene påpeker at avdelingsledere ikke har tilstrekkelig turnus- og økonomikompetanse.

Enkelte ledere klager over rigide regler for rekruttering og bruk av de samlede lønnsmidlene. Dermed har de ikke handlingsrom til å gjennomføre endringer som kunne gitt avdelingen færre små stillinger. Også mange toppledere og politikere mener at en heltids- og kompetansekultur blir for dyrt. Det meste av deltiden er frivillig og i tråd med en ønsket familiepolitikk. Dermed fremstår ikke likestillingsaspektet heller som særlig påtrengende.

Partssamarbeidet beskrives overveiende som tett og godt, selv om det er en del eksempler på at ledere trekker tillitsvalgte for sent inn i utviklingsprosesser. Det fører til at det som kunne vært positive innspill fra de tillitsvalgte i en felles utforming av planene, i stedet blir til kritikk av ledelsens opplegg.

Selve turnusen skal godkjennes av både arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene som er representert på de aktuelle tjenestestedene. Arbeidstakerorganisasjonene anklages av og til for å være tilbakeholdne med å gi samtykke til turnuser som krever dette etter arbeidsmiljøloven. Det er usikkerhet omkring omfanget av manglende samtykke.

*Hvordan kan oppgavedeling/organisering av arbeidet bidra til økt heltidsandel?*

Det finnes en del refleksjoner omkring dette. Det er beskrevet forsøk med ressursenheter og andre former for å «jobbe på tvers». Mer systematiske forsøk med oppgaveglidning for å skape flere større stillinger, eller vice versa, har vi ikke kommet over.

## **Sammenhengen mellom organisering, kompetanse og heltidskultur**

I sluttkapitlet trekker vi frem to forhold:

*Hvordan påvirkes kommunenes kompetansebehov av tjenesteorganiseringen?*

De siste 30 årene har kommunene gjennom en rekke reformer fått flere og mer faglig krevende oppgaver, jf. LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Samtidig har det lenge pågått en trend som vektlegger økt brukermedvirkning. I det siste har vi også fått en tillitsreform på vei med økt vekt på selvstyrte grupper og selvstendige medarbeidere. Nye krav til samhandlingskompetanse og økt vekt på brukerbehov stiller betydelige krav til tverrfaglig samarbeid, noe som forutsetter både høy egenkompetanse (for å ha noe å bidra med overfor andre fagmiljøer) og god forståelse for andre faggruppers arbeidsformer. Oppgaveglidning der ansatte på ett kompetansenivå skal ta over oppgaver som til nå har ligget til nivået over, stiller også nye kompetansekrav.

For å møte dette må kommunene rekruttere og utvikle ny spesialistkompetanse så vel som mer formell generalistkompetanse. Dette skal bygges med en personalgruppe der det fortsatt (om enn i avtagende grad) er en høy andel ufaglærte. For mange kommuner er en slik satsing for kostnads-krevende til at de kan prioritere dette.

*Hvordan fremmes og hemmes kommuners mål om kompetanse og tjenesteorganisering (for å kunne levere gode tjenester) av heltids/deltidskultur?*

Selv om kommunene hadde hatt tilstrekkelig økonomi til den ønskede kompetanseutviklingen, er den rådende deltidskulturen en hemsko for kommunenes muligheter til å kunne gjennomføre et slikt løft. Et nødvendig kompetansenivå fordrer både en formalkompetanse- og tilstedeværelsesgrad som mange deltidsansatte ikke er interessert i. Det er heller ikke så lett å rekruttere tilstrekkelig mange ansatte som både er dedikerte og faglig kvalifiserte til et arbeidsmiljø bygget opp rundt deltidskulturen. Organisasjonsformer som legger opp til at ansatte skal jobbe med flere oppgaver og på flere steder er vanskelig nok å håndtere for heltidsansatte. Det er enda vanskeligere med deltidsansatte som er sjeldnere på jobb.

## 2 Summary

The scoping review involves identifying relevant publications in three adjacent areas: i) organisation and division of tasks, ii) competence and iii) full-time culture. The results from the scoping review will be used by the Norwegian Association of Local and Regional Authorities (KS) as background material for preparing pilots with the aim of developing new forms of work and organisation in the municipalities' health and care services. The scoping review has two main delimitations. The first delimitation is that the publications must be aimed at the health and care services in the municipalities. The second delimitation is that the publications must be from the period 2010–2020 and deal with at least one of the subject areas for the scoping review.

### **Distribution of tasks and organisation of work**

Within this subject, we have chosen to take a closer look at 16 publications that are divided into two main subjects, with eight publications within each subject. One subject covers an overall analysis of different areas within organisation and division of tasks, while the other subject summarises various models for interdisciplinary collaboration that have been tested. We have therefore prioritised publications that deal with experiences from various experiments, since KS plans to use the scoping review as a basis for pilots to develop new forms of work and organisation. In order to broaden the range of the experiences, we have also supplemented with five relevant publications from Denmark within this subject.

A gradual shift from institutions to home-based care is taking place in nursing and care services, reducing the share of budgets spent on institutions. Institutions will be used to a greater extent as an option in the final phase of life. A higher share of elderly people over the age of 80 receive services in their own homes.

The municipalities are developing tailor-made services for new groups both in nursing homes and in the home care service. It is easier for large rather than small municipalities to provide differentiated services. A fundamental challenge many municipalities are facing is an increasing shortage of nurses and health workers.

### *Models for interdisciplinary collaboration*

The formerly used term home nursing care has been changed to health services in the home, which is an expression of the fact that several occupational groups provide services in the home. Many municipalities experience positive experiences with everyday rehabilitation, which is an interdisciplinary service. In Denmark, the participation of nurses in the rehabilitation that takes place in the users' own homes is marginal. We have not found studies of how nurses interact with other occupational groups in Norway. The effect of everyday rehabilitation for users is poorly documented and the same applies to the impact on municipal finances.

The Trust Model in Oslo, which has been positively received by stakeholders in Oslo, is an alternative to the purchaser-provider model. The Trust Model is inspired by the Buurtzorg model from the Netherlands. A Danish study shows that while the model works well in the Netherlands, other countries have had problems introducing the model.

The state's experiment with financing care services involves a more comprehensive dialogue with users/citizens. The aim is to map the users' goals as a basis for allocating services. In the past, it was common for users to tick boxes for the services they wanted on a form. Denmark has practised dialogue training with citizens for many years, based on six roles that the dialogue entails.

Primary health teams in family doctor practices consist of GPs, nurses and medical secretaries. Patients have positive experiences with such teams, which have now been tested for a few years. The model in Norway is consequently aimed at the internal organisation of GPs. Denmark reports good experiences with collaboration between the home care service and doctors in Denmark.

The efforts of family members are a decisive factor in the need for municipal services. Reduced family care in the years to come could potentially increase the need for municipal efforts.

A study shows that coordinating the contributions of volunteers is a challenge. Another study shows that the rationale for using volunteers is important for support.

Experiments have been carried out with virtual short-term wards, which involve the use of technology for following up patients in their own homes as an alternative to short-term wards at nursing homes. The specialist health service also focuses on the use of technology for follow-up at home as an alternative to hospitalisation.

Many municipalities experience that financial management and planning of staffing are poorly coordinated. The recommendation is financial management based on a dialogue between the purchaser and the provider and between the various organisational units in the municipalities.

## **Competence**

One purpose of the scoping review is to gain insight into: i) attempts that have been made to increase the share of employees with formal healthcare qualifications, ii) attempts that have been made to increase the competence among skilled workers (e.g. nurses and health workers), and iii) how strategic competence planning and mapping is used in planning and organising services, and the factors that promote and hamper such work. We have provided a more detailed description of 12 selected publications, in addition to referring to relevant publications throughout the chapter.

*What attempts have been made to increase the share of employees with healthcare qualifications?*

With regard to the first subject, we have chosen to include two publications that deal with attempts to recruit and retain competence, so-called "development workshops" in the municipality. The experiences from development workshops as a method for recruiting and retaining health personnel have proven to have a good effect in Østfold as well as three municipalities in Trøndelag. A strength highlighted by this method is that the goals for, among other things, recruitment and for retaining competence are adapted to the individual municipality and the measures that are developed therefore become very relevant for the municipalities concerned.

*What attempts have been made to raise the competence of skilled workers?*

With regard to experiments concerning the formal qualification of health personnel, one publication concludes that most municipalities have formal qualification schemes for employees in nursing and care services. This applies both to qualification schemes for craft certificates (84%) and for skilled workers to pursue a degree in nursing (68%). While an important prerequisite for implementing the schemes is that this largely involves financial arrangements in the form of paid leave or grant schemes, how this is accomplished in the municipalities varies.

A report shows that the municipalities have, to a varying degree, an overview of the share of employees who are unskilled, skilled or have higher education. Mapping prior learning and work experience is time-consuming and several municipalities stated that it was not very relevant on their part. But set against a goal that all employees shall have craft certificates in the nursing and care services, this can be a good tool for identifying and facilitating good upgrading of skills among employees.

Municipalities are different and have different financial preconditions. Some municipalities provide paid leave for further education to employees, but primarily to permanent employees.

We have not identified publications that take a closer look at task shifting between, for example, nurses and health and care workers in the health and care services in the municipalities. But we have experience from some municipalities where this work is well under way. It involves specific nursing tasks being performed by health and care workers following systematic training. The experiences from this form of competence shifting and transfer of tasks are twofold. While some find this professionally enhancing and stimulating, others are less interested in taking on expanded

responsibilities for carrying out such tasks. In several countries, nurses in the home care service perform tasks that are traditionally reserved for doctors. While this has not been practised so far in Norway, in 2018 the Norwegian Directorate of Health was commissioned to develop a proposal for a national study plan for a new 120-credit master's degree in advanced clinical general nursing aimed at the needs of municipal health and care services. This means that in the long run, more so-called "doctor tasks" will possibly fall to nurses with further education in the health and care services. We identified one publication that addresses this subject in the scoping review.

*How strategic competence planning and mapping is used in planning and organising services, and what promotes and hampers such work*

With regard to the final subject area, strategic development of competence, our opinion is that most of what has been written about strategic development of competence, competence needs and competence plans is often thematically limited to educational research, descriptions of competence mapping, or personal development of employees. In the studies that we have captured in the literature search and that we describe here, we find that most municipalities and companies have competence plans, but that employees perceive that these are followed up to varying degrees in practice.

Important factors in driving the successful development of competence in municipalities are whether the municipality has competence plans that are used, and broad and effective mapping of the competence of the employees that is regularly updated. Strategies and plans should be reflected in the provision of latitude for competence development, but also that there are gains for participating in this type of measure.

### **Full-time culture**

The literature review shows that the full-time/part-time issue has a broad impact, from gender equality and population projections to organisation of services via practical working-time arrangements and their effects on the working environment, operations and, not least, service quality.

*What attempts have been made with organisation that emphasises full-time, utilisation of available competence and the user experience?*

In recent years' municipal planning documents on the development of a full-time culture, almost all place great emphasis on better use of competence, more competent employees and, not least, user-experienced quality when justifying the focus on full-time work. Measures with long shift rotations have predominantly the most explicit goal formulations about strengthening the quality of service. They have also been beneficial for better services for the users. Measures with collaborative rotations and resource units have paid more attention to staff management and focus less on service quality.

*Which working-time arrangements have been tried out, and with what effects for users, employees and companies, respectively?*

There are a number of variations of long rotations. Many of them have produced very good results, both by providing larger positions and better service quality. Usually, the working environment has also been strengthened.

Resource units can give individuals a larger position, but do not contribute to a full-time culture in the workplace. It is a solution that marginally addresses employees' needs for professional development, affiliation and sense of accomplishment.

Collaborative rotations are a way of administrating shifts. They can be positive for larger positions, but are limited by the basic rotation on which they are based. They have primarily had positive effects on the working environment and the facilitation of work and leisure.

Rotations where employees work close to 26 weekend shifts per year can provide larger positions but are not very popular as the main rotation. This may work for some employees for a certain period of time.

The use of unrestricted time, time banks, bonus schemes, annual plans and a supportive recruitment and leave policy can make it easier to carry out rotations with slightly larger positions than would otherwise have been the case.

*What factors hamper and promote full-time work?*

Conditions that can promote full-time work:

Successful change and development measures have actively involved not only employees and employee representatives, but also the manager, who has the day-to-day responsibility for making the rotation work.

Establishment of new service locations gives municipalities a golden opportunity to create a full-time-friendly rotation and recruit employees who are motivated to work in the chosen rotation set-up. This opportunity is used to a small extent.

Conditions that can hinder the development of more full-time work:

The rotation-related technical challenge lies in setting up rotations that cover the need for qualified workers on the weekends, without leading to expensive overstaffing on weekdays. In the traditional rotation of 7 to 8-hour shifts and working every third weekend, a full-time employee works approx. 270 weekend hours per year. In order to reach the full-time goal, the number must be increased to approx. 325 hours. This can be done by working more weekends each year than every third weekend, or by working longer shifts every third or fourth weekend. Both meet opposition from a number of managers and employees, and from some employee organisations.

Poor planning, short deadlines, lack of involvement

Women's cultural mandate of choosing to work part-time is the factor that is most difficult to change. It is anchored outside the workplace and once it has been embraced, there is a limit to what the employer can do based on the right to manage.

Most managers see the benefits of a full-time culture, but feel bound by the prevailing rotation set-up based on extensive use of part-time workers.

Several studies have shown that larger positions do not have to cost more. However, this is not perceived as such by most managers. Some of the studies point out that department heads do not have sufficient competence in rotations and finance.

Some managers complain about rigid rules for recruiting and spending the total salary funds. Consequently, they do not have the latitude to implement changes that could have given the department fewer small positions. Many senior managers and politicians also believe that a full-time and competence culture will be too expensive. Most of the part-time work is voluntary and in line with a desired family policy. Consequently, the gender equality aspect does not appear to be particularly pressing either.

Employer/employee cooperation is predominantly described as close and good, although there are a number of examples of managers involving employee representatives too late in development processes. This means that what could have been positive input from employee representatives in a joint design of the plans, instead becomes criticism of the management's plan.

The rotation itself must be approved by both the employer and the employee organisations represented at the relevant places of employment. The employee organisations are sometimes accused of being reluctant to give their consent to rotations that require this under the Working Environment Act. There is uncertainty about the extent of non-consent.

*How can the division of tasks/organisation of the work contribute to an increased full-time share?*

There are a number of reflections on this. Experiments with resource units and other forms of "cross-working" are described. We have not come across more systematic attempts at task shifting to create more larger positions, or vice versa.

### **The connection between organisation, competence and full-time culture**

In the final chapter, we highlight two issues:

*How are the municipalities' competence needs affected by the organisation of services?*

Over the past 30 years, the municipalities have been given more and more professionally demanding tasks through a number of reforms, cf. the LEON principle (lowest effective level of care). At the same time, there has long been a trend that emphasises increased user participation. Recently, we have also seen the introduction of a trust reform with increased emphasis on self-governing groups and independent employees. New requirements for collaborative competence and increased emphasis on user needs place significant demands on interdisciplinary collaboration, which presupposes both high self-competence (to have something to contribute to other professional environments) and a good understanding of the working methods of other professional groups. Task shifting, where employees at a competence level must take over tasks that until now have been reserved for the level above, also demands new competence requirements.

To deal with this, the municipalities must recruit and develop new specialist competence as well as more formal generalist competence. This will be built with a personnel group where there is still (albeit to a decreasing degree) a high percentage of unskilled workers. For many municipalities, such an initiative is too costly for them to be able to prioritise this.

*How are municipalities' competence and service organisation goals (in order to be able to provide good services) promoted and hampered by a full-time/part-time culture?*

Even if the municipalities had had sufficient finances for the desired development of competence, the prevailing part-time culture is a hindrance to the municipalities' opportunities to be able to implement such a boost. A necessary level of competence requires both a formal degree of competence and presence that many part-time employees are not interested in. It is also not that easy to recruit a sufficient number of employees who are both dedicated and professionally qualified for a working environment built around the part-time culture. Organisational forms that call for employees to have more tasks in more places are difficult enough to handle for full-time employees. It is even more difficult with part-time employees who work less often.

# 3 Innledning

Økningen i behovet for helse- og omsorgstjenester, men også økte forventninger fra brukere og innbyggere er en betydelig utfordring for kommunene. Kommunene har fått mer ansvar som følge av samhandlingsreformen, det er flere eldre med sammensatte og komplekse sykdomsbilder, og det blir flere yngre med behov for tjenester. Kompetansesammensetning må stå i forhold til brukerbehovet og oppgavene som skal løses. Flere av de arbeidstidsordningene som praktiseres i dag sikrer i liten grad kontinuitet for brukere og ansatte, og utfordringene forsterkes også av en utpreget deltidskultur. Det er en tett kobling mellom kompetanse, kapasitet og omfanget av deltidsstillinger. Heltid som norm har vært et uttalt mål for regjeringen, partene i arbeidslivet og mange kommuner i lang tid. Flere heltidsansatte er også et viktig moment i kommunenes rekrutteringsstrategi for å imøtekomme økt behov for arbeidskraft i de kommende årene.

I statsbudsjettet for 2020 ble det opprettet tilskudd til «Kvalitet i kommunenes helse- og omsorgstjenester gjennom nye arbeids- og organisasjonsformer», som er ment å være et svar på disse betydelige utfordringene. Tilskuddet er en del av satsingen «Leve hele livet». Prosjektet som tilskuddsmidlene skal brukes til er å utvikle nye arbeids- og organisasjonsformer i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Prosjektet skal utforme, pilotere og evaluere nye måter å organisere helse- og omsorgstjenestene. Det skal bidra til heltid og best mulig bruk av medarbeidernes kompetanse, som samtidig møter brukernes behov for kontinuitet, trygghet og tilpasning. Det legges til grunn at det skal benyttes allerede kjente strukturer, eksisterende læringsnettverk mellom kommuner, fortrinnsvis i noen utvalgte nettverk av kommuner.

KS forvalter tilskuddsordningen og har ansvar for modellutprøving og spredning av erfaringer og kunnskap til kommunene. I den forbindelse gjennomføres det en kunnskapsoppsummering for å identifisere relevant kunnskap på området, og for å gi inspirasjon til utvikling av piloter som skal testes ut i et utvalg kommuner.

Kunnskapsoppsummeringen dreier seg om å identifisere relevante publikasjoner på tre unike, men tilgrensende områder: i) Organisering og oppgavedeling, ii) kompetanse og iii) heltidskultur. Disse temaområdene er supplert med en rekke underproblemstillinger som beskrives nærmere i kapittel 5, 6 og 7.

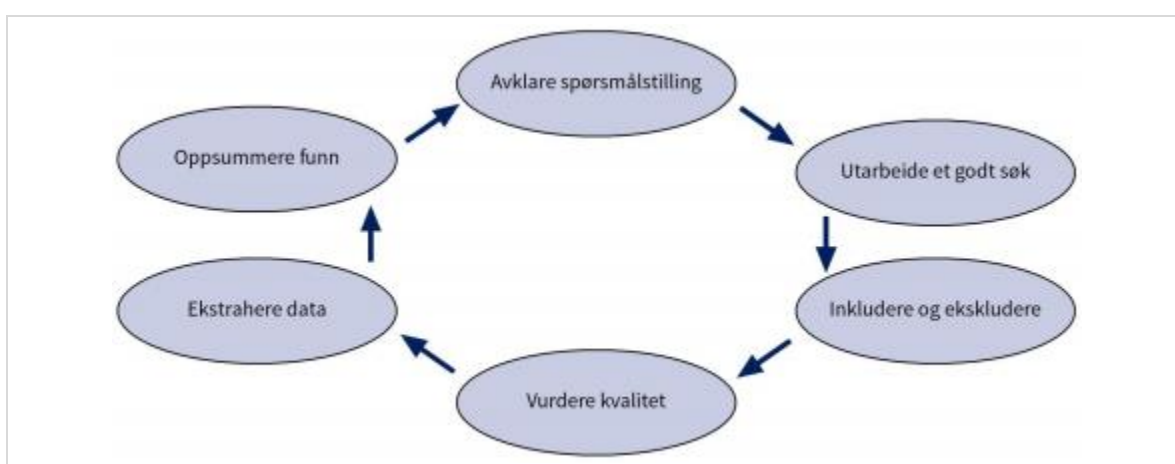
Før vi gir en nærmere beskrivelse av temaområdene for kunnskapsoppsummeringen, så redegjør vi for designet for kunnskapsoppsummeringen. I et siste kapittel ser vi de tre temaområdene i sammenheng.



# 4 Metode

## 4.1 Scoping review

Scoping review er en forenklet form for kunnskapsoppsummering. Metodikken består av systematiske søk, inklusjon og eksklusjon av studier, ekstrahering av data fra hver studie, og oppsummering av funn, som illustrert i Figur 4-1. Et scoping review åpner for å revidere søkestrategien og justere inklusjonskriteriene underveis i prosessen, i tillegg til at vurderingen av studienes kvalitet tillegges mindre vekt enn i andre typer av kunnskapsoppsummeringer. Det vil si at studier i mindre grad vil bli ekskludert med utgangspunkt i bestemte kvalitetskriterier med hensyn til vitenskapelig standard (Whittemore, 2014). I kunnskapsoppsummeringen har vi lagt til grunn at kunnskapsgrunnlaget skal være bredere enn en oppsummering av fagfellevurderte publikasjoner, og søkene har derfor blitt utvidet til å fange opp både mastergrader og rapporter.



Figur 4-1 Prosessen ved et «scoping review»

### 4.1.1 Avklare spørsmålsstilling

Kunnskapsbehovet omfatter tre temaområder. Det å gjennomføre en kunnskapsoppsummering som består av tre forskjellige, men tilgrensede fagområder byr på en rekke utfordringer som krever både at problemstillingene operasjonaliseres og at det foretas nødvendige avgrensninger underveis. Hensikten med kunnskapsoppsummeringen er å innhente kunnskap for å utarbeide gode piloter som skal testes ut med hensyn til organisering og oppgavedeling, kompetanse og heltidskultur for et utvalg kommuner. De ulike temaområdene er alle viktige, men i dialog med KS får vi innspill om at problemstillinger knyttet til oppgavedeling/oppgaveglidning og kunnskap om tiltak og virkemidler for å øke heltidsandelen er særskilt interessante. Med utgangspunkt i problemstillingene har vi i samarbeid med KS utarbeidet en søkestrategi beskrevet i Tabell 4-1.

### 4.1.2 Søkestrategi

Vi har tatt utgangspunkt i en overordnet søkestrategi basert på ulike kombinasjoner av søkeordene beskrevet i tabellen på neste side.

Tabell 4-1 Søkestrategi

Heltidskultur	Heltidskultur utvidet	Kompetanse	Organisering og oppgavedeling	Sektor/tjeneste
Heltidskultur		Oppgavebredde	Oppgavedeling	Helse-tjenesten i kommunen
Heltid-deltid		Formell helsefaglig kompetanse	Oppgaveglidning/-overføring	Pleie- og omsorgstjenesten
Tjeneste-kvalitet		Kompetanseheving/-utvikling	Rehabiliteringsteam	Helse- og omsorgstjenesten
Arbeidstid/-turnus	Tjenestekvalitet	Strategisk kompetanseplanlegging	Økonomistyring	Primærhelse-tjenesten
Arbeidstid/-turnus	Arbeidsmiljø	Endringskompetanse	Handlingsrom	
Arbeidstid/-turnus	Fagkompetanse/mestring /læringsmiljø	Kompetanseglidning	Primærhelseteam	
Arbeidstid/-turnus	Dedikasjon/involvering		Oppfølgingsteam	
Arbeidstid/-turnus	Rekruttere/ beholde/ omdømme		Hverdagsrehabilitering	
Arbeidstid/-turnus	Innovasjon/ endring/ omstilling (gode prosesser)		Bemanningsledelse Bemanningsplanlegging Bemanningskompetanse	
			Tjenesteorganisering/ ledelse	

Vi har gjennomført søk i Oria<sup>1</sup> og Google Scholar. Mye litteratur har blitt tilgjengelig online. Denne litteraturen er søkbar i Google Scholar. Google Scholar supplerer treffene i Oria med eksempelvis rapporter, som ikke er fagfellevurdert, men publisert fra ulike forskningsinstitusjoner.

For å sikre oss at vi fikk oversikt over litteraturen som ikke er publisert via UHS-sektoren eller i fagfellevurderte tidsskrifter, sendte vi ut forespørsel om relevante publikasjoner til en rekke organisasjoner, forskningsinstitutter og offentlige organer. Følgende aktører ble kontaktet: Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Norsk fysioterapeutforbund, Norsk Ergoterapeutforbund, Delta, FO, Rambøll, Deloitte, KS Konsulent, regionale utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Fafo, Sintef, AFI, Norce, Nordlandsforskning, NIFU og Senter for omsorgsforskning.

<sup>1</sup> Oria er en søkemotor som lar deg søke i norske fag- og forskningsbiblioteks ressurser: bøker, artikler, tidsskrifter, musikk, filmer og elektroniske ressurser.

Disse henvendelsene resulterte i at vi fikk noen flere referanser enn de innledende søkene hadde gitt oss. Likevel var erfaringen at de fleste publikasjonene og litteraturløstene til ulike forskningsinstitutter er tilgjengelig enten gjennom Oria eller Google Scholar.

### 4.1.3 Inklusjon av studier

Vi har inkludert studier publisert i engelsk- eller norsk/nordiskspråklige vitenskapelige/-fagfelleverderte tidsskrifter, mastergrader og rapporter, i perioden 2010–2020.

I kunnskapsoppsummeringen inngår tre temaområder med en rekke underproblemstillinger. Vi har arbeidet ut ifra noen hovedkriterier for inklusjon/eksklusjon av studier. Hovedinklusionskriteriet var at studiene skulle være knyttet til helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Studiene skulle videre omhandle minst ett av de tre temaene for kunnskapsoppsummeringen, i) organisering og oppgavedeling, ii) kompetanse, og/eller iii) heltidskultur. Innenfor de ulike temaområdene, og særskilt for heltidskultur, ble det gjort mer utvidede søk, og et mer fingradert inklusjons/-eksklusionsarbeid. Dette begrunnes med at heltidskultur er et relativt nytt begrep. For å sikre at relevante publikasjoner ble inkludert og for å identifisere de mest relevante publikasjonene sett opp mot problemstillingene i dette prosjektet, var det et metodisk grep som ble gjort. Dette redegjøres nærmere for i delkapittelet om heltidskultur.

### 4.1.4 Dataekstraksjon

Vår første tilnærming var å inkludere/ekskcludere artikler basert på tittel. Tilnærmingen for å inkludere relevante publikasjoner innenfor hvert temaområde varierer noe. For temaet organisering og oppgavedeling ble 60 artikler/mastergrader/rapporter inkludert, i tillegg ble dette utvalget supplert med 25 danske publikasjoner. Etter gjennomlesning av sammendrag ble i alt 50 av de totalt 85 publikasjoner inkludert på bakgrunn av at de tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Av disse har vi videre gjort et utvalg på 16 artikler som vi beskriver nærmere i rapporten. Utvalget av publikasjonene ble gjort på følgende måte: Innenfor organisering og oppgavedeling er det en rekke underproblemstillinger. Det var derfor et formål å inkludere artikler i et forsøk på å dekke bredden av de problemstillingene KS har skissert for kunnskapsoppsummeringen. Master- og bacheloroppgaver er ikke inkludert, da det ble vurdert at det er tilstrekkelig med publikasjoner av enten fagfelleverderte artikler, eller rapporter fra forskningsinstitutter som dekket problemstillingene. Et annet formål var at publikasjonene skulle være praktisk rettet.

Problemstillingene innenfor temaområdet kompetanse er noe mer avgrenset. Vi inkluderte totalt 57 publikasjoner basert på tittel, og etter gjennomlesning av sammendrag indentifiserte vi 25 publikasjoner som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Vi har beskrevet 12 studier innenfor denne tematikken, og noen referanser er oppgitt i den innledende teksten til temaet. Det er en rekke mastergrader innenfor temaområdet, og flere av disse baserer seg på små utvalg. Vi har likevel valgt å inkludere noen av mastergradene, siden vi har vurdert at disse supplerer rapporter som er utarbeidet av forskningsinstitutter om temaet.

For temaet heltidskultur var det hensiktsmessig å utvide søket utover selve heltidskulturbegrepet. Bakgrunnen for det er at det er mange tilgrensende tema som omfatter heltidskultur, men at dette beskrives med andre ord. I alt ble det indentifisert 246 publikasjoner før inklusjonskriterier som alder, det vil si at kunnskapsoppsummeringen skal inneholde publikasjoner i tidsrommet 2010–2020, og at publikasjonene skal være rettet mot helse- og omsorgstjenestene i kommunen, ble hensyntatt.

Beskrivelsen av artiklene som inngår i kunnskapsoppsummeringen inkluderer forfatter, formål, metode, deltakere og kontekst og resultat. I kapitlene som presenterer utvalgte publikasjoner innenfor hvert temaområde i kunnskapsoppsummeringen, er funnene i hver enkelt publikasjon beskrevet ut fra hvilke spørsmål de besvarer, og deretter gruppert tematisk. Dette er for å kunne trekke ut kunnskap på tvers av studiene.

#### **4.1.5 Metodiske begrensninger**

Et «scoping review» er en oppsummering av identifisert og tilgjengelig kunnskap innen valgte temaer i form av skrevne rapporter og artikler. Vi har gjort noen valg om søkestrategi, kriterier for inklusjon og eksklusjon og tidsavgrensning. Det vil derfor kunne være relevante studier vi ikke har fanget opp i denne kunnskapsoppsummeringen.

# 5 Oppgavefordeling og organisering av arbeidet

## 5.1 Konkretisering og avgrensning

### To hovedtemaer: Overordnet analyse og erfaringer fra forsøk

Temaet «oppgavefordeling og organisering av arbeidet» omfatter et stort område. Vi har konkretisert hva vår kunnskapsoppsummering skal omfatte i dialog med KS. I den innledende dialogen har KS særlig vært opptatt av følgende forhold:

- ▶ Erfaringer fra forsøk med ulike løsninger på oppgavedeling
- ▶ Betydningen av oppgavedeling og organisering av arbeidet for tjenestene til brukere og pårørende
- ▶ Hvordan kompetanse til ulike fagprofesjoner blir utnyttet

Disse føringene og dialogen med KS har dannet grunnlag for valg av søkeord og 16 utvalgte studier. Vi har altså hatt en eksplorerende tilnærming som har betydd en innsnevring av aktuelle tema underveis. En slik tilnærming kan begrunnes med at det har vært en begrenset ramme til rådighet og at det har vært vanskelig å vite på forhånd hvilke temaer studiene har tatt for seg. Tilnærmingen er gjort i samråd med KS.

De 16 publikasjonene som vi har valgt ut kan fordeles på to hovedtemaer. Dokumentene er fordelt slik at 8 av publikasjonene omhandler en *overordnet analyse* av ulike områder for organisering og oppgaveglidning, og 8 dreier seg om ulike modeller for tverrfaglig samarbeid som er prøvd ut. Vi har altså prioritert publikasjoner med *erfaringer fra forsøk*, siden KS har planer om å bruke kunnskapsoppsummeringen som grunnlag for piloter. For å få en større bredde i erfaringene ha vi også tatt med publikasjoner fra Danmark. Fem av publikasjonene er fra Danmark, og resten fra Norge.

### Leserveiledning

Stoffet videre er disponert som følger:

- ▶ *Oppsummering av 16 utvalgte studier.* Det er laget en tabell som gir en kortfattet oppsummering av formål, metode og resultat for alle de 16 studiene. Deretter blir det gitt en noe mer utfyllende omtale av hver av dokumentene. Vi beskriver her funn og resultater uten å drøfte betydningen for vårt oppdrag.
- ▶ *Strukturelle utviklingstrekk som påvirker oppgavedelingen.* Vi drøfter temaet på de åtte artiklene med en overordnet analyse og andre referanser. Vi omtaler også erfaringer fra oppdrag i kommuner landet rundt og for sentrale aktører.
- ▶ *Erfaringer fra 8 modeller for organisering av oppgavene.* Gjennomgangen bygger på de åtte artiklene om modeller som er prøvd ut. Avsnittet omfatter også våre drøftinger og refleksjoner.

## 5.2 Oppsummering av 16 utvalgte studier

Tabellen under oppsummerer viktige kjennetegn med de 16 utvalgte publikasjonene om oppgavefordeling og organisering av arbeidet.

Tabell 5-1 Oppgavefordeling og organisering av arbeidet – en oppsummering

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
<b>A. Overordnet analyse</b>			
Riksrevisjonen (2019): Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen	Målet er å undersøke om eldre får kommunale omsorgstjenester i tråd med Stortingets vedtak og hvordan statlige virkemidler støtter kommunenes arbeid med å forbedre tjenestene.	Revisjonen har brukt statistikk, intervjuer, gjennomgang av saker og dokumenter, caseundersøkelse, og spørreundersøkelser.	Tildelingen av tjenestene blir gjort uten at behovene er godt nok utredet. Kvaliteten av tjenestene for dårlig kartlagt og fulgt opp
Tingvold mfl. (2018): Økt spesialisering og differensiering i sykehjem	Kartlegge omsorgstjenestens innhold og brukergrupper	Intervjuer av ledere i 76 kommuner	Sykehjemmene gir spesialtilbud til nye grupper
Ludvigsen mfl. (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse og omsorgstjenestene	Undersøke om oppgaver har blitt overført mellom personellgrupper	Litteraturgjennomgang, intervjuer av organisasjoner og sentrale myndigheter og 7 casekommuner	Liten strategisk bruk av ny oppgavefordeling i casene. Lite utvikling i regi av arbeidslivsaktører og statlige myndigheter
Kjellberg mfl. (2017): Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældrepnejen	Oppsummere studier om sykepleiernes rolle i rehabilitering	16 studier i perioden fra 2008 til 2016	Sykepleiere er mest aktuelle for brukere med store og sammensatte behov
Gautun (2020): En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien	Sammenfatte forskning og statistikk om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien på oppdrag av Norsk Sykepleierforbund	Norske data og forskning på norske sykehjem og sykepleietjenester i hjemmet	Stor og økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere. Stadig flere uten helsefaglig utdanning på sykehjem og i hjemmesykepleien
Viden til velfærd (VIVE) (2020a): Økonomisk styring av hjemmepleie og rehab.	Inspirere kommunene til å utvikle økonomisk styring av hjemmepleie og rehabilitering	Analyse av økonomistyringen i syv kommuner	Anbefalinger om god styring på seks utvalgte områder
Lorentzen mfl. (2018): Frivillig innsats: Hindre i omsorgssektoren	Belyse utfordringer med å samordne frivillig arbeidskraft med kommunale omsorgstjenester	Åtte case med 21 intervjuer med ledere i sykehjem og hjemmetjenesten, og aktivitetsledere i frivillige organisasjoner	Samordning av bidrag fra frivillige og profesjonelle er en utfordring. Fleksibel samordning og avklaring av forventninger vil kunne styrke samhandlingen
Lindén mfl. (2020): Befolkningens holdninger til økt bruk av ubetalte frivillige i eldreomsorgen	Undersøke om befolkningens holdninger til økt bruk av frivillige i eldreomsorgen blir påvirket av hvordan politikken blir begrunnet	Spørreskjema med omfattende spørsmål om deltakelse i frivillig arbeid og politiske aktiviteter, motivasjon og holdninger	Måten politikk begrunnes på, har betydning for innbyggernes oppslutning til økt bruk av frivillige

<b>B. Modeller for organisering av oppgavedeling</b>			
Førland mfl. (2016): Hverdagsrehabilitering – En oppsummering av kunnskap	Oppsummere kunnskap om hverdagsrehabilitering	Gjennomgang av 112 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid og offentlige dokumenter om emnet.	Gode kommunale erfaringer med utvikling av lokale ressurser og verktøy. Forskningen peker i positiv retning, men resultatene er ikke entydige.
Oslo kommune (2018): Sluttrapport Tillitsmodellen	Oppsummere erfaringer med alternative modeller for definering av tjenestebehov.	En pilot i fire bydeler har vært fulgt av en sentral prosjekt- og styringsgruppe og følgeforskning av et eksternt miljø	Ansatte blir motivert av en tverrfaglig og fleksibel arbeidsform. De opplever at tjenestene har blitt bedre, uten at det har blitt dokumentert med tall
Viden til velfærd (VIVE) (2020b): Buurtzorgs model for hjemmesykepleie og hjemmepleie	Oppsummere faktabasert kunnskap om den hollandske Buurtzorg-modellen	Søk og gjennomgang av relevant litteratur om modellen	Dominerende i Nederland for hjemmesykepleie, men begrenset forskning både i Skottland og andre land
Agenda Kaupang (2020): Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av (...)	Evaluere forsøket med statlig finansiering og felles kriterier for tildeling av omsorgstjenester.	Aktørene i kommunene er intervjuet. Vedtak er analysert. Kvantitative data fra KOSTRA, IPLOS og egne kartlegginger er analysert.	Forsøket har gitt positive effekter for kommunene, men økte utgifter for staten.
Kloster mfl. (2019): Professionelle roller i borgersamtaler	Grunnlag for opplæring i dialogen ulike profesjoner har med innbyggere ved tildeling av tjenester	Materialet er utviklet over mange år i kurs i saksbehandling på eldremrådet med til sammen 10 000 pers.	Beskriver seks roller som saksbehandler: Dommer, gjest/vert, møteleder, undersøker, fødselshjelper og rådgiver
Brandhøj mfl. (2017): Opfølgende hjemmebesøg i Hovedstaden. Organisering, samarbeid og opplevet utbytte	Evaluere organisering og bruk av oppsøkende hjemmebesøk i hovedstadsregionen i Danmark belyst fra perspektivene til praktiserende leger, kommunale sykepleiere, pårørende og borgere	Intervjuer av berørte aktører og en elektronisk spørreundersøkelse til kommunale sykepleiere og praktiserende læger	Ordningen med oppfølgende øker i omfang og har bred oppslutning av praktiserende leger og kommunale sykepleiere
Gjellebæk mfl. (2019): Prosjektet virtuell korttidsavdeling i Halden kommune	Et helsefaglig, organisatorisk og teknologisk forsøk med virtuell korttidsavdeling i Halden kommune	Kvalitativ tilnærming med intervjuer og workshop med ledere og ansatte fra respsensenter (legevakt) og hjemmesykepleien	Store utfordringer med å få tekniske løsninger til å fungere som planlagt. Pårørende i hovedsak fornøyde
Institutt for helse og samfunn, UiO, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet (2021)	Evaluere pilotprosjekt med primærhelseteam som startet i 2018. Målet er å teste om slike team gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen.	Evalueringen bygger på data fra intervjuer, spørreundersøkelse og registre	Kvalitative funn tyder på at pasienter opplever økt kontinuitet, tilgjengelighet og mestring av egen helse-tilstand. Analyser av registre og spørreundersøkelser viser foreløpig begrensede effekter

## **Mangelfull kartlegging av brukerbehov og kvalitet**

**Riksrevisjonen (2019)** har undersøkt tilgjengelighet og kvalitet for eldreomsorgen. Hovedfunnene er at

- ▶ Eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet.
- ▶ Det mangler nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorgen.
- ▶ Det er store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen.
- ▶ Mer kunnskap om forbedringsarbeid vil bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen.
- ▶ Staten har ikke god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sikrer at statlige virkemidler bidrar til at kommunene utreder de eldres behov og ønsker bedre før de tildeler helse- og omsorgstjenester. Revisjonen anbefaler også at departementet bidrar til å styrke arbeidet i kommunene med kvalitet, og vurderer hvordan departementets virkemidler kan hjelpe kommunene i deres arbeid med å redusere det høye sykefraværet og den omfattende bruken av deltid.

## **Mer spesialiserte oppgaver på sykehjemmene**

**Tingvold mfl. (2018)** viser til at det er tidligere dokumentert at hjemmetjenesten har fått nye oppgaver og brukere, som er hovedsakelig yngre. Forskerne har undersøkt om tilsvarende endringer også har skjedd for sykehjemmene. Resultatene indikerer at sykehjemmene nå omfatter spesialtilbud til nye grupper: mennesker med behov for palliativ omsorg og mennesker med ulike demenstilstander, psykiske lidelser, rusavhengighet, eller som har andre kroniske eller akutte helseproblemer.

Det er særlig de store kommunene som har et spesialisert tilbud. Forskerne konkluderer med at de fleste kommuner er små og verken har kompetanse eller ressurser alene til å håndtere spekteret og kompleksiteten i de utvidede omsorgsoppgavene. Differensiering i små kommuner skjer som regel innenfor rammen av en generalisttilnærming. Videre blir det pekt på at statlige myndigheter derfor har oppfordret kommunene til å samarbeide. Dette innebærer altså at det trolig vil være forskjell mellom små og store kommuner for hva som er en hensiktsmessig oppgavefordeling og organisering.

## **Liten endring av oppgavedeling i syv casekommuner**

**Ludvigsen mfl. (2014)** har undersøkt om det har vært en oppgavefordeling mellom personellgrupper for kommunale helse- og omsorgstjenester. Resultatet er at et slikt virkemiddel i liten grad er brukt strategisk i syv casekommuner. Det er i liten grad satt i gang utvikling på området i regi av statlige myndigheter eller arbeidslivsorganisasjonene.

Flere norske helseforetak har hatt forsøk med ny oppgavefordeling på utvalgte områder. Studier tyder på opplutning fra ansatte og mulighet for frigjøring av kompetanse til å utføre kjerneoppgaver når oppgaver delegeres vertikalt. En forutsetning er at prosjektene er begrunnet i lokale behov og initiert nedenfra.

Videre blir det vist til at det i Danmark har vært økt bruk av oppgavefordeling i kommunal helsetjeneste. Studier av tjenester for eldre framhever betydningen av ledelse, medvirkning, samarbeid, planer for kompetanse og opplæring. Søkelys på pasientforløp, faglig kvalitet og tverrfaglighet kan danne grunnlag for ny oppgavefordeling. Forskerne peker på at en strammere økonomi i Danmark enn i Norge som kan ha ført til større grad av nye løsninger. Videre ser det ut til at Danmark har hatt relativt gode mulighetene for å rekruttere helsepersonell.



Rapporten anbefaler flere tiltak som fremmer bruken av ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel og samtidig sikrer kvalitet i tjenestene: Bevisstgjøring om eksisterende tiltak og muligheter, planlegging for utnytting og utvikling av kompetanse og systematisk kvalifisering av personell.

### **Sykepleierne deltar i liten grad i rehabilitering i Danmark**

**Kjellberg mfl. (2017)** har sett på hvilken rolle sykepleierne i Danmark har i samarbeidet med andre yrkesgrupper i rehabilitering gitt i brukernes eget hjem. Her har slik rehabilitering vært lovfestet siden 2015. I kommunene er det ofte forventet av sykepleierne skal delta i rehabiliteringen som sparringspartnere, deltakere på tverrfaglige møter med enkeltstående sykepleiefaglige oppgaver. I Danmark har det vært store utfordringer med å motivere sykepleierne til å delta i denne rehabiliteringen, som i stor grad blir oppfattet som en terapeutisk oppgave. Forskerne har ønsket å finne ut hvordan man på en hensiktsmessig måte kan organisere sykepleiere i rehabiliteringen av eldre.

I Danmark blir det etter loven fattet vedtak om alminnelig hjemmehjelp (§83 i lov om social service) og om rehabilitering (§83a i lov om social service). Forskerne kaller den alminnelige hjemmehjelpen for «rehabilitering light», som ofte blir gitt til brukere med store og sammensatte behov. Disse brukerne vil ofte ha behov for et sykepleiefaglig blikk. Det er altså den alminnelige hjemmehjelpen hvor det er størst behov for å inkludere hjemmesykepleien i en mer aktiv rolle. For brukere med behov for rehabilitering kan det være mer fornuftig å trekke inn sykepleierne etter behov. Det ser altså ikke ut til å være nødvendig at sykepleierne deltar på alle møter eller at de blir involvert i opplegget for alle brukere med behov for rehabilitering.

### **Økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere**

**Gautun (2020)** finner en stor og økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere. Stadig flere uten helsefaglig utdanning arbeider på sykehjem og i hjemmesykepleien. Kilder som er brukt er NAV sine årlige bedriftsundersøkelser, NSF Student sine avgangsundersøkelser, SSBs helse- og personalstatistikk og NSF sin landsomfattende kartlegging av avvik mellom planlagte og faktiske sykepleiervakter.

Statistikk fra KOSTRA viser en annen utvikling. Her kommer det frem at andelen brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helseutdanning har økt fra 76,4 prosent i 2015 til 77,4 prosent i 2020.

Videre viser Gautun (2020) til flere større spørreundersøkelser som har undersøkt sammenhenger mellom sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien og kvaliteten på tjenesten. Informantene har svart at sykepleiermangel går ut over samarbeid med sykehus og tjenestetilbudet til eldre etter sykehusopphold. Det kommer også frem at arbeidsbelastningen er en viktig grunn til at flere sykepleiere ønsker å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien.

### **Økonomistyring basert på dialog anbefalt i Danmark**

**Viden vil velfærd (2020a)** har lagt frem anbefalinger for god økonomisk styring av hjemmepleie og rehabilitering på seks utvalgte områder, basert på en analyse av styringen av syv kommuner i Danmark.

1. *Kjente og anvendte kvalitetsstandarder.* Servicenivå blir bestemt politisk bestemt i de syv kommunene innenfor lovens rammer. Det gjelder å finne en god balanse mellom det som er politisk bestemt og samtidig gi rom for individuelle vurderinger.
2. *Vurder organiseringen av hjemmepleie og rehabilitering.* I Danmark blir hjemmehjelp og rehabilitering regulert av to ulike lovparagrafer (jf. omtalen under Kjellberg mfl.). De syv kommunene har en ulik organisering av de to tjenestene. Det blir anbefalt en modell som understøtter øvrige styringsprosesser.

3. **Styring basert på samarbeid og dialog.** Forfatterne sier at kommunene med fordel kan bruke en aktivitetsbasert tildeling kombinert med et element basert på dialog. Uansett hvilken modell som blir valgt er det nødvendig med en dialog mellom bestiller og utfører.
4. **Klare forutsetninger, gjennomsiktede budsjetter og felles ansvar for budsjettene.** Kommunene må ta stilling til hvordan den demografiske utviklingen skal håndteres. Det er viktig med en entydig plassering av budsjettansvaret, samtidig som både bestiller og utfører har et ansvar for at budsjettene blir holdt.
5. **Fokusert og dialogbasert kartlegging, oppfølging og revurdering.** Kommunene anbefaler å prioritere revurdering av brukere med potensial for et rehabiliteringsforløp.
6. **Hypig og målrettet budsjettoppfølging og styringsinformasjon til alle budsjettansvarlige.** Kommunene anbefaler å følge opp budsjettet hver måned basert på et databasert system som støtter utviklingen. Erfaringen fra de syv kommunene er også at det er en fordel at økonomene har en viss faglig innsikt på eldreområdet.

Bemanningsledelse, bemanningsplanlegging og bemanningskompetanse har vært tre av våre søkeord. Vi har ikke fått treff på artikler om disse temaene. Planleggingen av bemanningen vil imidlertid være nært koblet til økonomistyringen. Dette er grunnen til at vi har tatt med den danske artikkelen om dette temaet.

### **Bruk av frivillige krever samordning**

**Lorentzen mfl. (2018)** har undersøkt åtte caser som omfatter aktiviteter i sykehjem og hjemme-- tjenester som frivillige var engasjert i: besøksordninger, tur- og aktivitetstilbud samt kulturtilbud.

Forfatterne fant at god utnyttelse av frivillige svekkes av utfordringer med å samordne bidragene fra frivillige og profesjonelle. Det var ofte fagfolk som formulerte praktiske og faglige premisser for frivillige aktiviteter. Omsorgsinstitusjoner ønsker oversikt over de frivilliges bidrag, oppmøtetid, kompetanse og egnethet. Noen av aktivitetene krevde stor grad av samordning, og friksjoner oppstod som følge av uklare arbeidsdelinger, merarbeid for ansatte eller dårlig kommunikasjon.

Rekruttering av nye frivillige framsto som en flaskehals. Avklaring av forventninger ble ansett som viktig for å beholde de frivillige. Tydeligere avklaring av faglige grenser, mer fleksibel samordning og større aksept av frivillig egenart vil kunne styrke samhandlingen mellom frivillige og offentlige omsorgsaktører.

### **Begrunnelsen for bruk av frivillige av betydning for oppslutning**

**Lindén mfl. (2020)** har sendt et spørreskjema til et stratifisert utvalg på 11 469 personer som gjenspeiler befolkningen med hensyn til kjønn, alder, utdanning og geografi. 45 prosent av disse svarte på undersøkelsen

Respondentene ble spurt om flere oppgaver i eldreomsorgen bør utføres av ubetalte frivillige, og spørsmålet ble koblet til fire ulike argument: a) økonomi (begrense økte kommunale utgifter), b) rekruttering (tilgang på helsefaglig personell), c) supplement (et utvidet tjenestetilbud), og d) ulikhet i tjenestetilbudet (muligheten for større forskjeller kommunene imellom i tjenestene til eldre).

Forskerne i finner at måten politikk begrunnes på har betydning for innbyggernes oppslutning. Argument knyttet til ulikhet, og til en viss grad også økonomi, gjør respondenter mer negative til slik involvering, mens argument om supplement øker tilbøyeligheten til å godta en større rolle for frivillige i norsk eldreomsorg. Befolkningen synes altså å være skeptiske til økonomi- og bærekraft-argumentet for økt frivillighet, i motsetning til den gjennomgående positive vurderingen vi finner i offentlige dokumenter. Videre har et knapt flertall en skeptisk grunnholdning til å overføre ansvar og oppgaver til frivillige i eldreomsorgen.

## **Positive erfaringer med hverdagsrehabilitering**

**Førland mfl. (2016)** finner at hverdagsrehabilitering er brukt til å gi personer med funksjonsfall, og særlig eldre, et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø.

Hverdagsrehabilitering er preget av politisk og faglig forankring i kommunen, tett samarbeid med øvrige hjemmetjenester og at hjem og nærmiljø er rehabiliteringsstedet.

Mange kommuner gir uttrykk for at de har gode erfaringer. Det er stor entusiasme om tilbudet, og det er utviklet en rekke lokale ressurser, verktøy og hjelpemidler. Forskingen som foreligger peker i retning av positive gevinster for brukerne og kommunene, men resultatene er få og ikke entydige. Det finnes altså begrenset dokumentasjon av effekten av innsatsen. Til gjengjeld er det godt dokumentert hvordan arbeidet er lagt opp.

Forskerne har oppsummert hva som kjennetegner kommuner som har etablert hverdagsrehabilitering. Hovedmålgruppe er personer med funksjonsfall. Brukers motivasjon for trening og mestring er grunnleggende. Rehabiliteringen starter opp tidlig etter funksjonsfallet og brukerne følges opp intensivt i en tidsavgrenset periode. Det blir laget en rehabiliteringsplan med utgangspunkt i brukernes mål. Helsepersonell veileder, støtter og stimulerer brukerens egentrening og mestringsbestrebelse, framfor å utføre oppgavene for dem. De kompenserer der det er nødvendig, men søker å unngå «hjelpefellen». Helsepersonell samarbeider med brukernes pårørende. Tverrfaglige rehabiliteringsteam etableres, samtidig som ansatte i de ordinære hjemmetjenestene deltar i rehabiliteringen.

Forskerne konkluderer med at satsingen på hverdagsrehabilitering kan tolkes som et uttrykk for en sterkere investeringstankegang i kommunene, som innebærer en prioritering av brukere som gir «avkastning» i form av økt mestring og selvhjulpenhet. Brukere uten et potensial for bedring blir ikke prioritert. Det blir anbefalt mer forskning om hvilke organiseringer som er mest hensiktsmessige, hvilke hverdagsrehabiliteringstiltak som er mest virkningsfulle og om økonomiske konsekvenser av satsingen.

## **Støtte til tillitsmodellen i Oslo**

**Oslo kommune (2018)** evaluerer en pilot med tillitsmodellen i to perioder med til sammen åtte team i fire bydeler. Tillitsmodellen bygger på modellen Buurtzorg fra Nederland. Oslo kommune beskriver dette som en «modell for hjemmetjenester der oppgaveglidning settes i system ved at et større antall oppgaver og utvidet ansvar blir gitt til spesialutdannet personale».

Modellen innebærer en organisering av hjemmetjenesten i mindre tverrfaglige team med et utvidet ansvar og med saksbehandling som en alternativ modell for definering av tjenestebehov. Teamene er tverrfaglig sammensatt med saksbehandlere og yrkesgrupper som sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, hjemmehjelpere og ergoterapeuter.

Erfaringene fra Oslo viser at medarbeidere og ledere i all hovedsak ønsker tillitsmodellen velkommen. Ansatte rapporterer at de blir motivert av å kunne benytte egen faglighet i større grad, med en fleksibel mulighet til å justere tjenestene etter brukernes behov og samarbeid på tvers av profesjoner. Etter det vi kan se tar den omfattende rapporten fra Oslo i liten grad opp mulige svakheter med modellen.

## **Buurtzorgs modell fungerer godt i Nederland, men problemer i andre land**

**VIVE (2020b)** har oppsummert faktabasert kunnskap om Buurtzorgs modell for helsetjenester i hjemmet fra Nederland. Modellen er alternativ til en funksjonsbasert og hierarkisk organisering av hjemmetjenestene. Den bygger på selvstyrende team med utstrakt ansvar for selvledelse og selvorganisering. Modellen legger vekt på borgernes ønsker og ressurser, og den innebærer en kraftig reduksjon av ressurser brukt til ledelse og administrasjon.

Buurtzorg har i løpet av ti år blitt den dominerende modell for hjemmesykepleie i Nederland. Den har fått internasjonal oppmerksomhet. Delegasjoner fra andre land inkludert Danmark og Norge har vært på studietur med sikte på å prøve modellen i eget land.

Forskning fra Nederland gir mange indikasjoner på at modellen gir en helhetlig pleie av høy kvalitet, med stor innbyggertilfredshet, god medarbeidertilfredshet og mulighet til å redusere ressursene brukt på administrasjon. Modellen med selvledelse i Nederland innebærer ikke et fravær av styring. Tvert imot skjer det en tett oppfølging av den enkelte medarbeider, for eksempel når det gjelder leverte timer, borgertilfredshet og sykefravær.

Internasjonalt er det i begrenset grad forsket på hvordan modellen fungerer. Evalueringer fra England viser at det har vært mange utfordringer med å introdusere modellen med selvgående team innenfor gjeldende organisering. Her er det flere prosjekter som har stoppet opp i en pilotfase, blant annet som følge av høye kostnader. I London er det eksempel på at modellen stadig har en prosjektliggende organisering avskjermet fra den øvrige organisasjonen.

Erfaringene fra England tyder på at det kan være problematisk å innføre en ny modell uten å endre på eksisterende rammer og organisering. I Danmark er Ikast-Brande kommune eneste kommune som har prøvd modellen. Forfatterne peker på at videre utprøving i Danmark er avhengig av avklaring av juridiske og økonomiske rammer, organisatoriske rutiner og en IT-plattform som støtter modellen og utvikling av medarbeidernes motivasjon og kompetanser.

### **Statlig forsøk har styrket tildelingsfunksjonen**

**Agenda Kaupang (2020)** evaluerer forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Seks kommuner deltok i perioden fra 2016 til 2020, og ytterligere seks kommuner vil delta i 2021 og 2022. Formålet er å teste ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjenester vil gi økt likebehandling på tvers av kommunegrenser, og riktigere behovsdekning for innbyggerne.

Konklusjonen så langt er at tildelingsenhetene har blitt mer tverrfaglige, samarbeider tettere med tjeneste- og økonomienheter, og arbeider mer systematisk med brukermedvirkning, kartlegging og vedtak. Kommunene har satt i gang betydelige satsinger innen kompetanseutvikling, forebygging og velferdsteknologi.

Forsøket har medført bedre vedtakspraksis, i form av at vedtakene er mer presise, kodes riktig, oppdateres hyppigere og kontrolleres mot faktisk utførte tjenester. Dette har gitt kommunene et langt bedre styringsgrunnlag enn tidligere med løpende oversikt over tjenester, og mulighet for å i større grad analysere egne data.

Tidligere var det vanlig at innbyggerne i kommunene søkte om tjenester på skjemaer hvor de krysset av for ønskede tjenester. Nå fastlegges først målet til den som søker, og det blir deretter tildelt for å kunne målet. Dette blir gjort gjennom en dialog mellom søker og tildelingsenheten. Det er laget en samtaleguide, som skal fungere som et hjelpemiddel i kartleggings samtalen. Samtaleguiden inneholder en rekke spørsmål om brukerens livssituasjon, forutsetninger og mål. Ved å snakke seg gjennom spørsmålene skal tildelingsenheten settes bedre i stand til å fatte vedtak som gjenspeiler hva som er viktig for brukeren.

Denne dialogen med innbyggerne er en ny rolle for ansatte ved tildelingsenheten. Samtaleguiden er ment som en støtte for å beherske denne rollen. I Danmark er det etablert kurs med mer systematisk opplæring i denne rollen, slik eksempelet under viser.

Utviklingen i ny praksis for tildeling bygger på trender i Norge og Norden. I Norge har det blitt vanlig å bygge dialogen med brukerne på spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Også det statlige forsøket tar utgangspunkt i en dialog basert på det samme spørsmålet. Forsøket drar nytte av erfaringer fra andre kommuner med denne tilnærmingen.

## **Opplæring av dialogen med innbyggerne i Danmark**

**Kloster mfl. (2019)** oppsummerer et materiale som er utviklet over mange år i kurs for opplæring helsepersonell har ved tildeling av tjenester. Boka beskriver seks roller ulike profesjoner har i rollen med borgerne/innbyggerne: Dommer, gjest/vert, møteleder, undersøker, fødselshjelper og rådgiver.

De seks rollene ble først utviklet i masteroppgaven til Per Kloster ved Aalborgs universitet i 2012. I oppgaven ble det gjort en teoretisk bearbeiding av samtaler mellom ansatte i Aalborg kommune og innbyggere i kommunen. Kloster arbeider som selvstendig konsulent og er tilknyttet Aalborg universitet. De to andre forfatterne av boka, Poul Nørgård Dahl og Helle Alrø, er også ansatt ved Aalborg universitet.

Boka presenterer hver rolle for seg og samspillet mellom de ulike rollene. Dette samspillet kan være avgjørende for hvorfor noen borgersamtaler lykkes, og andre ikke gjør det. Deltakerne på kursene i Danmark får praktisk opplæring i gjennomføring av innbyggersamtaler.

## **Gode erfaringer med samarbeid av hjemmetjenesten og legene i Danmark**

**Brandhøj mfl. (2017)** evaluerer ordningen med oppsøkende hjemmebesøk av skrøpelige eldre etter sykehusinnleggelse. Pasienten blir besøkt av egen lege og en sykepleier fra hjemmetjenesten i kommunen. Utskrivningen blir fulgt opp og det videre forløpet blir planlagt. Formålet med besøket er å redusere antallet med tilbakefall og reinnleggelser og bedre livskvaliteten for innbyggerne.

Pasienter som får besøk, blir plukket ut på grunnlag av et sett av helsemessige og sosiale kriterier. Pasienter med gjeninnleggelser, lang innleggelsestid og behov for koordinering blir prioritert.

Forskerne finner at ordningen har stor oppslutning. Samtidig er det store variasjoner i hvordan ordningen har blitt brukt. Det er foretatt en oppsummering av hvordan ordningen er brukt til å identifisere relevante borgere, planlegging og gjennomføring av besøkene og den oppfølgende dialog med grenseflater til andre ordninger.

Forholdet mellom privatpraktiserende leger og sykepleiere i hjemmetjenesten blir beskrevet som godt. Det oppsøkende hjemmebesøket har bidratt til å styrke samarbeidet. Ordningen har også bidratt til å skape trygghet blant leger, sykepleiere og borger/pårørende.

## **Tekniske problemer med innføring av virtuell korttidsavdeling i Halden**

**Gjellebæk mfl. (2019)** har evaluert et forsøk med en virtuell korttidsavdeling (VKA) i Halden kommune. Målet er at VKA kan erstatte ordinære korttidsopphold, opphold i KAD-avdeling og korte ned på antall liggedøgn i sykehus for noen pasientgrupper. Det har blitt installert et nettbrett hvor pasienten kan ha direkte kontakt via video med responscenter (legevakt), og de har fått digital trygghetsalarm. På sikt er målet å utvide med flere funksjoner koplet til VKA.

Erfaringene er at de tekniske løsningene dessverre i liten grad har fungert som planlagt. Informantene peker på god informasjon og kommunikasjon og relevant opplæring til rett tid som kritiske faktorer for at et slikt prosjekt skal kunne lykkes.

Det er foretatt en risikovurdering av de tekniske løsningene som VKA bygger på. Resultatet viser at VKA kan feile på måter som gjør at en bruker ikke får varslet om behov for hjelp, og på måter som kan ha driftsmessige konsekvenser (økt belastning). Forskerne foreslår å definere sikkerhetskritiske funksjoner, og å gjennomføre risikoreduserende tiltak.

## **Pasienter opplever positive erfaringer fra primærhelseteam**

**Institutt for helse og samfunn, UiO mfl. (2021)** har undersøkt om primærhelseteam (PHT) i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen.

Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegjetjenester til pasienter som trenger det mest. Pilotprosjektet omfatter også utprøving av to nye finansieringsmodeller. Piloten er forlenget til 2023, og utvidet med 3–5 nye fastlegepraksiser.

Kvalitative funn tyder på at pasienter som er blitt fulgt opp av PHT over tid opplever økt kontinuitet, tilgjengelighet og mestring av egen helsetilstand. Spørreundersøkelser og registerdatastudier gir foreløpig mer begrensede indikasjoner på tydelige effekter for målgruppen og for listeinnbyggere generelt.

Om lag halvparten av fastlegene ved legekantor som har vært med i forsøket siden start, opplever at fastlegene ved deres legekantor arbeider mer proaktivt enn før. Sekundærforebygging trekkes fram som den mest aktuelle formen for proaktivitet. Skrøpelige eldre og svake etterspørrere er de pasientgruppene det oppfattes som mest aktuelt å arbeide proaktivt med. Om lag halvparten av fastlegene og en noe større andel sykepleiere oppgir at legekantoret legger til rette for brukermedvirkning.

Det er økning i antallet hjemmebesøk. Den vesentlige økningen skjer i hjemmebesøk fra sykepleier.

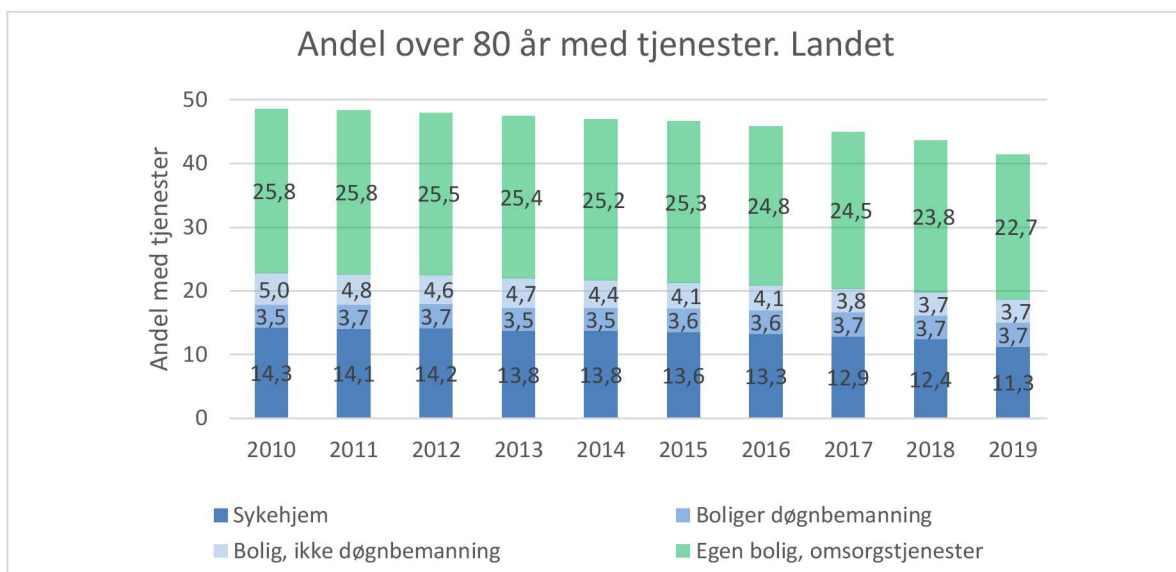
### 5.3 Strukturelle forhold som berører oppgavefordelingen

Vi drøfter her strukturelle forhold som har betydning for oppgavefordelingen i kommunene. Drøftingen bygger på de 16 artiklene omtalt over og andre kilder.

#### Gradvis vridning fra institusjon til hjemmebasert omsorg

Over tid har det vært en gradvis vridning av tilbudet fra institusjon til hjemmebasert omsorg gitt i kommunale boliger eller boliger som brukerne selv eier eller leier. Denne endringen har betydning for oppgavefordelingen og organiseringen av arbeidet.

Utviklingen har ført til at andelen av utgiftene brukt på institusjon har blitt redusert fra 47 prosent i 2009 til 42 prosent i 2019<sup>2</sup>. Den har også ført til en endret sammensetning av hvor brukere og pasienter bor, slik figuren på neste side illustrerer.



Figur 5-1 Andelen over 80 år i egen bolig og ulike kommunale botilbud 2010–2019. Kilde: KOSTRA

<sup>2</sup> Kilde: KOSTRA

Figur 5-1 viser at fra 2010 til 2019 har andelen eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester sunket fra 48,6 til 41,4 prosent. Det er nok mange mulige forklaringer på denne reduksjonen, men det kan være et resultat av at kommunen har lyktes med forebyggende innsats rettet mot eldre, og økt vekt på egenmestring. Men utviklingen må også ses i lys av bedre helse blant eldre over 80 år.

Figuren viser videre at i perioden 2010 til 2019 har andelen som bor på sykehjem blitt redusert fra 14,3 til 11,3 prosent, mens andelen med døgntilbud har økt noe fra 3,5 til 3,7 prosent. Det kan forsiktig antyde at kommunene har lyktes med boliggingjøring av døgntilbudet, som innebærer at en større del av tjenestetilbudet blir gitt i bolig og mindre på sykehjem. Samtidig er det langt igjen til situasjonen for landet som helhet er som for Os og Stjørdal, som er blant kommunene i landet som har gått lengst med å tilby boliger istedenfor sykehjem til eldre. I disse kommunene er om lag halvparten av tjenestetilbudet gitt i form av døgnbemanning i boliger.

Andelen i bolig uten døgntilbud har denne i perioden blitt redusert fra 5,0 til 3,7 prosent. Reduksjonen kan være et resultat av at flere eldre bor i egen bolig og at en styrking av forebyggende innsats og hjemmebasert omsorg reduserer behovet for slike boliger.

For landet som helhet er det altså en tydelig og gradvis tendens til endring. For enkeltkommuner er det store forskjeller i hvor brukere/pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester bor.

Denne gradvise endringen innebærer også en endring i arbeidssituasjonen til de ansatte. I hjemmetjenesten kjennetegnes arbeidet av mye alenearbeid<sup>3</sup>, det vil si at i mange tilfeller er arbeidstakeren alene i hjemmet til brukeren, og kan komme opp i situasjoner hvor det ikke er like enkelt å be om assistanse som for eksempel i institusjoner. Dette stiller på mange måter andre krav til kompetanse og ferdigheter blant personalet, men også for hvordan dette arbeidet skal ledes.

Vi har ikke kommet over studier som har sett på hvilke konsekvenser økt satsing på hjemmebasert omsorg har for organiseringen av arbeidet og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I enkelte kommuner kan det skje relativt store endringer i løpet av få år. For disse kommunene vil det være viktig med en organisering som er egnet til å gi tjenester til flere brukere, hvor noen vil være mer skrøpelige enn før.

### **Fra hjemmesykepleie til helsetjenester i hjemmet**

Registrering og rapportering av tjenester i kommunene skjer etter inndelingen fastlagt i IPLOS. Ved utgangen av 2020 var det rundt 250 000 brukere som fikk «helsetjenester i hjemmet» og 100 000 brukere som fikk «praktisk hjelp, daglige gjøremål». Dette er de to hjemmetjenestene med flest brukere. I perioden fra 2009 til 2020 har det blitt 35 prosent flere brukere med «helsetjenester i hjemmet» og 19 prosent færre brukere med «praktisk bistand, daglige gjøremål». Utviklingen går altså i retning av at en større del av hjemmetjenestene er rettet mot brukernes helse og en mindre del mot å gi praktisk hjelp.

«Helsetjenester i hjemmet» erstattet for noen år siden den tidligere betegnelsen «hjemmesykepleie». Endringen ble gjort for å fange opp at det nå er flere profesjoner som gir helsetjenester hjemme hos pasienten, som sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

---

<sup>3</sup> Det finnes ikke noen entydig definisjon av alenearbeid, men i arbeidsmiljøloven er begrepet knyttet til HMS og omtales i §4-1 (3) Det skal vurderes om det er særlig risiko knyttet til alenearbeid i virksomheten. Tiltak som er nødvendig for å forebygge og redusere eventuell risiko ved alenearbeid skal iverksettes, slik at lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ivaretas.

Ludvigsen mfl. (2014) finner at endret oppgavedeling i liten grad er brukt som et strategisk virkemiddel i syv casekommuner. Forfatterne sammenlikner med situasjonen i norske helseforetak som har hatt en ny oppgavefordeling på flere områder. Studien til disse forskerne ble gjennomført for syv år siden på et begrenset antall kommuner.

Kjellberg mfl. (2017) finner at det i Danmark har vært store utfordringer med å motivere sykepleierne til å delta i rehabilitering gitt i brukernes egne hjem, som i stor grad blir oppfattet som en terapeutisk oppgave. Forfatterne finner at sykepleierne har en mer aktiv rolle i den alminnelige hjemmehjelpen, hvor brukerne kan ha store og sammensatte behov. Vi har ikke kommet over studier som viser om det er en tilsvarende arbeidsdeling mellom sykepleiere og andre yrkesgrupper i Norge. Det hadde vært interessant å vite om det også i Norge oppleves som utfordrende å motivere sykepleiere til å delta i rehabilitering

Gjennomføringen av forsøkene med hverdagsrehabilitering omtalt i Førland mfl. (2016) er mer i tråd med navneendringen i IPLOS. Vi antar at for brukere med behov for rehabilitering er oppgavene i større grad enn før delt mellom ulike yrkesgrupper. For oss ser det også ut til at tildelingen av tjenester i større grad blir gjort tverrfaglig, og at det i mindre grad har vært en ny oppgavefordeling for brukere av hjemmetjenester uten behov for rehabilitering og for sykehjemstjenestene.

### **Økt spesialtilbud til nye grupper både på sykehjem og i hjemmetjenesten**

Tingvold mfl. (2018) viser et økt omfang av spesialtilbud på sykehjem til nye grupper: mennesker med behov for palliativ omsorg og mennesker med ulike demenstilstander, psykiske lidelser, rusavhengighet, eller som har andre kroniske eller akutte helseproblemer.

Forskerne konkluderer med at de fleste kommuner er for små til å løse de utvidede oppgavene på egen hånd. De blir løst gjennom samarbeid og en generalisttilnærming. I våre oppdrag landet rundt erfarer vi at større kommuner har en langt mer spesialisert kompetanse enn små kommuner. Vi savner en dokumentasjon av hvilke effekter dette har for kvaliteten på tilbudet i kommuner av ulik størrelse.

### **Økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere**

Gautun (2020) finner en stor og økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er stadig flere uten helsefaglig utdanning på sykehjem og i hjemmesykepleien. Det er tankevekkende at det er en slik mangel på arbeidskraft allerede før økningen i behov for tjenester for alvor starter på slutten av 2020-tallet som følge av at det blir flere eldre.

Gautun (2012)<sup>4</sup> omtaler to kartlegginger fra 2009 og 2010 som avdekket store og systematiske avvik mellom planlagt og faktisk bemanning for sykepleiere og helsefagarbeidere i 18 kommuner. Her er det gjennomført en kvalitativ undersøkelse av hva som skal til for å redusere avviket. Tiltak som informantene i undersøkelsen anbefaler er økt bruk av faglærte i tjenesten, bedre rekruttering av helsepersonell og bedre systemer for rapportering som kan gi et bedre grunnlag for beslutninger om de økonomiske rammene for tjenesten.

De fremtidige utfordringene med å skaffe tilstrekkelig arbeidskraft er tema for regjeringens perspektivmelding<sup>5</sup> som nylig ble lagt frem. Det er en nasjonal oppgave å utarbeide strategier og tiltak som kan bidra til å løse disse utfordringene. En drøfting av slike strategier ligger utenfor rammen av vårt prosjekt.

Mangelen på helsepersonell kan gjøre det nødvendig å finne frem til en organisering av arbeidet som kan bidra til å avlaste slikt personell. Planlegging og oppfølging av turnuser er eksempler på

---

<sup>5</sup> Meld. St. 14 (2020–2021) «Perspektivmeldingen 2021»



oppgaver som kan oppta en stor del av tiden til ledere innen helse og omsorg. Drammen har gode erfaringer med at spesialisert personell kan avlaste lederne med arbeidet med turnus (Agenda Kaupang, 2014<sup>6</sup>). Erfaringer er at spesialisert personell med ansvar for å planlegge ulike turnuser arbeider mer effektivt enn ledere som har ansvar for en rekke administrative oppgaver og oppfølging av personale. Videre kan ulik teknologi bidra til å gjøre arbeidet med turnus mindre tidkrevende. Teknologi kan også bidra til mer effektiv planlegging av kjøreruter i hjemmetjenesten og andre oppgaver.

### **Ny masterutdanning i avansert klinisk allmensesjukepleie**

Helsedirektoratet (2019)<sup>7</sup> beskriver et forslag til nasjonal studieplan for ny master i avansert klinisk allmensesjukepleie (AKS). Forslaget er utviklet i samarbeid med universiteter og høyskoler, Universitets- og høyskolerådet, KS, kommuner og Norsk Sykepleierforbund.

Rapporten fra direktoratet peker på et økt behov for sykepleiere med høy og bred kompetanse i kommunene, og at master i AKS vil gi en breddekompetanse som kvalifiserer til å møte disse behovene. Kompetansen kan være aktuell på sykehjem, ulike hjemmetjenester og i ulike teamorganiserte tjenester som primærhelseteam og oppfølgingsteam. Rapporten oppsummerer noen erfaringer fra fem kommuner som har ansatt sykepleier med master i AKS: Det ser ut til at disse kommunene har fått styrket samarbeidet mellom fastleger og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Flere sykepleiere med denne utdannelsen vil kunne være av betydning for oppgaveglidningen mellom sykepleiere og andre yrkesgrupper. Sykepleiere som utfører oppgaver som tidligere ble utført av leger vil gi kommunene en fleksibilitet som vil gjøre kommunene mindre sårbare. Samtidig er det en utfordring at det kan bli en mangel på både sykepleiere og leger i årene som kommer. Derfor er det viktig med tiltak som kan bidra til å sikre at det blir nok helsepersonell til å møte den kraftige veksten i behovet for helsetjenester.

### **Samordning av bidrag av frivillige er en utfordring**

Helse- og omsorgstjenestene samarbeider mer eller mindre systematisk med frivillige. Inntrykk fra våre oppdrag er at kommunene nå samarbeider mer systematisk enn før med frivillige. Lorentzen mfl. (2018) finner at samordning av bidrag fra frivillige og profesjonelle er en utfordring. Noen av aktivitetene krevde stor grad av samordning, og friksjoner oppstod som følge av uklar arbeidsdeling, merarbeid for ansatte eller dårlig kommunikasjon. Funnene til forskerne stemmer bra med våre erfaringer fra oppdrag fra kommunene. En løsning flere kommuner har valgt er å styrke kapasiteten til arbeidet med å koordinere innsatsen fra frivillige av ansatte som arbeider i pleie og omsorgstjenestene.

Linden mfl. (2020) finner at måten politikk begrunnes på, har betydning for innbyggernes oppslutning til økt bruk av frivillige. Befolkningen er mer positiv til at frivillige skal være et supplement til det offentlige enn at frivillige skal bidra for å redusere offentlige utgifter. Dette funnet kan kanskje være av betydning for en eventuell involvering av frivillige i piloten som nå planlegges i regi av «Leve hele livet.»

### **Innsatsen fra pårørende avgjørende for behovet for kommunale tjenester**

Målt i årsverk yter pårørende en større innsats enn frivillige. Holmøy mfl. (2020)<sup>2</sup> har foretatt beregninger av behovet for heldøgns bemannede omsorgsplasser frem til 2060. Forskerne har anslått betydningen av at det blir flere eldre og endringer i befolkningens helsetilstand og omfanget

---

<sup>6</sup> Agenda Kaupang (2014): «Kostnader og gevinster ved redusert deltid».

<sup>7</sup> Helsedirektoratet (2019): «Masterutdanning i avansert klinisk allmensesjukepleie. Bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen»

av familieomsorg. I 2017 var det rundt 65 000 slike plasser. I 2060 er det beregnet et behov for 109 000 plasser i det laveste alternativet og 228 000 plasser i det høyeste alternativet. Helse-tilstanden og omfanget av familieomsorg er altså av vesentlig betydning for det fremtidige behovet, samtidig som flere eldre uansett fører til en betydelig økning av behovet.

### **Mangelfull kobling mellom økonomistyring og bemanningsplanlegging**

Bemanningsledelse og bemanningsplanlegging har vært to av våre søkeord. Vi har ikke fått treff på artikler om disse temaene. Planleggingen av bemanningen vil imidlertid være nært koblet til økonomistyringen. Dette er grunnen til at vi har tatt med den danske artikkelen om dette temaet (Viden til velfærd, 2020a).

I ulike prosjekter som Agenda Kaupang har utført i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har vi fått innsikt i at det er en særlig utfordring å koble bemanningsplanlegging og økonomisk planlegging. Kompetansen om bemanningsplanlegging finnes ofte i kommunenes helsefaglige miljøer mens den økonomiske kompetansen ofte er samlet i en støtteenhet. Det er nokså vanlig at det er begrenset dialog mellom de to miljøene.

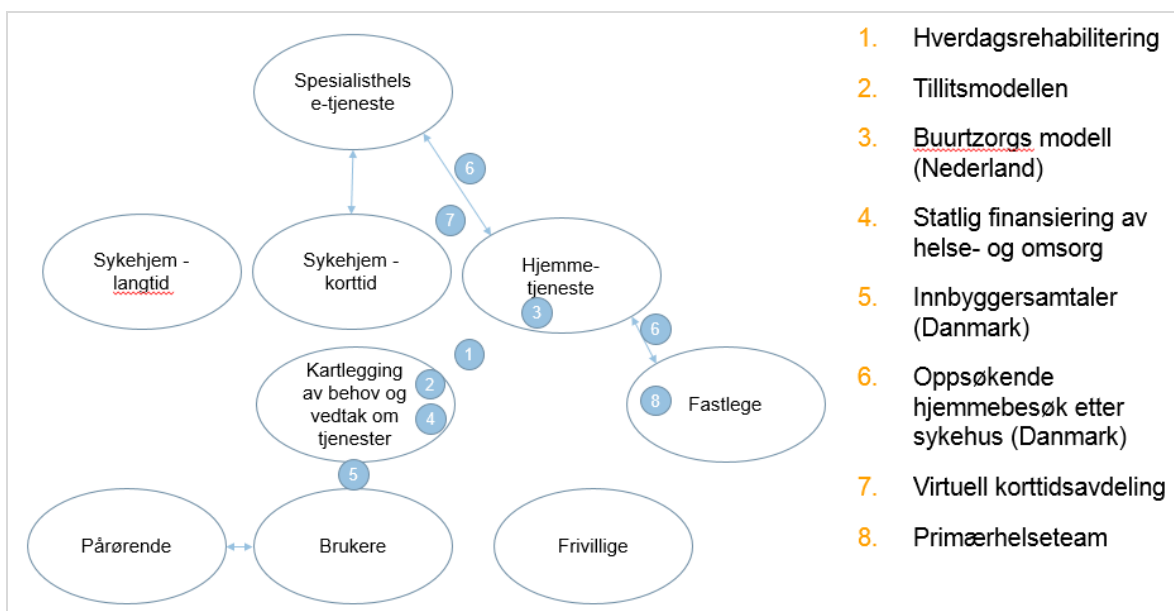
En av kommunenes største utfordringer er å sikre forsvarlig helsehjelp slik helseloven krever innenfor en balansert økonomi slik kommuneloven krever. Viden til velfærd (2020) anbefaler en økonomisk styring basert på en dialog mellom bestiller og utfører og mellom de ulike organisatoriske enhetene i kommunene. De seks rådene bærer også preg av at økonomienhetene har en viktig rolle. Rådene er laget på grunnlag av en analyse av styringen i syv kommuner. For oss ser det ut til at økonomistyringen av hjemmetjenestene bygger på en mer inngående forståelse av disse tjenestene enn det som er vanlig i norske kommuner.

Den danske artikkelen tar ikke opp hvilken grad de danske kommunene klarer å koble planlegging av bemanning og økonomi.

Kommunene i Norge som er med i SIO-forsøket får tilskudd fra staten basert på en aktivitetsbasert modell. Modellen innebærer et betydelig arbeid med å rydde opp i datagrunnlaget både når det gjelder vedtak og føringen av utgifter (Agenda Kaupang, 2021). Ryddingen har medført at det har vært nødvendig for økonomer og helsepersonell å samarbeide. Kommunene opplever at styrket samarbeid og bedre datagrunnlag er en viktig positiv effekt av forsøket. Forsøket har medført at kommunene har et langt bedre grunnlag for styring enn før. Disse erfaringene henger godt sammen med funnene til Riksrevisjonen (2019) om et svakt datagrunnlag for styring av kommunale helse- og omsorgstjenester.

## **5.4 Erfaringer fra 8 modeller for organisering av oppgavedeling**

Vi har beskrevet resultatene fra åtte studier med forsøk om ulik fordeling av oppgavene. Forsøkene er rettet mot ulike deler av tjenesten. I figuren under har vi gjort et forsøk på å illustrere hvilken del av tjenesten de åtte forsøkene er rettet mot.



Figur 5-2 Modeller for organisering av oppgavedeling

Figuren over viser en forenklet organisering av kommunale pleie- og omsorgstjenester og noen viktige aktører som tjenesten samarbeider med. Vi har skilt mellom korttids- og langtidsplasser på sykehjemmet. Brukerne på korttids plasser er jevnt over yngre enn brukere av langtids plasser. Formålet med korttids plasser er at brukerne skal være der i kort tid og at de skal utskrives til hjemmet. Korttids plassene er altså nært koblet til hjemmetjenesten.

### Populært med hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering innebærer at brukerne får et tilbud om rehabilitering i eget hjem. Tilbudet kan bli gitt samtidig som man kartlegger behovet for tjenester. I figuren over har vi derfor plassert hverdagsrehabilitering som en måte å organisere tjenesten på mellom boksene som viser hjemmetjenesten og kartlegging av behov og vedtak om tjenester (tildelingsfunksjonen).

Førland mfl. (2016) finner at mange kommuner har positive erfaringer med hverdagsrehabilitering, som i hovedsak er rettet mot pasienter/brukere med funksjonsfall. Studien oppsummerer erfaringer fra kommunene hvordan et tverrfaglig samarbeid kan organiseres for å gi den beste behandlingen til pasienter/brukere med funksjonsfall.

Bersvendsen (2020) har foretatt en kvantitativ analyse av effekten av hverdagsrehabilitering basert på data fra IPILOS og andre helseregistre. En konklusjon er at det er først og fremst sykehusene og ikke kommunene som har fått en økonomisk gevinst av tiltaket. En annen konklusjon er at den økonomiske gevinsten gjelder kvinner og ikke menn. Forklaringen kan være at hverdagsrehabilitering ofte er rettet mot grunnleggende gjøremål i hjemmet, og dette er det tradisjonelt sett ikke menn i denne aldersgruppen som gjør. Disse funnene gjelder som et gjennomsnitt, og at det er stor spredning både for kvinner og menn. Resultatene viser også at kommunene har ulike effekter av tiltaket.

Vi har ikke flere studier med en systematisk dokumentasjon av om i hvilken grad tilbudet gir mer selvhjulpne brukere, eller om tilbudet fører til reduserte utgifter for kommunen. For kommunene vil det være interessant med flere studier som sammenlikner utgiftene som tilbudet medfører med gevinster i form av mer selvhjulpne brukere og reduserte utgifter til ulike tjenester.

I våre oppdrag for kommunene er det ofte en diskusjon om kriteriene for å gi et tilbud om hverdagsrehabilitering og hvordan samarbeidet med den ordinære hjemmetjenesten skal organiseres. Litteraturen vi har funnet i dette prosjektet belyser disse forholdene i liten grad.

### **Ulike modeller for kartlegging og tildeling av tjenester**

Vedtak om tildeling av tjenester blir fattet på grunnlag av en kartlegging av brukernes behov. Erfaringen til Agenda Kaupang er at det i løpet av det siste tiåret har blitt flere kommuner som har organisert kartleggingen og tildelingen i egne organisatoriske enheter. Vanlige argumenter som blir brukt for en slik organisering er at det gir en tydeligere rollefordeling, en mer profesjonell saksbehandling, mer likebehandling og større rettsikkerhet. Organiseringen blir ofte kalt en bestiller-utførermodell.

Det statlige forsøket med finansiering av omsorgstjenestene (SIO-forsøket) (4) innebærer også statlige kriterier for tildeling av tjenester (Agenda Kaupang, 2021). Evalueringen konkluderer med en rekke positive effekter. I den første delen av forsøket var det et krav om at kommunene skulle ha sin egen tildelingsfunksjonen i en egen organisatorisk enhet. I utvidelsen av forsøket som starter i 2021 er det ikke lenger et slikt krav. Dette er kanskje et resultat av at enkelte kommuner prøver ut alternative modeller til bestiller-utførermodellen. Tillitsmodellen i Oslo (2) er et slikt eksempel (Oslo kommune, 2018).

### **Mer omfattende dialog med brukerne/innbyggerne**

Riksrevisjonen (2019) konkluderer med at eldre blir tildelt helse- og omsorgstjenester uten at behovene og ønskene deres er godt nok utredet. En vesentlig endring i SIO-forsøket er å kartlegge brukernes mål, basert på en samtale bygget rundt spørsmålet «hva er viktig for deg?». Målet danner grunnlaget for hvilke tjenester som kan være aktuelle. Tidligere var det vanlig at brukerne krysset av på et skjema om hvilke tjenester de ønsket. Tilnærmingen i SIO-forsøket kan sies å være et svar på svakhetene som Riksrevisjonen påpeker.

I SIO-forsøket er det utviklet en egen samtaleguide som er en støtte for dialogen saksbehandlerne har med innbyggere som ønsker tjenester. Vår erfaring er at det krever en ny type kompetanse for å kunne føre en slik dialog. Saksbehandlerne forteller at det tar noe tid å venne seg til den nye rollen og at de får god støtte av samtaleguiden. Denne form for saksbehandling er noe mer tidkrevende, og antall årsverk til denne funksjonen har økt. Informanter fra kommunene opplever at resultatet er tjenester som treffer brukernes behov bedre, som kan forsvare den økte innsatsen.

I Danmark er det gjennom mange år gjennomført kurs (5) i denne form for dialog med innbyggerne. Dialogen skjer som en del av kartleggingen før en eventuell tildeling av tjenester. Kartleggingen skal blant annet avdekke mulighetene innbyggerne har til å klare seg selv, slik at behovet for tjenester kan bli redusert. Dialogen omfatter også pårørende.

Kurset er ment å bevisstgjøre helsepersonell og andre profesjoner om disse rollene, slik at rollene kan brukes aktivt i dialogen med innbyggerne. I Danmark har det så langt vært rundt 10 000 deltakere på disse kursene. Kurset har trolig bidratt til større grad av felles praksis for gjennomføring av kartlegging og dialog med brukerne på tvers av ulike profesjoner.

### **Alternativer til bestiller-utførermodellen**

Tillitsmodellen i Oslo (6) blir definert som «alternativ forvaltningsmodell for definering av tjenestebehov» (Oslo kommune, 2018). Her er det tverrgående team som får et utvidet ansvar for saksbehandling, som et alternativ til en organisering med et «tildelingskontor».

Evalueringen ser ikke ut til å berøre hvordan økt ansvar til teamene er balansert mot ansvar og beslutninger i den ordinære linjestyringen. Det hadde vært interessant å få kunnskap om hvordan bydeler med en slik modell styrer bruken av ressurser.

Tillitsmodellen i Oslo er inspirert av Buurtzorgs modell for helsetjenester i hjemmet fra Nederland (3). Dette er den dominerende modellen for slike tjenester i Nederland. Det kan altså se ut til at modellen i Nederland er rettet mot utføringen av tjenester, mens Oslomodellen er rettet mot tildelingen av tjenester. Vi har ikke nok kjennskap til de ulike modellene til at vi vet om forskjellene i praksis er like store som plasseringen i figuren kan tyde på.

VIVE (2020b) har oppsummert forskning om modellen fra Nederland og England som har prøvd å innføre modellen. Forfatterne finner mange indikasjoner på at modellen fungerer bra i Nederland, men at det har vært store utfordringer med å innføre modellen i England. De konkluderer med at det kan være vanskelig å innføre en ny modell uten å endre på rammer og organisering.

Innføring av tverrgående team innebærer en form for matriseorganisering. En slik organisering innebærer et delt ansvar mellom teamene og den ordinære linjen. I en slik organisering kan det være mer krevende å få til en god styring. En fare kan være at teamene utvikler ulik praksis og at tildelingen av tjenester går ut over rammene som er tilgjengelig. I en matrisemodell vil det altså være viktig med rutiner som sikrer lik tildeling og en hensiktsmessig økonomistyring.

God ledelse er ekstra utfordrende i en matrisemodell med mange deltidsansatte. Ansatte i små stillinger skal følges opp både av linjeleder og teamleder. Dette er ofte en krevende oppgave i en ordinær linjeorganisering, men blir antagelig enda mer krevende med matriseorganisering.

### **Samarbeidet med fastlegene**

Agenda Kaupang (2016)<sup>8</sup> fant at noen kommuner har laget en plan for styring av fastlegene og legesentrene. Målet har vært å samordne kommunens og legenes innsats, slik at innbyggernes behov blir dekket. Da rapporten ble laget var det få kommuner som hadde slike planer. I rapporten ble det pekt på behov for lovendringer og andre tiltak som kan styrke kommunenes ledelse og styrking av fastlegene.

Forsøket med primærhelseteam (8) innebærer at fastlegepraksiser blir organisert med team med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Forsøket er altså rettet mot den interne organiseringen hos fastlegene og ikke samarbeidet med kommunen eller andre aktører.

### **Dialogen med spesialisthelsetjenesten**

Det er viktig at de kommunale helse- og omsorgstjenester samarbeider godt med spesialisthelsetjenesten. Enkelte av brukerne får hjemmetjenesten kontakt med for første gang etter innleggelse på sykehuset, for eksempel etter et lårhalsbrudd. Gode rutiner og samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene er viktig for at pasienter raskt skal kunne klare seg i egne hjem etter innleggelse på sykehus.

I Danmark har man prøvd ut en ordning med oppsøkende hjemmebesøk etter sykehusopphold (6). Ordningen innebærer et samarbeid med fastlegene og hjemmetjenesten, i motsetning til forsøket med primærhelseteam i Norge som er rettet mot den interne organiseringen hos fastlegene.

### **Organisering av korttidsplassene som en del av hjemmetjenesten**

Noen kommuner har valgt å organisere korttidsplassene og hjemmetjenesten i samme organisatoriske enhet, nettopp for å sikre en god overgang fra korttidsopphold på sykehjemmet til hjemmet. Vi har ikke kommet over studier som har sett på effekter av en slik organisering.

Gevinstene ved å organisere disse tjenestene mer sammen er at det bidrar til bedre informasjonsflyt om pasientene, slik at oppholdet på sykehjemmet ikke blir lenger enn nødvendig, og at det blir en smidig overgang til brukernes hjem. Man sparer også tid på omstendelige innskrivings- og

---

<sup>8</sup> Agenda (2016): «Kommunal legetjeneste – kan den ledes?» Utført på oppdrag fra KS

utskrivningsprosedyrer fordi pasienten/brukeren er godt kjent for de ansatte. Dette bidrar også til større grad av fleksibilitet ved at man eksempelvis kan tilby brukeren å tilbringe helgen på korttidsavdelingen hvis det foreligger faglige vurderinger for det.

Ordningen med virtuelle team (7) beskrevet i Gjellebæk mfl. (2019) innebærer et samarbeid mellom hjemmetjenesten og korttids plassene. Denne studien viser at Halden har hatt store problemer med å få det tekniske til å fungere. Forskerne anbefaler å gjennomføre risiko-reducerende tiltak, noe som virker som en klok anbefaling. Eksempelet fra Halden illustrerer at det ikke er en selvfølge at det tekniske skal fungere.

Noe av målet for de virtuelle teamene er å redusere antall liggedøgn på sykehus for noen pasient-grupper. Teamene innebærer altså et samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Et utvalg kommuner på Helgeland, Helgelandssykehuset, Sintef mfl. har fått midler av Forskningsrådet til et prosjekt for å legge til rette for digital oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (Dønna kommune (2020)<sup>9</sup>). Her er det altså spesialisthelsetjenestens behov for digital oppfølging som danner grunnlaget for prosjektet, mens de virtuelle teamene legger til rette for kommunal digital oppfølging.

Antakelig kan det være hensiktsmessig å se de to forvaltningsnivåenes behov for digital oppfølging i sammenheng. Sintef (2020)<sup>10</sup> beskriver erfaringer fra kommuner/kommunesamarbeid om samhandling med sykehus, med sikte på å beskrive gode eksempler på samarbeid mellom kommuner og helseforetak og hvorvidt og hvordan kommunene kan påvirke samhandlingen.

---

<sup>9</sup> Dønna kommune (2020): «Helse og mestringsplan»

<sup>10</sup> Sintef (2020): «Samhandling mellom sykehus og kommuner»

# 6 Kompetanse

Et formål med kunnskapsoppsummeringen er å få innsikt i i) forsøk som har vært gjort for å øke andelen ansatte med formell helsefaglig kompetanse, ii) forsøk som har vært gjort for å heve kompetansen blant faglærte (f.eks. sykepleiere og helsefagarbeidere), og iii) hvordan strategisk kompetanseplanlegging og -kartlegging benyttes i planlegging og organisering av tjenester, og hva som fremmer og hemmer et slikt arbeid.

Dette er komplekse problemstillinger. For å illustrere kompleksiteten så dreier de to første problemstillingene seg om å øke andelen ansatte med formell helsefaglig kompetanse. Dette dreier seg både om formalkompetanse og utdanningskapasitet, men også om å tilby attraktive yrkesvalg og fremstå som attraktive arbeidsgivere for unge arbeidstakere. Kompetanse dreier seg videre om å utvikle ansattes realkompetanse, men også om å utnytte den mulige kompetansen man har tilgjengelig (reservearbeidskraften) på best mulig måte. Kompetanse dreier seg også om å beholde de erfarne arbeidstakerne og begrense høy turnover. Sistnevnte forhold er knyttet til kompetanseplanlegging og -utvikling.

I kunnskapsoppsummeringen har vi sett oss nødt til å gjøre enkelte avgrensinger. Vi velger derfor å presentere et utvalg publikasjoner som beskriver yrkes- og utdanningsvalg samt rekruttering av unge til helse- og omsorgstjenestene innledningsvis i dette kapittelet. Vi har ikke gjort systematiske søk rettet mot denne type problemstillinger, men gjengir noen relevante publikasjoner på feltet i teksten nedenfor. Vi har derimot konsentrert litteratursøkene om kompetanseutvikling generelt blant yrkesaktive innenfor helse- og omsorgstjenestene.

## **Hva vet vi om kommunenes strategier for å rekruttere unge arbeidstakere til en jobb innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene?**

I Heltidserklæringen mellom KS, Delta, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund finner vi denne formuleringen: «For at kommunesektoren skal være en attraktiv arbeidsplass i framtida, er det viktig at nyutdannede tilbys faste hele stillinger». Det er altså et ønske om å satse på kompetanse, spesielt blant de unge. I KS-prosjektet «Strategisk rekruttering av ungdom» deltok ledere fra flere sektorer i fire kommuner, to fylkeskommuner, to interkommunale selskap i tillegg til ingeniør-, sykepleier- og førskolelærer-studenter ved fire høyskoler. Studien beskrev studentenes krav og forventninger til fremtidige arbeidsgivere og hvordan kommunale virksomheter jobbet for å profilere og trekke til seg den unge arbeidskraften. De unge hadde mange krav til arbeidsgiver som kan være vanskelig å innfri. Med et par unntak var disse kravene ganske like de vi fant 17 år tidligere: Sterke fagmiljøer og nærværende ledere var to av dem (Rødvei 2000, Moland og Egge 2000). Undersøkelsen fant at casekommunene rekrutterte flere unge enn andre kommuner. Størrelsen på sykepleierstillingene som ble lyst ut i årene etter prosjektdeltakelsen lå på mellom 73 og 85 prosent (Bakkeli, Sterri og Moland 2016). Samtidig gjennomførte Samfunnsøkonomisk analyse et prosjekt for KS om bruk av sosiale medier for å nå de unge til kommunerelevante utdanninger og stillinger (Jordell og Eggen 2016). Konklusjonen var at sosiale medier kun var én av flere rekrutteringskanaler, og kanskje heller ikke den viktigste. Bakkeli mfl. fant det samme. På et KS-seminar 3. mars 2017, i forbindelse med lansering av disse rapportene, sto kommunenes begrensede midler til å drive profilerings- og rekrutteringsarbeid i sterk kontrast til konkurrerende arbeidsgivere i privat sektor. I artikkelen «Utdanning til randsonen» beskriver Bråten og Tønder (2020) barne- og ungdomsarbeiderfaget som en populær utdanning, men som fører unge jenter til arbeidslivets randsoner. Svært få får fast jobb, hel stilling, muligheter for videreutdanning og en lønn å leve av. Utdanningen opplever et ganske stort frafall, og Bråten og Tønder mener at mangelen på heltidsarbeid kan være en viktig medvirkende faktor til at så mange unge bestemmer seg for å ta høyere utdanning, enten underveis i videregående opplæring eller etter å ha fullført barne- og ungdomsarbeiderutdanningen med fagbrev. Det å mobilisere unge til å velge å utdanne seg til et

helse- og omsorgsyrke for deretter å starte å arbeide i helse- og omsorgstjenestene i kommunen er viktig for å sikre fremtidig kompetanse i sektoren. I dag er det mange som er sysselsatt i sektoren som mangler formell kompetanse, i tillegg til at det er et behov for å heve kompetansen blant de som har formell kompetanse for å ivareta pasienter/brukere med stadig mer komplekse sykdomsbilder. Litteraturen som er beskrevet nedenfor adresserer disse problemstillingene.

I tabellen nedenfor har vi beskrevet et utvalg artikler som handler om problemstillingene presentert innledningsvis i kapitlet. Vi gjør oppmerksom på at den komplette listen over relevante referanser er lagt i vedlegg til rapporten. Vi kan ikke utelukke at relevante publikasjoner har blitt utelatt fra tabellen, og gjør oppmerksom på at publikasjonene som er beskrevet er lagt inn i tabellen for å dekke bredden av problemstillingen knyttet til temaområdet kompetanse i kunnskapsoppsummeringen.

Tabell 6-1 Et utvalg publikasjoner om kompetanseutvikling, oppgaveglidning og strategisk kompetanseutvikling

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultater
<b>Kompetanseutvikling</b>			
Gautun, H (2020) En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien	Kunnskapsrapporten sammenfatter norske data og forskning om rekruttering, kompetanse og strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleien	Norske data og forskning på norske sykehjem og sykepleietjenester i hjemmet. Rapport utarbeidet på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund	For å dekke økt behov for kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie handler det om å rekruttere flere sykepleiere og spesialsykepleiere og heve kompetansen blant sykepleiere som jobber i tjenestene
Døving, E og Tobiassen AE (2020) Realkompetansevurdering i norske kommuner	En beskrivelse av realkompetansevurdering i Norge med formål om fagbrev innenfor pleie og omsorg i kommunal sektor	Kvalitative intervju og spørreundersøkelse (n=213), andel svar 29 % i 7 kommuner.	Kommunene har i varierende grad oversikt over hvor stor andel av medarbeiderne som er ufaglærte, faglærte eller med høyere utdanning.
Aspøy, TM mfl. (2013) Vilkår for læring i kommunene	Identifisere muligheter for læring, og hva som kjennetegner kommuner som lykkes i å heve kompetansen innenfor pleie- og omsorg som en av flere sektorer	Spørreundersøkelse til virksomhetsledere (totalt n=201, pleie- og omsorg n=50), spørreundersøkelse til tillitsvalgte (totalt n=1860, pleie- og omsorg n=595), Caseundersøkelse (totalt n=12, pleie- og omsorg, n=3).	De aller fleste kommunene har egne kompetanseplaner. Effekten av kompetansekartlegging er høyst usikker
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Østfold (2020)	Formålet med prosjektet var at kommunene skulle fremstå som attraktive arbeidsplasser og gode læringsarenaer for helse- og omsorgsarbeidere for å utvikle og beholde kompetanse	Utviklingsverksted er et læringsverksted som egner seg som metode i utviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenesten gjennom erfarings- og kompetanse-delning på tvers av ulike områder	Erfaringene fra utviklingsverksted som metode for å beholde og rekruttere helsepersonell har god effekt. Dette tilskrives at det utvikles mål og tiltak som er særegne for den enkelte kommune
Lysø, R (2020) Evaluering av tre trønderske piloter	Evaluering av tre trønderske piloter i prosjektet jobbvinner.	Det er brukt en kombinasjon av ulike metoder som dokumentanalyse, observasjon, intervju og spørreundersøkelse	Metoden «Utviklingsverksted» vurderes som godt egnet, da kommuner er ulike og dette gir frihet til å jobbe med spesifikke lokale utfordringer



<b>Oppgaveguidning</b>			
Ingelsrud, MH og Falkum, E (2017) Helsefagarbeidernes muligheter for utvikling og bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben	Formålet med studien er å se på sammenhengen mellom hvilke oppgaver helse-fagarbeidere utfører, om de får brukt sin kompetanse, hvor de jobber og under hvilke forhold.	Spørreundersøkelse blant Delta sine medlemmer (n=1323), andel svar 20 %	Resultatene avdekker på et overordnet nivå at helsefagarbeidere sitter med mye kunnskap og ferdigheter som de ikke får brukt og flere ønsker seg større utfordringer på jobb
Norheim, KH mfl. (2015)	Formålet med artikkelen er å rette søkelyset mot erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføringen av samhandlingsreformen	Kvalitativ studie hvor det er gjennomført to fokusgruppeintervju med sykepleiere (n=11) og enkeltintervju med kommunale ledere (n=2) i en kommune	God sykepleier-kompetanse er ikke nok når kvaliteten baserer seg på gjensidig avhengighet mellom mange ansatte. Kompetansen må styrkes i alle ledd
Hansen, E mfl. (2020) Introducing Nurse Practitioners Into Norwegian Primary Healthcare – Experiences and Learning	Internasjonalt har det vært praksis for utdanning i avansert sykepleie i hjemmebaserte tjenester. Norge er i sin første fase med å etablere en slik rolle. Formålet med studien var å innhente refleksjoner fra sykepleiere og allmennleger om etableringen av en slik rolle	Kvalitativ studie med gjentatte målinger over en treårsperiode. Det ble gjennomført 11 møter med fastleger og sykepleieledere i tre kommuner.	Viktige forutsetninger for å lykkes er at følgende behov blir adressert:  - behov for forbedret klinisk kompetanse blant registrerte sykepleiere - behov for omorganisering av dagens tjenester - behov for å avklare roller og ansvarsfordeling
<b>Kompetansestrategier og -planer</b>			
Nyborg, S (2020) Kompetanseheving for pleiepersonell med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem	Å identifisere hvilke kompetansestrategier og metoder som er virksomme for å heve kompetansen hos ufaglærte og ansatte med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem	Litteraturgjennomgang med søkeord «ufaglært», «sykehjem», «kompetanseheving» ble kombinert i databasene Pubmed, Cinahl. 684 artikler ble identifisert, 8 artikler inkludert i gjennomgangen.	To hovedstrategier som bør kombineres for økt kompetanseheving: tradisjonell undervisning og utnevning av ressurspersoner. Ressurspersonene hadde til felles at de ledet og fremmet forbedringer på sykehjemmene, og jobbet kunnskapsbasert
Skaar, S og Pedersen, AH (2012) Kompetansearbeid i kommunal sektor – en strategisk satsing eller tilfeldig ressursbruk?	Temaet for mastergraden er hvilken praksis har kommunene for kompetansearbeid og er praksis avledet av overordnede strategier og planer på området	Kvalitative intervju med ledere på ulike nivå i to kommuner	De fleste har kompetanseplaner, men dette er i liten grad knyttet til overordnede strategier og planer
Skaustein, T (2015) Strategisk HRM i Stavanger – utfordringer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft	Mastergraden retter søkelyset mot rekrutterings- og kompetansearbeidet i Stavanger kommune	Dokumentanalyse og kvalitative intervju med virksomhetsledere innenfor sykehjem og barnehager i Stavanger kommune	Rekrutterings- og kompetansearbeidet som skjer ute i virksomhetene har lite samsvar med overordnede planer og strategier
Brenden, TK mfl.(2011) Kompetanseutvikling i sykehjem; ansattes perspektiv	Formålet med studien er å studere kompetanseutvikling ved sykehjem sett fra ansattes synsvinkel	Intervjuundersøkelse til 2 sykehjem i en og samme kommune (n=14)	Kompetansearbeidet må sikre at læring nedfeller seg i hele org. Forutsetning for å lykkes er å tilstrebe samsvar mellom individenes og organisasjonens læringsmål

## 6.1 Forsøk for å øke andelen med formell kompetanse, og for å øke kompetansen til faglærte

Vi beskriver først et utvalg artikler som beskriver ulike typer av forsøk som har vært gjort for å øke andelen ansatte med formell helsefaglig kompetanse, og forsøk som har vært gjort for å heve kompetansen blant faglærte (f.eks. sykepleiere og helsefagarbeidere).

**Gautun, H (2020)** har utarbeidet en omfattende rapport som er relevant for flere av problemstillingene i denne kunnskapsoppsummeringen. Kunnskapsrapporten sammenfatter norske data og forskning på norske sykehjem og hjemmesykepleietjenester når det gjelder rekruttering, kompetanse og strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleien. I rapporten beskrives ulike strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere. Bakgrunnen for Kompetanseløftet 2020 var at myndighetene ønsket å ta grep i forhold til de store og økende utfordringene med å bemanne tjenestene med kvalifisert personell. Til tross for at det har blitt iverksatt en rekke tiltak, så har bemannings- og kompetansesituasjonen blitt mer utfordrende de senere årene (Haukelien mfl. 2015, Riksrevisjonen 2016) i (Gautun 2020). Forfatteren peker på at det er mange årsaker til at bemannings- og kompetansesituasjonen har blitt forverret og henviser til at det er stor ressursmangel i helse- og omsorgssektoren.

Forfatteren fremhever at for få sykepleiere på jobb gjør det vanskeligere å rekruttere, fører til store arbeidsbelastninger, høyt sykefravær og at sykepleiere slutter. Det har blitt gjennomført ulike oppdrag og tiltak sammen med ulike aktører for å løfte kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, men fortsatt er det slik at kompetansebehovet vedvarer (Theie mfl. 2018) i (Gautun, 2020). Forfatteren fremhever at for å få til god kompetanseheving er det nødvendig å heve sykepleierbemanningen. For få sykepleiere på jobb gjør det vanskelig å prioritere kompetanseheving.

Å heve sykepleierbemanningen vil kunne bidra til et større rom for kompetanseheving både i form av rådgivning, kurs og videreutdanning. En høyere sykepleierbemanning vil også kunne bidra til at sykepleiere har tid til å følge opp sykepleierstudenter som er i praksis i sykehjem og hjemmesykepleien. Gode erfaringer i praksisperioden, samt tid til å følge opp og gi råd til nyansatte unge sykepleiere, kan bidra til at det er lettere å rekruttere nyutdannede sykepleiere, og motvirke at unge sykepleiere slutter å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien (KS 2020b) i (Gautun 2020). Det er de unge sykepleiere som i størst grad ønsker å slutte å jobbe i disse tjenestene.

For å få til et kompetanseløft i kommunene er det helt avgjørende at kommunene får tilskuddsmidler fra staten og over 80 % av kommunene har søkt midler gjennom Kompetanseløftet (Nesje mfl., 2020) i (Gautun, 2020). Forfatteren fremhever at å klare å dekke det økte behovet for kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie handler både om å rekruttere flere sykepleiere og spesialsykepleiere og heve kompetansen blant sykepleiere som jobber i tjenestene. Et viktig poeng som fremheves er at for å klare å dekke kompetansebehov i tjenestene må også utdanningsinstitusjonene treffe med hvilke områder som det er viktigst å heve kompetansen på. Sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien har uttrykt at det er et stort behov for å heve kompetansen i forhold til eldre, personer med psykiske lidelser og personer med rusproblematikk.

**Døving, E og Tobiassen AE (2020)**. I artikkelen, som baserer seg på en empirisk studie med både kvalitative og kvantitative data, beskrives ordningen med realkompetansevurdering i Norge, med et særlig blikk på vurdering av kompetanse relevant i pleie- og omsorgssektoren. Realkompetanse omfatter formell kompetanse opparbeidet i utdanningssystemet og uformell kompetanse utviklet gjennom erfaring. Realkompetansevurdering kan for mange bidra til å gjøre veien til fagbrev eller studiekompetanse kortere ved at den enkelte kan få godkjenning av hele eller deler av et fag i den videregående opplæringen. For det enkelte individ kan anerkjennelsen av realkompetansen styrke selvtilliten, men forfatterne argumenterer også for at arbeidsgiver ut fra et

strategisk synspunkt kan være interessert i å få dokumentert viktig kompetanse som ansatte besitter. I Norge har arbeidstakere over 25 år og uten videregående utdanning rett til vurdering.

Forfatterne kartla kommunenes tilrettelegging for realkompetansevurdering, og resultatene viste at kommunene i varierende grad hadde oversikt over hvor stor andel av medarbeiderne som er ufaglærte, faglærte eller har høyere utdanning. Det å kartlegge for realkompetansevurdering er tidkrevende og flere kommuner oppga at dette er lite relevant fra deres side. Men sett opp mot en målsetting om at alle ansatte skal ha fagbrev særlig innenfor pleie og omsorg kan dette være et godt virkemiddel for å identifisere og legge til rette for god kompetanseheving blant disse (ansatte). En kommune i samarbeid med en fylkeskommune hadde et systematisk samarbeid for realkompetansevurdering og kompetanseutvikling «fra ufaglært til faglært» innenfor helse- og sosialfag. Dette førte til at de som hadde deltatt på opplegget kunne gå opp til fagbrev. For en nærmere beskrivelse av dette opplegget henvises leseren til originalartikkelen. Resultatene viste videre at det varierte mellom kommunene hvordan de informerte om realkompetansevurdering – men at tilbud og initiativ fra arbeidsgiver, men også tillitsvalgte er viktige for å få formidlet denne muligheten til ansatte i målgruppen. Forfatterne peker på at dersom ansatte oppfordres til realkompetansevurdering fra sin arbeidsgiver, vil medarbeiderne få en forventning om at dette skal resultere i noe mer, det være seg opplæring, høyere lønn, avansement, nye oppgaver eller større ansvar. Det tilsier at kommunen som arbeidsgiver bør ha en plan med hva realkompetansevurdering skal brukes til, hvis ikke kan det i verste fall resultere i mindre motiverte ansatte.

Avslutningsvis fremhever forfatterne at for kommunene inngår realkompetansevurdering ofte først og fremst som et ledd i en større plan om å løfte arbeidstakere frem til fagbrev. I den forbindelse er det derfor vesentlig å kommunisere formålet med realkompetansevurdering. For det første å klargjøre at realkompetansevurderingen gjøres i forhold til kravene i en bestemt fagutdanning, og at formålet ikke er en bred kartlegging i virksomheten eller en total kompetanseoversikt for arbeidstakeren. For det andre bør arbeidsgiveren klargjøre hva arbeidstakeren kan forvente som oppfølging etter vurderingen. I et helhetlig opplegg bør realkompetansevurderingen inngå i et planlagt løp der arbeidsgiverens bidrag til hvert ledd er klargjort og avtalt. Selv om arbeidsgiver ikke lover et helhetlig tilrettelagt løp for den enkelte, bør ansatte informeres om hvilke muligheter som åpner seg og hvordan løpet videre vil være.

**Aspøy mfl. (2013)** har gjennomført en kvantitativ og kvalitativ undersøkelse blant virksomhetsledere og tillitsvalgte i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med studien var å identifisere hvilke muligheter ansatte har til å øke sin formelle kompetanse, og hva som kjennetegner de kommunene som lykkes i å heve kompetansen til sine medarbeidere. Undersøkelsen viser at de fleste kommuner har ordninger for formell kvalifisering for ansatte i pleie- og omsorgstjenester. De fleste (84 %) har ordninger for kvalifisering for fagbrev, noen færre har ordninger for at faglærte kan ta sykepleierutdanning (68 %). Dette tilskrives at sistnevnte utdanning er dyrere for kommunene. Hvordan kommunen legger til rette for kompetanseheving varierer etter type kvalifisering, men vanlige tiltak er interkommunalt tilbud, permisjon med lønn, muligheter for å gjennomføre utdanningen mens man er i arbeid, eller legge til rette for opplæring for å ta fagbrev som praksiskandidat. Undersøkelsen viser at de aller fleste kommunene har egne kompetanseplaner. Resultatene viser videre at effekten av kompetansekartlegging er høyst usikker, og at det først og fremst dreier seg om å få en oversikt over hvem som kan tilbys videreutdanning. Utbytte av læringstiltak for arbeidsplassen dreier seg særlig om bedre jobbutførelse og at andre har lært av dem som har deltatt i tiltak i regi av arbeidsplassen eller kommunen. Tiltak organisert på arbeidsplassen har ført til bedre arbeidsmiljø.

Det viktigste som fremmer læringsdeltakelse er permisjon med lønn, tilpasset turnus/tilrettelegging av arbeidstid, at deltakelse kan gjennomføres samtidig som man står i arbeid, og at det får betydning for lønn og arbeidsoppgaver. Viktige forhold for kommunene for å lykkes med kompetanseutvikling er om kommunen har kompetanseplaner som brukes og en bred og effektiv

kartlegging av kompetansen til de ansatte som oppdateres jevnlig. Tilrettelegging for at ansatte uten formell kompetanse skal kunne gjennomføre kompetansehevede tiltak avhenger i stor grad av økonomisk tilrettelegging i form av permisjon med lønn og stipendordninger for eksempelvis å gi støtte til sykepleierutdanning. Hvordan dette løses av kommunene varierer, noen kommuner gir permisjon med lønn til de ansatte, men først og fremst fast ansatte. Dette gjør at mange, det vil si medarbeidere uten fast stilling, på tross av tiltak og kompetanseplaner likevel faller utenfor slike ordninger.

### **Utviklingsverksteder for sykehjem og hjemmetjenester**

Utviklingsverksted for å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere i Østfold er en av Jobbvinneres piloter<sup>11</sup>. Pilotene tar utgangspunkt i kommunenes lokale rekrutteringsutfordringer, der man prøver ut velkjente metoder, eller utvikler nye metoder for å beholde og rekruttere helsepersonell. Prosjektet i Østfold er et samarbeid mellom KS, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Østfold), utdanningsinstitusjonene og fagorganisasjonene i Østfold.

Hovedmålet med utviklingsverkstedet var at kommunene i Østfold skulle fremstå som attraktive arbeidsplasser og gode læringsarenaer for sykepleierstudenter, helsefaglæringer, helsefagarbeidere og sykepleiere. Kommunene skulle tiltrekke seg, utvikle og beholde faglig kompetanse. Kommunene og utdanningsinstitusjonene skulle også videreutvikle samarbeidet om praksisoppfølging av helsefagarbeiderlæringer og sykepleierstudenter. For å lykkes med arbeidet ble det vektlagt å etablere et tettere samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Kommunene deltok med tverrfaglige team og utarbeidet egne mål og tiltak i tråd med målformuleringen, men tilpasset særegne utfordringer i egen kommune.

En utfordring som ble trukket fram var at siden teamene var tverrfaglige og ikke jobbet sammen til daglig, krevde det mye koordinering og ledere som både motiverer, setter av tid, ressurser, tilrettelegger for møter og følger opp arbeidet. Prosjektet varte i 22 måneder og i løpet av perioden var det seks samlinger. I rapporten er det nærmere beskrivelse av planarbeidet i utviklingsprosjektet. Planarbeidet baserte seg på en hovedplan, framdriftsplaner, statusrapporter og en sluttrapport som teamene skulle utarbeide. Kommunene vekslet på hvem som skulle være vertskap. I starten ønsket teamene å jobbe i egne grupper, mens det ble mer arbeid på tvers av kommuner utover i prosjektperioden. I deltakernes evaluering av utviklingsverkstedet kom det frem at det å delta i Jobbvinner-prosjektet ga dem muligheter til å forbedre rutiner og lage gode systemer som de ønsket å jobbe videre med.

Viktige resultater er at det å gjøre seg attraktiv tar tid, mye av gevinstene har vært knyttet til at det er gjort systematiske kartlegginger av både kompetanse, men også hva ansatte opplever av kvalitet og deres begrunnelser for at kommunen er en attraktiv arbeidsplass. Deltakerne oppgir at de som følge av dette arbeidet har ny bevissthet, ny kunnskap, nye rutiner og bedre satsing for å rekruttere og beholde helsepersonell. Ved å sette fokus på nasjonale utfordringsområder, har kommunene utviklet og testet ut målrettede tiltak tilpasset egne lokale variasjoner og planer. Det gis også innspill om at samarbeidet med Universitet- og høyskolesektoren har blitt bedre. I rapporten er det beskrevet hvilke mål, tiltak og resultater de enkelte kommunene har hatt/opnådd i perioden.

Forfatterne oppgir at erfaringene fra utviklingsverksted som metode for å rekruttere og beholde helsepersonell har god effekt. Målene er tilpasset den enkelte kommune og tiltakene som utvikles blir derfor svært relevante. Det at teamene er tverrfaglige anses også som en styrke. Prosjektet

---

<sup>11</sup> Jobbvinner er et nasjonalt prosjekt som ledes av KS i samarbeid med NSF, Fagforbundet og Delta. Målet er å rekruttere og beholde sykepleiere, helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

anbefaler at det tverrfaglige samarbeidet fortsetter internt i kommunen og på tvers av kommuner og utdanningsinstitusjoner.

**Lysø, R, mfl. (2020)** har gjennomført en evaluering av tre trønderske piloter knyttet til prosjektet «Jobbvinner». De overordnede målsettingene i prosjektet «Jobbvinner» og de deltagende pilotene nasjonalt har vært å styrke praksisopplæringen hos studenter og elever/lærlinger, samt kople kommunenes behov som arbeidsgiver og faglig innhold i utdanningen tettere. Gjennom kompetanseheving skulle man trygge nyansatte og derigjennom hindre frafall. Det var dessuten et mål om å bidra til at kommunene fikk bedret sitt omdømme som arbeidsgiver. I evalueringen av de tre trønderske pilotene ble følgende problemstillinger belyst: 1) Hvordan har organiseringen og gjennomføringen av pilotene fungert (er de rette instansene og folkene involvert), 2) Hva har de individuelle pilotene gjort/produsert og 3) Hvilke resultat kan vi se av pilotene.

Et fellespunkt for pilotene er tilnærmingen om at helse- og velferdstjenestene i kommunene skal tilby studenter/elever/lærlinger praksisopplæring med god veiledning, høy kvalitet og relevans og slik bidra til at disse gruppene ønsker å søke seg jobb i, og bli, i kommunen etter endt utdanning. Pilotene skulle også føre fram til en bedre kommunikasjon med utdanningsinstitusjonene blant annet for å utvikle tiltak som styrker praksisopplæringen i de involverte kommunene. Evalueringen viser at styrking av oppfølgingen av nyansatte (eksempelvis mentorering) og praksisopplæring og veiledning har blitt prioritert i alle tre piloter. Å utvikle rutiner og tiltak for rekruttering, mottak og oppfølging av nyansatte, sykepleiestudenter, elever og lærlinger har vært en gjennomgående aktivitet. Rekrutteringspatroljer og ambassadører har blitt brukt, men har ikke vært like nyttig for alle. I alle kommunene har det vært arbeidet med rekrutteringstiltak, mottak, oppfølging og veiledning av nyansatte, studenter og lærlinger. Forfatterne oppgir at dette synes å ha gitt gode resultater i de fleste kommunene.

Resultatene viser videre at samtlige deltakerkommuner i de tre pilotene har etablert eller styrket samarbeidet med utdanningsinstitusjoner. Samarbeidet mellom videregående skoler har også vært prioritert. Generelt sett er det forbedret, men det er potensial for videreutvikling og forbedring av samarbeidet. Deltakerkommunene har prioritert og lagt til rette for at ansatte får anledning til å delta i kompetansehevende kurs og utdanningsløp. Rapporten er omfattende og det inngår tre ulike kommuner i evalueringen, og disse har valgt noe ulik tilnærming og har også gjort seg noen ulike erfaringer. Men forfatterne har skrevet noen anbefalinger som kan være viktige forutsetninger for at kommunene skal kunne lykkes i arbeidet.

En forutsetning for at dette arbeidet ble igangsatt var at KS bidro til et solid grunnlagsarbeid i alle deltakerkommuner. Samarbeidsavtaler nevnes som viktig og noe som klargjorde organisatoriske forhold og rammene for Jobbvinner-prosjektene samt forutsetninger og forpliktelser for kommunenes deltakelse. Evaluatoren mener at dette er nødvendig for å sikre forankring og forpliktelse. Videre fremheves det at det både er nødvendig og viktig at slike prosjekter er tungt forankret i kommunens og samarbeidende parters ledelse og planer. I tillegg til at de drives av erfarne prosjektledere og at man overfører arbeidsmetoder og løsninger til ordinær drift.

## 6.2 Oppgaveglidning

**Ingelsrud, MH og Falkum E (2017)** har på oppdrag fra Delta gjennomført en studie der hovedformålet er å studere sammenhengen mellom hvilke oppgaver helsefagarbeidere gjør, hvordan de får brukt sin kompetanse, hvor de jobber og hvilke arbeidsforhold de jobber under. Datainnsamlingen har bestått av en spørreskjemaundersøkelse til Delta sine medlemmer. Resultatene avdekker på et overordnet nivå at helsefagarbeidere sitter med mye kunnskap og ferdigheter som de ikke får brukt og flere ønsker seg større utfordringer på jobb. Forfatterne peker på at dette utgjør et urealisert potensial. Andre peker på at de utfører arbeidsoppgaver som de ikke føler seg kvalifisert for – og at dette gjerne er en konsekvens av bemanningsutfordringer og mangel

på annen kompetanse. Det oppgis også at det er store forskjeller fra arbeidsgiver til arbeidsgiver og i hjemmesykepleien er det mer vanlig at helse- og omsorgsarbeiderne utfører medisinske oppgaver. Dette handler om organisering av tjenestene, hvor ansatte i hjemmetjenestene arbeider mer alene enn eksempelvis i sykehjem. Det at det er variasjon mellom ulike arbeidssteder når det gjelder i hvilken grad de ansatte oppfatter at de får brukt egen kompetanse, eller blir tillagt mer medisinskfaglige oppgaver, er en kilde til frustrasjon. Det er i liten grad enhetlig praksis.

Særlig relevant for denne kunnskapsoppsummeringen er funnene som dreier seg om at muligheter til å jobbe heltid henger sammen med opplevelsen av å få brukt kompetansen sin, men også at det sjeldnere blir lagt til rette for at de ansatte skal få videreutviklet seg faglig. De fleste i utvalget som arbeider deltid, arbeider mer enn avtalt arbeidstid. Det er mest utbredt blant de yngste i utvalget å rapportere om uønsket deltid, de opplever sjeldnere samsvar mellom jobben og egne ambisjoner. De yngste er mest bekymret for å miste jobben, og færre tror at de vil være i samme jobb/bransje om fem år.

**Norheim KH, mfl. (2015)** har publisert en fagfelleurdert artikkel i tidsskriftet Sykepleien. Bakgrunnen for artikkelen er at det er en bekymring for kompetansenivået i kommunehelse-tjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. I studien er det gjennomført fokusgruppe-intervjuer med sykepleiere og individuelle intervju med et utvalg kommunale ledere i en kommune. Resultatene viser at utskrivningsklare pasienter oppleves som sykere og mer tidkrevende enn tidligere, men i denne studien oppfattet ikke sykepleierne at det var særlig økning i kompetanse-krevende oppgaver. Men samarbeidet mellom ansatte med ulik kompetanse var utfordrende, og det var en bred oppfatning blant sykepleierne at det var vanskelig å få brukt sin kompetanse på rett sted, til rett tid. Det er et sterkt ønske om å øke kompetansen til de ansatte i hjemmesykepleien, men krevende økonomiske rammer og daglig drift gjør det utfordrende å prioritere faglig utvikling blant sykepleiere, men også til å øke kompetansen til ufaglærte. Sykepleiere beskrev videre handlingsrommet for bruk av egen kompetanse som begrenset av tidspress, manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling. Forfatterne stiller et relevant spørsmål. Idealer i endring? De påpeker at det er interessant at til tross for flere pasienter med sammensatte sykdomsbilder så opplever sykepleierne ingen økning av kompetansekrevede oppgaver ett år etter innføring av samhandlingsreformen. Dette sett i lys av en utvikling som observeres i England, USA og Australia hvor de i flere tiår har utdannet sykepleiere med klinisk kompetanseprofil. Forfatterne eksemplifiserer at i Danmark har det blitt forandringer i oppgavefordelingen som har ført til flere og nye kliniske oppgaver, mer ambulant virksomhet og mer diagnosespesifikke oppgaver i hjemmesykepleien<sup>12</sup>.

Forfatterne peker på at mye tyder på at det også i Norge vil komme en tydeligere oppgavefordeling der sykepleieoppgavene i større grad blir mer spesialisert og rettet mot diagnoser, mens de tradisjonelle pleie- og omsorgsoppgavene vil ivaretas av andre yrkesgrupper. Særlig interessant blir det å se denne arbeidsfordelingen i lys av idealet om helhetlig sykepleie. Et slikt ideal vil nødvendigvis utfordres hvis sykepleierne i første rekke skal utføre isolerte sykepleieoppgaver. Forfatterne etterlyser flere studier i kommunehelsetjenesten som adresserer erfaringer og konsekvenser av samhandlingsreformen sett opp mot erfaringen fra mange andre land som vil tilsi at det vil bli krav om å håndtere flere nye klinisk avanserte oppgaver i kommunehelsetjenesten.

**Hansen E, mfl. (2020)** har skrevet en vitenskapelig artikkel der formålet var å innhente refleksjoner om utviklingen av en spesialisering for sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene slik at sykepleierne kan utføre mer spesialiserte oppgaver, som i dag utføres av allmennleger. En slik rolle for sykepleiere i hjemmesykepleien er godt etablert i mange land. Norge er nå i den første fasen i å implementere en slik rolle. Formålet med studien var å innhente beskrivelser av

---

<sup>12</sup> Vinge S, Kilsmark J. Hjemmesykepleiens oppgaver i utvikling. Dansk Sundhedsinstitutt: 2009 DSI-prosjekt nr. 2670.

refleksjoner til et utvalg sykepleierledere og allmennleger om etableringen av en slik rolle. Det ble gjennomført 11 møter med sykepleierledere og fastleger i løpet av 3 år i 3 kommuner. Det ble identifisert fire problemstillinger som det er viktig at blir hensyntatt i utarbeidelse av en slik rolle eller praksis. Det er et behov for økt klinisk kompetanse blant sykepleierne. Det vil være behov for en omorganisering der en slik form for avansert praksis skal være gjeldende. Det vil være behov for å forhandle om faglige barrierer, men også krevende økonomiske rammebetingelser. Forfatterne konkluderer med at sykepleierledere og fastleger i utvalget generelt er positive til en slik spesialisering, men at de ser at det kan bli utfordrende å avklare roller og hvordan dette skal organiseres i eksisterende arbeidsmodeller. I denne studien var sykepleierledere og allmennleger opptatt av at en slik ny spesialisering ikke skulle erstatte leger, men at sykepleieroppgavene kunne bli utført mer spesialisert. Det ble også fremhevet av sykepleierlederne at denne nye rollen skulle være en ressurs for øvrige sykepleiere. Når det gjelder implikasjoner for praksis ble det understreket at det er viktig å utarbeide en passende modell for implementering.

### 6.3 Kompetansestrategier og planer

**Nyborg, S (2020)** har i sin masteroppgave gjennomført en litteraturgjennomgang for å identifisere hvilke kompetansestrategier og metoder som er nyttige for å heve kompetansen hos ufaglærte og ansatte med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem. Det ble identifisert 8 vitenskapelige studier, med både kvalitativt og kvantitativt design. Kriteriene for inkluderte artikler var: ansatte ved sykehjem, med helsefaglig bakgrunn under bachelornivå, studiene omhandlet kompetanseheving, og var publisert på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Eksklusjonskriteriene var artikler som ikke omhandlet kompetansehevingsstrategier eller -metoder, artikler som var eldre enn 10 år eller av dårlig kvalitet. Kvaliteten ble vurdert ut fra sjekklister tilpasset det studiedesignet som er beskrevet i artiklene.

Resultatene viste to hovedstrategier som burde kombineres for økt kompetanseheving: tradisjonell undervisning og utnevning av ressurspersoner. Ressurspersonene hadde til felles at de ledet og fremmet forbedringer på sykehjemmene, og jobbet kunnskapsbasert. De jobbet på forskjellige nivåer på sykehjemmene, og kunne ha ulike funksjoner – alt fra fagutviklingssykepleiere som jobbet mer overordnet med prosedyrer, til sykepleiere, fagarbeidere og ufaglærte som jobbet ute i klinikken, tett på pasienter og kollegaer. Det ble også benyttet ulike læringsmetoder for å heve kompetansen, tradisjonell undervisning, én-til-én veiledning og tett oppfølging. Ren tradisjonell undervisning alene ble opplevd som passivt og uinspirerende for pleiepersonalet. Det å kombinere ulike metoder gjorde opplæringen motiverende, relevant og interessant. I en av studiene fant man at det var en signifikant bedring i bruk av kunnskapsbasert praksis hos de pleierne som hadde fått veiledning, sammenliknet med de som kun fikk tradisjonell undervisning.

Flere av artiklene pekte også på at det var viktig å følge opp pleiepersonell over tid og gi nok støtte. En utfordring som ble pekt på var at opplæringen måtte legges til tidspunkter som passet for de ansatte. Det er utfordrende der alle jobber turnus, og flere i små stillinger. Flere av studiene fant at ressurspersoner var viktige for å lykkes med kompetansehevende tiltak. Et funn var at valg av ressursperson burde være basert på at vedkommende fra tidligere har god støtte og respekt fra kollegaer og ledere. Studiene viste også at store utskiftninger i leder- eller sykepleiergruppen svekket stabiliteten, gjennomføringen av kompetansehevings tiltakene, og støtten som trengtes for at ressurspersonen fikk utøvd god kompetanseheving på sykehjemmet. Det at ledelsen på sykehjemmet prioriterte og var interessert i kompetanseheving viste seg å være svært viktig, spesielt overfor ressurspersonene som skulle utføre jobben. Forfatteren gir innspill om at en avansert klinisk sykepleier (AKS) burde være godt egnet til å organisere en modell for lokal kompetanseheving i primærhelsetjenesten, der fokus er kunnskapsbasert praksis, og der ressurspersoner får opplæring i hvordan pleiepersonalet skal følges opp i dette arbeidet.

**Skaar, S og Pedersen, AH (2012).** Temaet for mastergraden er hvilken praksis to kommuner har for kompetansearbeid og i hvilken grad denne praksisen er avledet av overordnede strategier og planer på området. Den metodiske innretningen har vært kvalitativ og det er gjennomført dokumentanalyse av kvalitative intervjuer med ledere på ulike nivå i kommunene i utvalget. Utvalget er begrenset, men forfatterne mener å observere en tendens som er overførbart til andre kommuner. Funnene viser at det arbeides med kompetanseutvikling i undersøkelseskommunene og tiltaksplanene som er utarbeidet er basert på reelle behov. Men de finner ingen tegn på at planene er avledet av en kompetansestrategi. Det argumenteres for at kommunene vil kunne få mer ut av kompetansearbeidet ved å arbeide mer systematisk og målrettet. En kompetansestrategi vil kunne legge klarere føringer for kommunenes behov i forhold til hvilken kompetanse som trengs på kort og lang sikt. I undersøkelsen kom det frem at kommunene har rimelig gode planer som med enkle grep kunne vært gjort mer funksjonelle. De påpeker videre at strategisk ledelse burde ha en større involvering i kompetansearbeidet, og at det kan med fordel legges et større fokus på de ansatte som ressurs, og hvordan disse kan brukes i kommunal utvikling for å oppnå bedre og mer effektiv tjenesteyting. Dette bygger opp under oppfatningen om at kompetanseutvikling i liten grad planlegges på strategisk nivå.

**Skaustein, T (2015)** har gjennomført en kvalitativ casestudie i barnehager og sykehjem hvor hensikten var å sette søkelys på hvordan virksomhetsledere i Stavanger kommune gjennomfører HRM (Human Resource Management)-praksisene sett i sammenheng med utfordringer knyttet til å beholde tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft. Resultatene fra studien indikerer at rekrutterings- og kompetansearbeidet som skjer ute i virksomhetene har lite samsvar med overordnede planer og strategier i kommunen. Planene og strategiene oppfattes å være lite kjent, og dermed også i liten grad prioritert ute i virksomhetene. Resultatene viser at fag- og kompetanseplaner som vedtas i de sentrale fagavdelingene implementeres i større grad. Virksomhetene på sin side har utarbeidet egne målsetninger og visjoner som er utgangspunkt for mye av arbeidet som utføres.

**Brenden TK (2011).** Formålet med studien var å studere kompetanseutvikling ved sykehjem sett fra ansattes synsvinkel. Studien har to forskningsspørsmål: Hvordan beskriver de ansatte kompetanseutviklingen som skjer ved sykehjemmet? Hvordan vurderer de ansatte kompetanseutviklingen som skjer på sykehjemmet? Studien har et kvalitativt design, og det er intervjuet 14 medarbeidere ved to sykehjem i en og samme kommune.

Resultatene viser at viktige forutsetninger for den uformelle læringen er et godt arbeidsmiljø. Resultatene viste videre at det var manglende formelle strukturer for kompetanseutvikling, og at de ansatte opplevde at tilgangen på kurs og innholdet i disse var mangelfulle og ikke tilpasset arbeidssituasjonen deres. Videre fremkom det at internundervisningen var tilrettelagt, men ikke i tilstrekkelig grad tilpasset utdanningsnivå hos hele gruppen ansatte. Andre resultater pekte på at det ikke var noen form for belønning for å delta, og tilbudet om internundervisning var i liten grad tilpasset turnus og fridager for de ansatte. Forfatterne fremhever at informasjonskanaler, kommunikasjonskanaler, motivasjon, belønning og medbestemmelse, som i teorien er vektlagt som viktige elementer for å fremme kunnskapsutvikling, ikke var hensyntatt i tilstrekkelig grad.

Forfatterne peker på at studien gir grunn til å framheve betydningen av kartlegging av kompetansebehov, lokale kompetanseplaner og en ledelse av kompetanseutviklingsarbeidet som evner å sikre at læring nedfeller seg i hele organisasjonen. En viktig forutsetning for å lykkes er å tilstrebe samsvar mellom individenes og organisasjonens læringsmål. Forfatterne peker på at det er behov for større oppmerksomhet på kartlegging av kompetansebehov og utvikling av lokale kompetanseplaner ved mange sykehjem. Samtidig fremheves det at utvikling av planer og kartlegging av kompetanse ikke er tilstrekkelig. Det å skape en positiv kompetansekultur og å få til et kontinuerlig fokus på kompetanseutvikling vil kreve et bredt spekter av tilnærminger, virkemidler og planer som stadig må endres og utvikles.



## 6.4 Oppsummering og svar på problemstillingene

I Meld. St. 26 (2014–2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» formuleres det at «God kompetanse på riktig nivå og sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester», s. 58. Det er iverksatt tiltak på ulike nivå når det gjelder kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Et av tiltakene er «Kompetanseløft 2020» som dreier seg om langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet med kompetanseløftet er å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Dette dreier seg blant annet om utvikling av ledere og konkrete kompetansehevende tiltak som kortvarige kurs knyttet til å øke kompetansen for mottak av pasienter med mer komplekse sykdomsbilder (ABC-modellen). Andre tiltak går mer i retning av en gjennomgang av utdanningene, men også utredninger knyttet til oppgavedeling mellom helseprofesjonene og økt spesialisering av sykepleiere i kommunehelsetjenesten. I dette underkapittelet forsøker vi å sammenstille litteraturen som vi har beskrevet i kapittelet under tre hovedtema: i) Kompetanseutvikling, ii) oppgaveglidning og iii) kompetansekartlegging og strategisk kompetanseutvikling.

### **God erfaring med utviklingsverksted som modell for å rekruttere og beholde helsepersonell i kommunen**

Publikasjonene vi har identifisert og beskrevet i Tabell 6-1 dreier seg for det første om strategier og tiltak som har blitt gjennomført for å tiltrekke seg og beholde helse- og omsorgsarbeidere i kommunen, og for det andre om handlingsrom for kompetanseutvikling. Når det gjelder det første temaet har vi valgt å inkludere to publikasjoner som dreier seg om erfaringer knyttet til utviklingsverksted i kommunene. Utviklingsverksted som metode for å rekruttere og beholde helsepersonell har vist seg å ha god effekt i Østfold. En styrke som fremheves ved denne metoden er at målene for blant annet rekruttering er tilpasset den enkelte kommune og tiltakene som utvikles blir derfor svært relevante for de kommunene det gjelder. I utviklingsprosjektet fra Østfold kommune er det lagt ved konkrete beskrivelser av stegene og fremdriften i arbeidet, noe som kan gi inspirasjon til andre kommuner. Når det gjelder rekruttering og det å fremstå som en attraktiv kommune og arbeidsplass, vurderer vi at de publikasjonene som vi har identifisert knyttet til utviklingsverksted er de mest beskrivende også sett opp mot denne problemstillingen. Men selv om modellen og tiltakene oppfattes å være gode, forutsetter det som all kompetanseutvikling i kommunene at det settes av både tid og ressurser i tjenesten, og at dette prioriteres av ledelsen både i kommunen og ved de involverte virksomhetene. Dette er vel kanskje nettopp det som er akilleshælen i all form for kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Aspøy (2013) har gjennomført en landsomfattende undersøkelse som viser at de fleste kommuner har ordninger for formell kvalifisering for ansatte i pleie- og omsorgstjenester, både når det gjelder ordninger for kvalifisering for fagbrev (84 %) og for at faglærte kan ta sykepleierutdanning (68 %) (Aspøy, 2013). En forutsetning for at ordningene blir tatt i bruk er at dette i stor grad innebærer økonomisk tilrettelegging i form av permisjon med lønn eller stipendordninger, men hvordan dette løses i kommunene varierer. En rapport utarbeidet av Døving (2020) viser at kommunene i varierende grad har oversikt over hvor stor andel av medarbeiderne som er ufaglærte, faglærte eller med høyere utdanning. Implisitt kan dette bety at kommunene i enkelte tilfeller besitter mer kompetanse enn de strengt tatt er klar over, og at det i noen tilfeller skal svært lite til før enkeltpersoner kan bli kvalifisert med et fagbrev, eller en sykepleierutdanning. Det siste kan være knyttet til at innvandrere har en sykepleierutdanning fra hjemlandet, men som vil kreve en kompetansevurdering for å identifisere hva som må til av faglige og praktiske ferdigheter for å oppnå en offentlig godkjenning. Et virkemiddel for å identifisere kompetansen som faktisk finnes i kommunen er å gjennomføre en realkompetansevurdering av ansatte. I Norge har arbeidstakere over 25 år og uten videregående utdanning rett til vurdering. I studien til Døving (2020) fremkommer det at det å kartlegge for realkompetansevurdering er tidkrevende og flere kommuner

oppga at det var lite relevant fra deres side. Men sett opp mot en målsetting om at alle ansatte skal ha fagbrev innenfor pleie- og omsorgstjenestene, kan dette være et godt virkemiddel for å identifisere og legge til rette for god kompetanseheving blant det ansatte. Fremgangsmåte for realkompetansevurdering er beskrevet av Kompetanse Norge<sup>13</sup>.

Det er godt dokumentert at kommuneøkonomien varierer på tvers av kommuner. Dette setter nødvendigvis noen begrensninger for hvilke kommuner som har handlingsrom for å tilby utdanning som helt eller delvis finansieres av kommunen. Men til tross for varierende kommuneøkonomi er det tilskudd som kommunene kan søke på, blant annet gjennom Kompetanseløftet, men også gjennom KS. Vi har ikke identifisert publikasjoner som handler om hvilke finansieringskilder som ligger til grunn for kompetansehevende tiltak i kommunene, og i hvilken grad kommunene benytter seg av tilskudd eller andre ordninger for å finansiere kvalifisering av ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Det ene er finansiering og økonomiske rammer som er viktige forutsetninger for at kompetansehevende tiltak, i form av oppnåelse av fagbrev eller sykepleierutdanning, kan bli en realitet for mange. Den andre siden dreier seg om handlingsrommet for å drive kompetanseheving i en hektisk hverdag. Gautun (2020) fremhever at for å få til god kompetanseheving er det nødvendig å heve sykepleierbemanningen. For få sykepleiere på jobb gjør det vanskelig å prioritere kompetanseheving. Dette berører også ivaretagelse av nyutdannede. Kommunene kan ikke regne med at alle nyansatte er faglig trygge og klare til å ta ansvar og jobbe selvstendig og variert fra dag én. Mange vil kanskje trenge flere år for å utvikle dette dersom kommunen i det hele tatt investerer i en slik utvikling. Med samhandlingsreformen øker også kravene til kommunene om å videreutvikle personell med spesialkompetanse. Bedre sykepleierbemanning vil kunne bidra til at sykepleiere har tid til å følge opp sykepleierstudenter som er i praksis i sykehjem og hjemmesykepleien. Dette er også noe av kjernen i utviklingsverkstedene beskrevet over, knyttet til å utvikle tiltak for hvordan rekruttere og ivareta nyansatte slik at de ikke slutter i yrket og i tjenesten etter kort tid.

Avslutningsvis er det noen betraktninger vi gjør oss. Kommuner er forskjellige og har ulike økonomiske forutsetninger. Ifølge rapporten til Aspøy (2013) er det noen kommuner som gir permisjon med lønn for videreutdanning til de ansatte, men først og fremst til fast ansatte. Det betyr at medarbeidere i midlertidige stillinger faller utenfor slike ordninger. Midlertidige stillinger er utbredt i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det er dermed en rekke personer innenfor målgruppen som vil falle utenfor allerede etablerte kompetansehevende tiltak.

### **Få eksempler på erfaring med oppgaveglidning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene**

En annen side ved kompetansebegrepet som vi også berører i denne litteraturgjennomgangen er i hvilken grad medarbeiderne opplever at de får brukt kompetansen sin i arbeidet. Det å få brukt kompetansen sin og få mulighet for faglig utvikling er en av flere viktige faktorer for mestring, tilfredshet, motivasjon og ønske om å bli værende i jobben<sup>14</sup>. I en undersøkelse gjennomført av Ingelsrud, MH og Falkum, E (2017) fremkommer det at muligheten til å få utnyttet sin kompetanse varierer mellom ulike tjenester i kommunen, men også fra virksomhet til virksomhet. Dette berører også temaet som dreier seg om oppgaveglidning. Vi har ikke identifisert publikasjoner som ser nærmere på oppgaveglidning mellom eksempelvis sykepleiere og helse- og omsorgsarbeidere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Men vi har erfaring fra noen kommuner hvor dette arbeidet er godt i gang. Det dreier seg om at spesifikke sykepleieroppgaver utføres av helse- og omsorgsarbeidere etter systematisk opplæring. Erfaringene fra denne form for kompetanseglidning

---

<sup>13</sup> [Link til Kompetanse Norges nettsider](#)

<sup>14</sup> Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2018). STAMI-rapport, årgang 19, nr. 3, Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

og oppgaveoverføring er todelt, noen synes dette er faglig utviklende og stimulerende, mens andre har mindre lyst til å få utvidet ansvar for å gjennomføre slike oppgaver.

I litteratursøket fikk vi mange treff på publikasjoner som dreier seg om oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, men svært få som berører denne tematikken i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I Meld. St. 26 (2014–2015) er det formulert at det skal bli gjennomført en rekke utredninger knyttet til kliniske videreutdanninger på masternivå tilpasset behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også om utvalgte grupper skal gis utvidede rettigheter til å forskrive legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept og på sikt vurdere om flere grupper skal få rett til å henvise til andre tjenesteytere.

Så langt er det manglende kunnskap om omfang og erfaringer med denne form for kompetanseglidning, mens Norheim mfl. (2015) eksemplifiserer at i Danmark har det blitt forandringer i oppgavefordelingen som har ført til flere og nye kliniske oppgaver, mer ambulant virksomhet og mer diagnosespesifikke oppgaver i hjemmesykepleien.

I 2016 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomgå videreutdanningstilbudet og vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene, samt å utrede etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå som møter behovet for breddekompetanse i tjenestene. Helsedirektoratet leverte høsten 2017 rapporten IS-2674 *Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?*

I oppfølgingen av dette arbeidet ga Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle forslag til en nasjonal studieplan for en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie på 120 studiepoeng rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Innholdet i masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie skal innrettes mot de samlede behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, både til innbyggere med akutt og kronisk sykdom, innen somatikk, psykisk helse og rustjenester, både forebygging, behandling og oppfølging av alle innbyggere, fra dem med lette/enkeltstående sykdommer til eldre og skrøpelige/andre med store og sammensatte behov. Barn og unge skal inngå, men det er en avgrensning mot innholdet i helsesykepleier- og jordmorutdanningene<sup>15</sup>. Dette er tiltak som er på linje med hvordan flere andre land har arbeidet med å utdanne spesialsykepleiere for å imøtekomme behovet for mer spesialiserte tjenester ute i kommunene, men også for å sikre en bedre og mer helhetlig oppfølging av pasienter etter utskrivning fra sykehus.

### **De fleste kommuner har kompetansekartlegging, men oppfølgingen varierer**

I en rekke nasjonale programmer (f.eks. Kvalitetskommuneprogrammet, Flink med folk og Sammen om en bedre kommune) har kompetansekartlegging, kompetanseplaner etc. stått sentralt. Disse er evaluert i egne FoU-rapporter. Inga Hilsen skriver om suksessfaktorer for å lykkes med kompetanseplanleggingen i Moland mfl. (2014, 2015). Det samme ble gjort i et oppdrag for KS i 2010 om strategisk kompetanseplanlegging gjennomført av Asplan Analyse og Fafo (Moland mfl. 2010). En annen rapport beskriver kommunenes oppfatning av kompetansesituasjonen (Bakkeli mfl. 2013). De to siste studiene finner begge, noe overraskende, at de små kommunene er mest tilfredse med kompetansesituasjonen.

Vår oppfatning er at det meste som er skrevet om strategisk kompetanseutvikling, kompetansebehov og kompetanseplaner er gjerne tematisk avgrenset til utdanningsforskning, beskrivelser av kompetansekartlegging, eller personlig utvikling av ansatte. I studiene som vi har fanget opp i litteratursøket og som vi beskriver her finner vi at de fleste kommuner og virksomheter har kompetanseplaner, men at det blant ansatte i liten grad oppfattes at disse følges opp i praksis

<sup>15</sup> [Link til bakgrunnsdokument for Helsedirektoratets arbeid med masterutdanningen](#)

(Brenden, 2011). Det er også en studie som peker på at det er et sprik mellom kommunens strategier på området og strategi og oppfølging i den enkelte virksomhet. Litteraturen vi har funnet på dette området illustrerer at det fortsatt er en vei å gå fra en kompetansestrategi til kompetanseplaner og deretter iverksettelse av disse.

Vi har ikke lyktes i å finne publikasjoner som berører hvordan det er å realisere kompetanseplaner sett opp mot arbeidsplasser som preges av en sterk deltidskultur. Vi har heller ikke funnet publikasjoner som berører kompetansegevinstene som kan forventes ved å løfte helsefagarbeidere fra anslagsvis 50 prosent stilling til 80 prosent som beskrevet i Moland mfl. (2015). Den andre siden av deltidskultur er at deltid er viktig for å få turnusene til å gå opp, og for noen er det å kunne jobbe deltid en forutsetning for å kunne/ville fortsette i jobben. Det er samtidig en erkjennelse av at deltidsansatte er lett utskiftbare og en del av en personalpolitikk som skaper høy turnover og redusert kontinuitet i arbeidet med å utvikle sterke fagmiljøer. Så langt vi kjenner til er det heller ikke så stor oppmerksomhet omkring hvor vanskelig det er å skulle realisere kompetansekravene som ligger i samhandlingsreformen når flertallet av de ansatte jobber deltid. Det samme kan sies om den såkalte tillitsreformen som forutsetter at ansatte har tilstrekkelig høy faglig kompetanse og evne til å jobbe selvstendig.

En annen problemstilling dreier seg om å beholde erfarne arbeidstakere og begrense høy turnover blant de mange deltidsansatte. Det er vanlig at kommunenes arbeidsgiverpolitikk/strategier inneholder noen setninger om å ta vare på arbeidskraften. Men derfra til å klare å holde på «de beste» er det et stykke vei å gå. Vi oppfatter likevel at utviklingsverksted som metode kan være en måte å utvikle mål og tiltak tilpasset den enkelte kommune for å rekruttere, men også for å beholde kompetanse i kommunen.

Til slutt, hvilke faktorer er det som hemmer og fremmer bruk av strategisk kompetanseplanlegging og -kartlegging i organisering av tjenester? Dette er et tema som berøres indirekte i flere av publikasjonene som vi har identifisert. Når det gjelder strategisk kompetanseheving så er det tegn på at det finnes mange planer på et virksomhetsnivå, men at planene i mindre grad følges opp og er kjent for de ansatte. Det er også indikasjoner på at det kan være et sprik mellom kommunens overordnede kompetansestrategi og virksomhetenes kompetanseplanlegging. I hvilken grad dette er representativt for norske kommuner er usikkert, men det er likevel et interessant funn med tanke på at strategier for kompetanseutvikling bør gjenspeiles på virksomhetsnivået for å sikre like muligheter og mer enhetlig praksis for kompetanseutvikling i tjenestene.

En annen faktor som kan sies å hemme strategisk kompetanseplanlegging som Skaustein, T (2015) fant i sin studie er at rekrutterings- og kompetansearbeidet som skjer ute i virksomhetene har lite samsvar med overordnede planer og strategier i kommunen. Et viktig aspekt for å lykkes, er som (Lysø mfl. 2020) fremhever, at kompetanseutvikling er forankret i kommunens og samarbeidende parters ledelse og planer.

Aspøy (2013) fremhever også at viktige forhold for at kommunene skal lykkes med kompetanseutvikling er om kommunen har kompetanseplaner som brukes og en bred og effektiv kartlegging av kompetansen til de ansatte som oppdateres jevnlig.

I tillegg adresserer Aspøy (2013) hvilke faktorer som fremmer deltakelse i kompetansehevede tiltak på individnivå. Strategier og planer bør gjenspeiles i at det gis handlingsrom for kompetanseutvikling, men også at det foreligger gevinster for å delta i den type tiltak. Det viktigste som fremmer læringsdeltakelse er:

- ▶ Permisjon med lønn
- ▶ Tilpasset turnus/tilrettelegging av arbeidstid
- ▶ Deltakelse kan gjennomføres samtidig som man står i arbeid
- ▶ At kompetanseheving får betydning for lønn og arbeidsoppgaver

Brenden (2011) peker også på at viktige forutsetninger for å lykkes med kompetanseutvikling er god informasjon om hvilke muligheter som foreligger. I tillegg til å motivere til deltakelse, tilrettelegging, og belønning for deltakelse, er også medbestemmelse i de kompetanseutviklende tiltakene viktige element for å fremme kunnskapsutvikling i helse- og omsorgstjenestene.

# 7 Heltidskultur

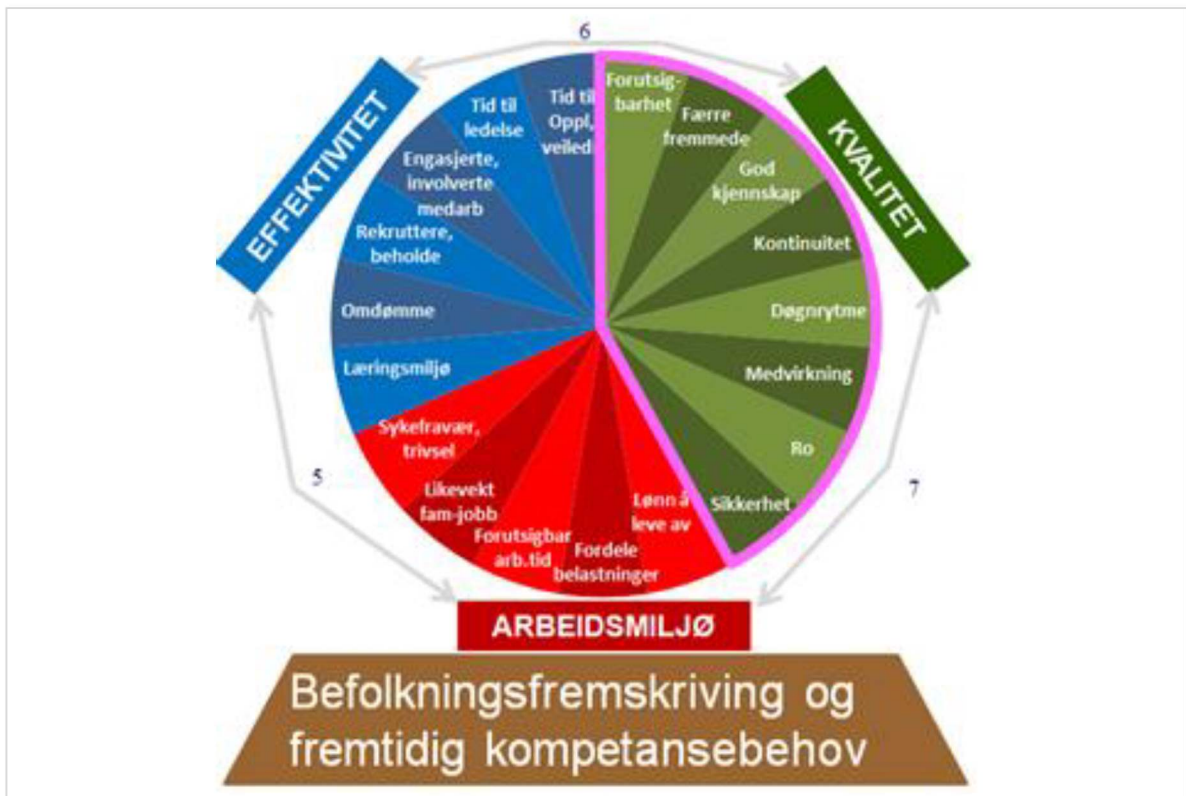
## 7.1 Innledende om heltidskultur

Arbeidet for større stillinger begynte for ca. 30 år siden med fagbevegelsens kamp mot ufrivillig deltid (Moland og Olberg 1989, Moland 2013). Dette ble fulgt opp av myndighetene og partene i arbeidslivet med endringer i lov- og avtaleverket som skulle gjøre det lettere for deltidsansatte å få større stillinger. På dette tidspunktet ønsket arbeidsgiver å beholde et betydelig omfang med deltidsstillinger (Moland 1994). Samtidig skulle arbeidstakerorganisasjonene forholde seg til en medlemsmasse med motstridende interesser. Dette førte til en runddans der enkeltindivider som jobbet deltid kunne få større stilling, men samtidig ble nye personer ansatt i nye små deltidsstillinger, slik at det samlede antall deltidsstillinger ble opprettholdt.

For ca. 25 år siden begynte enkelte kommuner å eksperimentere med langvakter og etter hvert det som den gangen ble omtalt som ønsketurnus. Disse forsøkene hadde som mål å være mer attraktive for ansatte (og brukere), men førte ikke til større stillinger (Seip mfl. 2019, Moland 2006).

For ca. 15 år siden ble arbeidstakerperspektivet supplert med både et arbeidsgiver- og et brukerperspektiv på mulige fordeler med flere heltidsansettelser (Moland og Gautun 2002). For snart 10 år siden ble de tre perspektivene sammenfattet i det såkalte heltidshjulet (jf. Figur 7-1 på neste side). Både hjulet og sammenfatninger av dette har de siste 6–7 årene vært brukt av kommunale ledere for å begrunne overfor politikere og ansatte hvilke gevinster kommunen kan forvente å oppnå på tjenestesteder der ansatte jobber heltid eller i store deltidsstillinger (80 prosent eller mer). Det såkalte heltidshjulet er gjengitt i figuren under.

Figuren er et kakediagram som inneholder åtte bruker-relevante kvalitetsvariabler (grønn), fem arbeidsmiljøvariabler som er særlig ansatte-relevante (rød), og seks driftsrelevante effektivitetsvariabler (blå) som i større eller mindre grad også er en forutsetning for gode tjenester og et godt arbeidsmiljø.



Figur 7-1 Heltidshjulet. Forventede gevinstområder ved økte stillingsstørrelser

For arbeidstakerne kan resultatet av større stilling bli mer forutsigbar arbeidstid og fritid, mer forutsigbar lønn, bedre fordeling av arbeidsoppgaver, økt trivsel og kanskje redusert sykefravær for enkelte. Tjenestestedet vil kunne få styrket omdømme, lettere rekruttering av kompetent arbeidskraft, sterkere fagmiljøer, mer selvstendige medarbeidere, mindre vikarbruk og mer stabil arbeidskraft. For brukerne i helse- og omsorgstjenestene har tidligere studier også dokumentert potensielle kvalitetsgevinster ved å redusere omfanget av små deltidsstillinger (Moland 2015; Moland & Bråthen 2012a og b).

Kakediagrammet er plassert på en «sokkel» som viser til det framtidige kompetanse- og arbeidskraftsbehovet som følger av et økende tjenestebehov, både i den eldre og den yngre delen av befolkningen. Ved å omforme deler av deltidsreserven til heltidsarbeid og få flere timeverk ut av hver ansatt, og samtidig få bedre og flere tjenester ut av hvert årsverk, vil kommunene lettere kunne møte den framtidige etterspørselen etter tjenester.

Ettersom denne utvidete forståelsen for mulige gevinster ved større stillinger vokste fram, ble også målene for utprøving av nye arbeidstidsordninger utvidet. Fra først og fremst å handle om økt fleksibilitet for både arbeidsgiver og arbeidstaker, har mål om større stillinger for å utvikle bedre tjenester gradvis fått større plass.

De siste fem-seks årene har dette akselerert. Nå har de fleste arbeidstidsforsøk som mål å få økt kontinuitet og flere kompetente arbeidstakere i driften ved at de fast ansatte jobber i større stillinger og at omfanget av små stillinger og innleide vikarer reduseres. Under gjennomføringen av de to nasjonale programmene «Ufrivillig deltid»<sup>16</sup> og «Sammen om en bedre kommune»<sup>17</sup> ble fokuset på

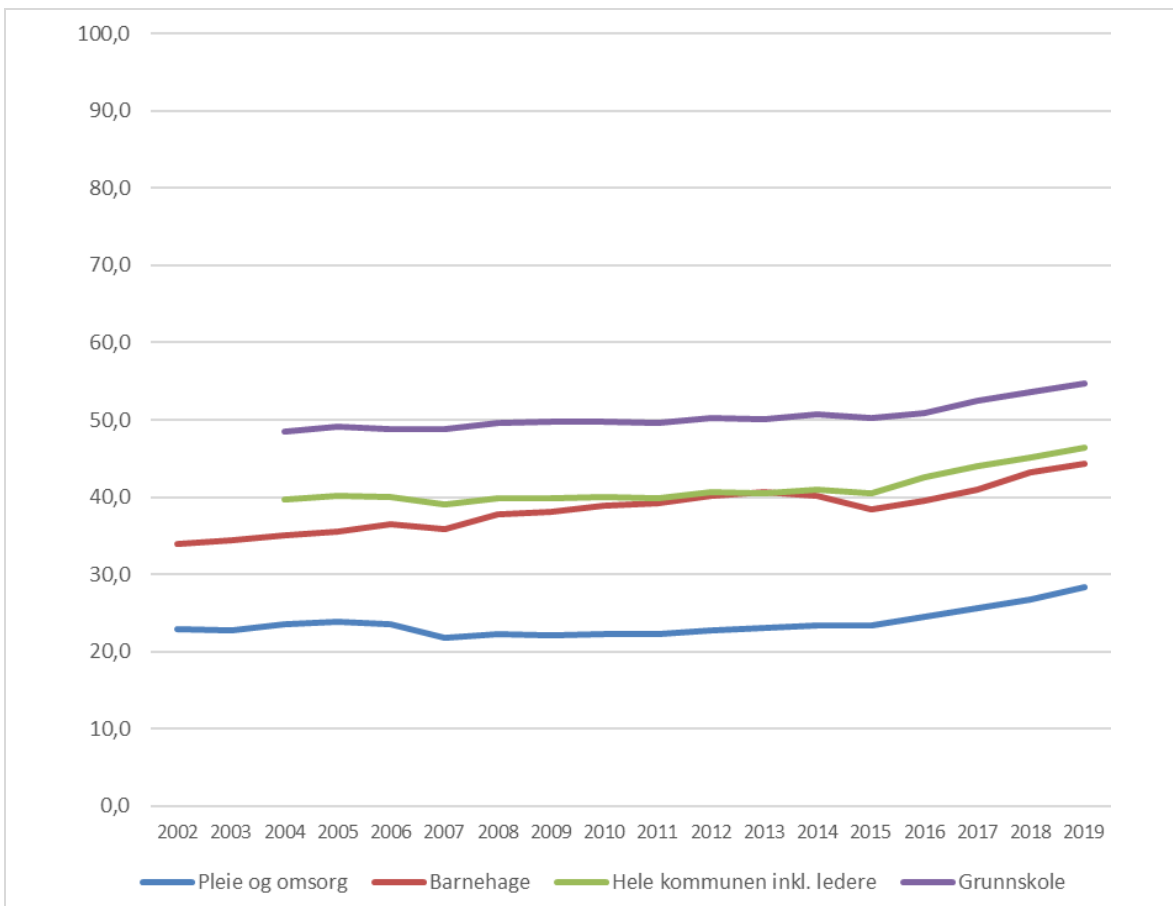
<sup>16</sup> I forbindelse med dette programmet skrev Moland 2013 en kunnskapssammenfatning

<sup>17</sup> Disse programmene overlappet hverandre og pågikk fra 2011 til 2015

heltid-deltids-problematikken flyttet fra reduksjon av ufrivillig deltid til også å inkludere reduksjon av den frivillige deltiden.

### Omfang av heltids- og deltidsstillinger

Til tross for at bemanningsproblemene i pleie- og omsorgssektoren er velkjente, og det politiske ønsket om å endre situasjonen er utbredt, har ingen kommuner til nå klart å kvitte seg med det store omfanget av små stillinger. På nasjonalt nivå kan vi nå spore en viss endring. Kommunene sett under ett hadde omtrent den samme heltidsandelen hvert år fram til 2016. Etter dette har det vært en svak økning i heltidsandelen i både skole-, barnehage- og pleie- og omsorgssektoren. Som det går fram av Figur 7-2 skjer endringen på bred front.



Figur 7-2 Heltidsandeler blant ansatte 2002–2019. Alle norske kommuner. Kilde: PAI-registeret<sup>18</sup>

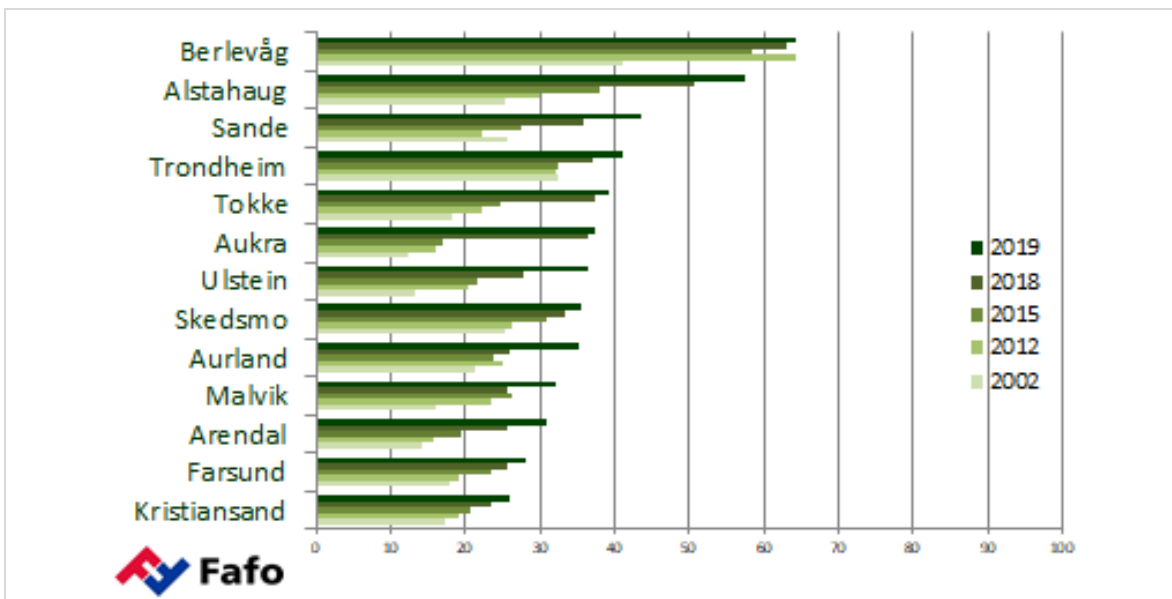
Det indikerer at det foreløpig ikke er turnusspesifikke tiltak i pleie- og omsorgssektoren som forklarer endringen. Det er trolig heller slik at ledere og ansatte i alle sektorer har valgt større stillinger der det har vært enkelt innenfor «det tradisjonelle arbeidstidsregimet». Det at flere har brukt endringsmuligheter «i det små» kan tyde på en holdningsendring som kan gjøre det lettere å realisere de større grepene som må til for å nærme seg heltidskultur. Men tallene kan også være uttrykk for at en har tatt de mest «lavhengende fruktene», ved å etterkomme ønsker fra flere av de som har jobbet ufrivillig deltid.

Bak nasjonale gjennomsnittstall finner vi store variasjoner kommunene mellom. Berlevåg er den kommunen som de siste fem årene har hatt høyest heltidsandeler i helse- og omsorgssektoren.

<sup>18</sup> PAI-registeret (Personaladministrativt informasjonssystem) driftes av KS. Det bygger på innsendte opplysninger fra (blant annet) kommunene om ansattes lønn, sykefravær, stillingskode og arbeidstid.



Det er også den kommunen som har høyeste gjennomsnittlig stillingsstørrelse. I Figur 7-3 vises 13 kommuner som har hatt en markert økning i heltidsandeler. Vi kaller dem heltidsgazeller. Den fremste av disse er Alstahaug som har utviklet seg fra en gjennomsnittskommune til å bli nr. 3 på rankingen over alle norske kommuner etter heltidsandeler. De har klart å doble heltidsandelen på bare 6-7 år.



Figur 7-3 Et utvalg av de såkalte heltidsgazellene. Kommuner med markert økning av heltidsandeler i helse- og omsorgstjenestene. Kilde: PAI-registeret fra perioden 2002–2019

Stillingsstørrelser og heltidsandeler kan beregnes på flere måter. De mest tilgjengelige, presise og sammenliknbare tallene finner man i PAI-registeret<sup>18</sup>. Dette er tall kommunene melder inn til KS. Her kan man ta ut tall for ulike yrkesgrupper og tjenesteområder etter ønsket kommune og årstall. Tallene som ligger til grunn for Figur 7-2 og Figur 7-3 har kun med turnusarbeidere. Ledere er ikke med. Kommunene bruker gjerne litt andre tall. Her inkluderes ofte ledere samtidig som ikke-faste ansatte holdes utenfor. Dermed får de tall som kan være opptil 20 prosentpoeng høyere (og penere) enn de vi opererer med. Mens vi ønsker å få fram tall der alle som jobber med kolleger og brukere og som skal ivaretas av en leder er inkluderte, tar de "pene" kommunetallene kun med personer de har et fast arbeidsgiveransvar for.

I arbeidet for å fremme heltidskultur finnes det stadig flere gode verktøy, men også mange snublesteiner. Ingen kommuner har så langt klart å etablere heltidskultur. Det er mange gode enkeltstående eksempler, men også mange barrierer som gjør det vanskelig å lykkes. Forklaringene på dette er, som det kommer fram i oppsummeringen, sammensatte (Moland 2021).

## 7.2 Heltid-deltidslitteraturen inndelt etter 5 hovedtemaer og noen undertemaer

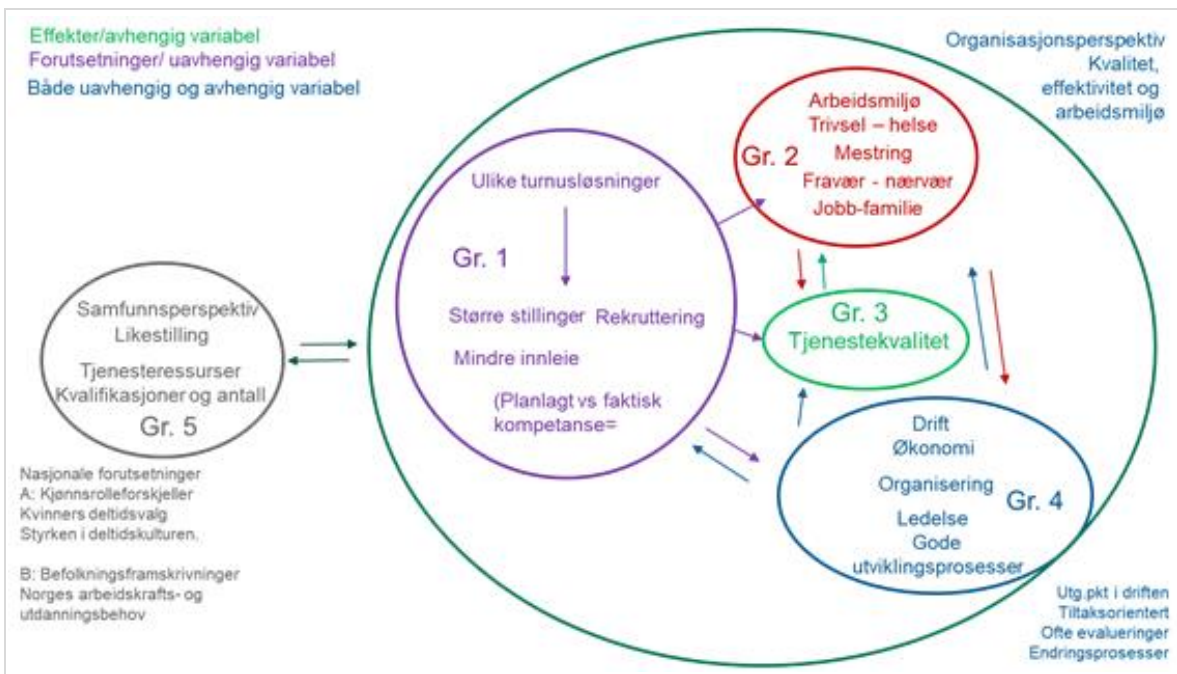
De 246 referansene som er nevnt innledningsvis fordeler seg på:

- ▶ 11 Stortingsmeldinger og NOU-er
- ▶ 26 lokale rapporter og medieartikler
- ▶ 31 masteroppgaver
- ▶ 103 forskningsrapporter
- ▶ 75 artikler, bokkapitler og avhandlinger

Av disse er 7 svenske og 35 engelskspråklige utgivelser.

For å komme ned i 27 referanser har vi ekskludert noen referanser fordi de er eldre enn 10 år, i mindre grad rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester, eller etter vurderinger av metodekvalitet. De fleste er imidlertid tatt ut fordi andre referanser fra samme forfatter eller en annen har dekket samme tema bedre. Blant de 27 referansene har vi beskrevet 5 masteroppgaver, 16 forskningsrapporter, 4 vitenskapelige artikler og bokkapitler og 4 andre referanser av ca. 45 forfattere. I tillegg har vi en del kortere referanser som ikke er med i tabellene.

For å sikre at referansene har et innhold som dekker de mest sentrale temaene som er viktige for å forstå deltidskulturen og veien mot heltidskultur, har vi valgt å ordne dem i fem hovedgrupper (jf. Figur 7-4). De fire første anlegger et organisasjons-, bruker- og ansattperspektiv på problematikken, mens den femte gruppen først og fremst har et samfunnsperspektiv.



Figur 7-4 Heltidskultur

Gruppe 1 til 4 anlegger et organisasjonsperspektiv på tjenestekvalitet, effektivitet, arbeidsmiljø og endringsprosesser. Gruppe 1 er litteratur som beskriver ulike turnusløsningers betydning for større stillingsstørrelser, rekruttering av ønsket kompetanse, muligheter til å redusere vikarinnleie mv. I gruppe 2 finner vi litteratur som i tillegg beskriver ulike arbeidstidsordningers effekt på ulike arbeidsmiljø- og trivselsfaktorer. Gruppe 3 tar tilsvarende for seg effekter på tjenestekvalitet. I gruppe 4 vises litteratur om stillingsstørrelse og økonomi, ledelse og utviklingsarbeid. Pilene i figuren viser til at forholdene som er inndelt i de fire gruppene påvirker hverandre.

Gruppe 5 er litteratur om nasjonale forutsetninger for tjenestebehov og arbeidspotensial. Denne gruppen er delt i to, der den ene beskriver kjønnsforskjeller i arbeidstidsvalg og den kulturen som legitimerer kvinners deltidvalg. Her får vi fram hvor sterk deltidskulturen man skal bort fra faktisk er. Den andre undergruppen består av befolkningsframskrivninger og Norges framtidige arbeidskrafts- og utdanningsbehov.

Før den tematisk oppdelte litteraturgjennomgangen presenteres det noen kunnskapsoppsamlinger. Dermed ender vi opp med seks litteraturkapitler. Disse er som følger:

1. Kunnskapssammenfatninger, 4 referanser
2. Arbeidstidsordninger og stillingsstørrelser
  - a. Omfattende beskrivelser, mange turnustyper, 4 referanser
  - b. Langvakter, 5 referanser
  - c. Ressursenheter/vikarpooler, 3 referanser
3. Arbeidstid og arbeidsmiljø, helse og mestring, 4 referanser
4. Tjenestekvalitet, bruker/pårørendetilfredshet, referanser under 1, 2.a og 2.b
5. Drift, organisering, ledelse, økonomistyring og endringsprosesser, 4 referanser
6. Samfunnsperspektiv
  - a. Tjeneste- og arbeidskraftsbehov, befolkningsutvikling, 2 referanser
  - b. Likestillings- og kjønnsrolleperspektiv, 3 referanser

Blant de utvalgte referansene er det ingen som har tradisjonelle turnuser eller forhandlings/ønsketurnus som hovedtema, og det er kun én referanse på 3+3-turnus. Disse turnusene er overveiende behandlet i mer omfattende studier som tar for seg «alle» typer arbeidstidsordning (gr.1a). Blant referanser som først og fremst beskriver én turnustype, finner vi flest som tar for seg langvakter. Det er også en del litteratur om turnusarbeid som ikke skiller mellom de ulike turnustypene.

### 7.3 Kunnskapssammenfatninger

Tabell 7-1 Fire kunnskapsoppsummeringer

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Moland (2021) Mulige og umulige turnuser	Skal vise turnuserfaringer som kan inspirere utviklingsarbeidet i kommunene.	Beskriver 7 turnusmodeller og 18 eksempler på alternative turnuser som er dokumentert i skriftlige, forskningsbaserte studier.	Beskriver turnuser med gode resultater for heltid, arbeidsmiljø og tjenestekvalitet. Disse nås ikke ved å flikke på den tradisjonelle turnusen.
Ingstad, K., red. (2016): Turnus som fremmer heltidskultur	Samle forskning om turnus og heltidskultur. Utfordrer kommunene til å komme ut av deltidsklemma.	Kapitlene i boka er skrevet av sentrale forskere på feltet med utgangspunkt i egen forskning.	Viser at arbeidet for heltidskultur er viktig, men vanskelig
NOU 2016: 1. Arbeidstidsutvalget. Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet	Vurdere norsk arbeidstidsregulering i lys av behovet for å mobilisere mer arbeidskraft, herunder mer heltid.	Ekspert- og partsbasert utvalg som gjennomgår lover og rettspraksis, demografisk utvikling og forskning om arbeidstid	Viser muligheter for bedre bruk av arbeidsstyrken. Mindretallet er mer skeptisk av hensyn til arbeidervernet.
Moland, L. E. (2013): Kunnskapsstatus om heltids-deltidsproblematikken	Kunnskapsgrunnlag for kommuner som deltok i nasjonale lærings- og utviklingsprogrammer	Presenterer litteratur om arbeidstidsordningers betydning for hhv. arbeidsmiljø, drift og tjenestekvalitet	Viser at større stillinger organisert på en god måte kan gi gevinster for både ansatte, arbeidsgivere og brukere

**Moland (2021)** viser i denne kunnskaps- og eksempelsamlingen først hvordan 7 turnusmodeller genererer muligheter for store/små stillinger, mye/lite helgearbeid, mye/lite fritid, økte/ reduserte lønnskostnader mv. Bruk av bunden/ubunden tid, timebank, samarbeids-/fleksio/ønsketurnus, årsturnus mv. kan benyttes for å øke fleksibilitet og forutsigbarhet i alle turnusmodellene.

Deretter presenteres et 20-talls praktiske turnustiltak som har vært prøvd ut i norske kommuner og sykehus. De fleste av disse er også dokumentert i ulike forskningsrapporter og masteroppgaver. Moland beskriver ni eksempler på ulike langvaksvarianter (fem fra tjenester til funksjonshemmede, to fra sykehjem og to fra hjemmetjenester) og sju eksempler på bruk av ulike typer ressursenheter/vikarpooler (tre fra sykehus, ett fra sykehjem, ett fra hjemmetjeneste, ett fra skole/SFO og ett fra en enhet som dekker flere områder). I tillegg er det tatt med to eksempler på 3-3-turnuser.

Utover å beskrive stillingsstørrelse drøftes også hvilke effekter turnusvalgene har på arbeidsmiljøet, kontinuiteten i tjenestene, de ansattes kompetanseutviklingsmuligheter, opplevelse av faglig og sosial mestringsfølelse og sider ved tjenestekvaliteten.

De tjenestestedene som lykkes best, har alle tatt i bruk alternative arbeidstidsordninger. Det er ikke mulig å nå mål om heltidskultur så lenge man bygger på de tradisjonelle turnusene. De beste tiltakene har noen av disse kjennetegnene:

- ▶ Godt partssamarbeid
- ▶ Involverte ansatte og tydelige ledere
- ▶ Rom for flere løsninger angående helgehypighet og vaktlengder
- ▶ Bruk av årsplaner og samarbeids-/ønsketurnus for fleksibilitet og forutsigbarhet
- ▶ Vikarpooler med faglærte heltidsansatte. Enhetene kan med fordel reduseres til mindre ressurslag

**Ingstad (2016)** er en antologi der en rekke forskere ble invitert til å sammenfatte deler av heltid-deltidsproblematikken de hadde forsket på. Mange av disse er omtalt annet sted i denne litteraturgjennomgangen, så her lister vi bare opp et utvalg av bidragene:

Ingstad og Kvande skriver om kulturelle og strukturelle trekk ved sykepleieres karrieremønster og valg av deltid. Ingstad, Moland og Bråthen har kapitler om arbeidsmiljø og tjenestekvalitet ved bruk av langvakter. Pettersen og Olberg skriver om medlevertturnus, mens Ingstad, Norum, Moe og Moland har kapitler om ressursenheter/vikarpooler. Amble sammenfatter erfaringer med 3+3 turnus. Ingstad skriver i tillegg om deltid i historisk perspektiv, mens Nergaard presenterer tall over heltid-deltidsomfanget.

**NOU 2016: 1. Arbeidstidsutvalget. Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet.** Forfatterne av denne utredningen er et ekspert- og partsbasert utvalg. Deres mandat har vært å vurdere de samlede arbeidstidsreguleringene og praktiseringen av disse i lys av behovet for å mobilisere mer arbeidskraft, herunder å legge til rette for heltid. Dette skulle gjøres med utgangspunkt i politiske mål som høy sysselsettingsgrad, best mulig utnyttelse av samfunnets ressurser for å sikre høy verdiskapning og et høyt nivå på velferdstjenestene, et seriøst arbeidsliv, personlig trygghet og frihet for den enkelte og ivaretagelse av ansattes liv og helse.

Utredningen gjennomgår lover og rettspraksis, demografisk utvikling og forskning om arbeidstid. Store deler av utredningen har relevans for heltid-deltidsproblematikken. Spørsmålene om utvidet adgang til gjennomsnittsberegning av arbeidstid over en lengre periode, bruk av lange vakter, reduserte krav til hviletid mellom vakter og økt helgehypighet får stor plass. Dette er dels et spørsmål om timer og dager, og dels et spørsmål om hvem som skal fatte (og kvalitetssikre) de lokale beslutningene.

Utvalgets flertall kommer med flere endringsforslag som de mener vil gi bedre bruk av arbeidsstyrken, mens mindretallet ofte er skeptisk fordi forslagene oppfattes å svekke arbeidervernet. I kjølvannet av utredningen viste høringsuttalelser og debattinnlegg i media en tilsvarende uenighet der den politiske høyresiden og arbeidsgiverorganisasjonene i hovedsak støttet utvalgets flertall, mens den politiske venstresiden og arbeidstakerorganisasjonene støttet mindretallet.

Eksempelvis skriver utvalgsflertallet på side 2019 at «med skift- og turnusarbeid er det behov for avtale om gjennomsnittsberegning og kortere hvile for å gjennomføre helt ordinære arbeidstidsordninger». De skriver videre at dagens reguleringer benyttes til «å stoppe arbeidsplaner i helse- og omsorgssektoren som innebærer noe hyppigere søndagsarbeid enn hver tredje helg. Dermed blir det vanskeligere for virksomhetene å få dekket behovet for kvalifisert arbeidskraft i helgene. For lav bemanning i helgene gir et dårligere tilbud til brukerne og en ekstra belastning for de arbeidstakerne som er på jobb».

Vi finner også en ganske eksplisitt kritikk av partene i arbeidslivet: «disse problemene har vært kjent lenge uten at partene har klart å finne løsninger». Flertallet i utvalget foreslo derfor økt bruk av gjennomsnittsberegning av arbeidstiden, økt anledning til lange vakter, og at hviletiden kunne reduseres fra 11 til 9 timer. Mindretallet (som støtter seg til Lie mfl. 2014) går imot dette med henvisning til at lange vakter over tid er helseskadelig og øker faren for å gjøre feil. Selv om både flertallet og mindretallet påpeker viktigheten av partssamarbeid og involvering, går flertallet på enkelte områder lenger i å gi arbeidsgiver utvidet styringsrett, slik som i eksemplet over.

Utvalget slår fast at lovens adgang til søndagsarbeid (inntil annenhver helg) ikke skal endres. Man ønsker imidlertid at flere skal kunne jobbe flere søndager dersom de ønsker det. Her trekker de blant annet fram at ansatte i små stillinger kan få større stilling ved å jobbe annenhver helg. Utvalget foreslår likevel ingen endringer i reguleringsgrunnlaget for søndags- og helgearbeid.

Den såkalte helgefloken overlates det til partene å løse. På dette området har det ikke skjedd så mye reguleringsmessig siden 2016. Men timetillegget for å jobbe helg som reguleres av hovedtariffavtalen i KS-området er økt, praktisering av lokale bonusordninger kan ha økt, det samme gjelder trolig antall helsemedarbeidere som jobber oftere enn hver tredje helg. Det siste har vi ikke tall for og baserer seg mer på inntrykk i forbindelse med pågående casestudier.

**Moland (2013)** gir i denne rapporten en status over kunnskapen om heltid-deltidsproblematikken i norsk arbeidsliv. Formålet er å bistå kommuner, helseforetak og andre virksomheter som ønsker å redusere omfanget av små stillinger og skape en kultur for heltidsarbeid. Den ble skrevet i forbindelse med det nasjonale lærings- og utviklingsprogrammet "Ufrivillig deltid". Først beskrives deltidsomfanget i Norge, herunder også lov- og avtaleverkets arbeidstidsbestemmelser. Forskningen på feltet er presentert i tre kapitler som henholdsvis har et arbeidstakerperspektiv, et arbeidsgiverperspektiv og et brukerperspektiv på deltidfenomenet. Blant annet drøftes fem grader av ufrivillig og frivillig deltid. Derneft beskrives ulike tiltak for å redusere omfanget av deltidstillinger og erstatte disse med heltidstillinger. Rapporten avsluttes med et kapittel om deltid i Norden, med særlig vekt på situasjonen i Finland.

Kunnskapssammenfatningen viser at større stillinger organisert på en god måte kan gi gevinster for både ansatte, arbeidsgivere og brukere. Rapporten har 119 referanser fra perioden 1987 til 2013. Den er fortsatt mye brukt i masteroppgaver og kommunale plandokumenter.

## 7.4 Arbeidstidsordninger og stillingsstørrelser

### 7.4.1 Fire referanser med omfattende beskrivelser av kjente turnustiltak

Her presenterer vi referanser som beskriver alle kjente turnustiltak og andre tiltak som bruk av økonomiske incentivordninger, fleksibilitet, timebanker etc.

Tabell 7-2 Beskrivelser av ulike turnustiltak

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Moland L og K Bråthen (2019): En ny vei mot heltidskultur	Beskrive for-prosjekteringsarbeidet i pilotkommuner med store heltidsambisjoner	Intervjuer i 8 kommuner, lokale og landsdekkende spørreundersøkelser, observasjon av involveringsverktøy, workshops, nettverks-samlinger. Tall fra PAI-registeret	Heltidsgevinstene forutsetter at ansatte jobber i minst 80 % stilling. Der mange jobber heltid er man minst slitne. Langvakter og samarbeidsturnus er best for arbeidsmiljø og familieliv
Thrana, S. A. (2019): Bok om turnus og veien til optimal turnusplanlegging	Gi kunnskap om juridiske og turnustekniske muligheter til ledere og turnusspesialister	Dokumentgjennomgang og turnustekniske regneeksempler	Turnushåndbok til hjelp for bedre turnus. Siste versjon har også tatt inn målsettingen om heltidskultur
Moland, L. E. (2015): Større stillinger og bedre drift.	Evaluerer erfaringer fra det nasjonale programmet "Ufrivillig deltid"	Analyserer 47 prosjekter, 82 hovedtiltak og 176 støttetiltak. Survey. Dokumentanalyser og intervjuer.	Beskriver gode og mindre gode turnustiltak og suksessfaktorer for gode utviklingsprosesser
Moland L og K Bråthen (2012a): Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?	Gi en helhetlig framstilling av hvordan kommunene kan tilby flere større og hele stillinger.	Kartlegger heltid-deltids-problematikken og analyserer henholdsvis gode og mindre gode turnuser. Benytter register-data, survey og case	KS var oppdragsgiver for prosjektet og brukte rapporten i arbeidet som ledet fram til Heltidserklæringen

**Moland og Bråthen (2019)** beskriver oppstartsfasen i den kanskje mest ambisiøse, kommunale satsingen for å utvikle heltidskultur. Her har de involverte kommunene mål om en heltidsandel på 90 prosent, først ved 18 pilottenestesteder og deretter ved alle tjenestesteder innen 2029.

Studien baserer seg på data fra kvalitative intervjuer med ledere, ansatte, tillitsvalgte og politikere i sju kommuner. I fire av kommunene er også brukere intervjuet. Det er også gjennomført spørreundersøkelser til ledere, ansatte, tillitsvalgte og politikere i de sju kommunene, i tillegg til en landsdekkende survey til tillitsvalgte og medlemmer i Fagforbundet. PAI-registeret er benyttet til tall om stillingsstørrelser for samtlige norske kommuner over tid. Utover dette har forskerne deltatt i workshops og nettverkssamlinger og observert bruken av «prekesjapper» og andre involveringsverktøy.

Moland og Bråthen viser styrken i deltidskulturen og den sterke motstanden som finnes blant ledere og ansatte mot å gjennomføre endringer som kan trekke tjenestene i retning av heltidskultur. Dernest beskrives forprosjektfasen der prosjektkommunene forbereder og bearbeider ledere og ansatte slik at motstanden mot heltidskultur kan reduseres før de store grepene som må tas i den neste fasen. Kommunene vet at flikking på de tradisjonelle turnusene gir magre resultater. I rapporten er det spesielt erfaringene med Fredrikstad kommunes «prekesjapper» som har nyhetsverdi. Til slutt beskriver forskerne den mangelfulle bærekraften i deltidskulturen og i de ulike turnusvariantene som benyttes på ulike type tjenestesteder.

Studien finner at tjenestekvaliteten styrkes med flere store stillinger. De fleste informanter mener at stillingsprosent på 80 prosent eller litt mer er tilstrekkelig til å ta ut de forventede gevinstene om bedre tjenestekvalitet, sterkere fagmiljøer, godt arbeidsmiljø osv. (jf. Figur 7-1). 80 prosent

heltidsansatte er også det minimum de fleste setter når man spør om når det foreligger heltidskultur.

Motivene og begrunnelsene for deltid er først og fremst positivt begrunnet (frihet, familie, det gode liv, fleksibilitet), men også negativt (ufrivillig, heltid er for slitsomt, dårlig helse, tidspress osv.). En del av begrunnelsene glir over i hverandre.

Rapporten har et omfattende kapittel om hvilke arbeidstidsordninger som er mest og minst belastende for de ansatte, og hvilke som er gunstige for god balanse mellom arbeid og fritid:

- ▶ Arbeidet blir mindre slitsomt hvis alle på tjenestestedet har store stillinger.
- ▶ Samarbeidsturnus og langvakter har flest medarbeidere som er involvert i arbeids- og arbeidstidsplanleggingen og færrest som er slitne etter jobb. Turnusene fremstår også som de mest familievennlige løsningene.
- ▶ Tradisjonell todelt/tredelt turnus har de svakeste fagmiljøene, sammen med «B-pregede» vikarpooler og bruk av kortvakter. Det er også her flest oppgjøring at de er slitne.
- ▶ Involvering og pauseavvikling reduserer opplevelsen av arbeidsbelastninger.
- ▶ Unge oppgir ofte at de er slitne (uavhengig av turnus og arbeidssted).
- ▶ Heltidsansatte er minst fysisk slitne. Deltidsansatte er minst psykisk slitne.

Evalueringen viser at prekesjappene har fungert godt som et møtested for dialog og refleksjon. Bruken av andre involveringsverktøy var på evalueringstidspunktet lite utprøvd.

**Thrana (2019)** er 6. utgave av «Bok om turnus og veien til optimal turnusplanlegging». Bokas formål er å gi kunnskap om juridiske og turnustekniske muligheter til ledere og turnusspesialister. Som Thrana selv skriver til leseren: «Målet er at du skal bli i stand til å sette opp en bemannings- og turnusplan for den virksomheten du er tilknyttet». Boka skal også kunne brukes «som et oppslagsverk for dem som skal arbeide med turnusplaner og avtaleverk» (s.11).

Thrana tar også for seg trinnene i en god prosess for å utvikle en turnus som passer for akkurat ditt tjenestested. Systematisk turnusplanlegging tar utgangspunkt i en døgnrytme/aktivitetsplan basert på vurderinger av brukerbehovene. Dette leder fram til en bemanningsplan som igjen er basis for turnus/arbeidsplanen. Når turnusen er utformet, skal den fastsettes. Dette skjer etter en høring med ansatte og deretter en signert protokoll. Til slutt kan turnusen prøves ut. Underveis i denne prosessen foretas faglige, budsjettmessige og arbeidsmiljømessige analyser. Her skal både virksomhetens, arbeidstakers og bruker/pasient/samfunnets behov ivaretas.

Boka inneholder praktiske turnuseksempler med utfordringer til leseren, tips til hvordan ansatte kan involveres og ulike avveininger som må gjøres i valg av hovedmodeller (lineær eller syklisk, todelt eller tredelt, lange eller korte vakter, lange eller korte arbeidsstrek og friperioder og fordeling av helgevakter). Underveis gjør Thrana rede for fordeler og ulemper med de ulike alternativene.

Dette gjøres på de første 118 sidene, og her kunne boka ha sluttet. Men i og med at boka skal være et oppslagsverk har Thrana lagt på ca. 250 sider som inneholder (kommenterte) tekster fra lov- og avtaleverk, rettsavgjørelser, rundskriv, retningslinjer, handlingsplaner og utdrag fra FoU-rapporter.

**Moland (2015)** ble skrevet som ledd i et evalueringoppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet. Den oppsummerer erfaringer med utviklingsforsøk som ble gjort i det nasjonale lærings- og utviklingsprogrammet «Ufrivillig deltid».

I evalueringen spørres det om virksomhetene som deltok i programmet klarte å øke størrelsen på deltidsstillingene, redusere omfanget av ufrivillig deltid og skape flere heltidsstillinger. Dernest vurderes tiltakene med best resultater i lys av effekter på arbeidsmiljø, tjenestekvalitet, vikarbruk og

ressursutnyttelse. Ulik resultatoppråelse ses i lys av hvordan de lokale innovasjonsforsøkene har vært gjennomført.

Rapporten bygger på analyser av 47 prosjekter, 82 hovedtiltak og 176 støttetiltak. Datagrunnlaget er deltakernes prosjektdokumenter og overordnede styringsdokumenter, kvalitative intervjuer og surveyundersøkelser. De 82 hovedtiltakene er delt inn i seks tematiske grupper:

1. Bemanningenheter og vikarpool (16 tiltak)
2. Kombijobbing, på tvers (15 tiltak)
3. Langvakter (16 tiltak)
4. Forhandlingsturnuser (8 tiltak)
5. Samling av flere: årsturnus, 3+3-varianter, flere helger mv. (15 tiltak)
6. Kompetanseheving (12 tiltak)

De fleste turnustiltakene som ble prøvd ut resulterte i en økt heltidsandel på ca. 15–20 prosentpoeng. Halvparten av tiltakene har hatt positiv effekt på arbeidsmiljøet. Tiltak med negative effekter skyldes ikke trekk ved turnustiltaket, men måten prosjektene er gjennomført på.

Tiltakene har vært fremmende på fem trivselsfaktorer. Disse er: a) økt kompetanse på avdelingen, b) flere kjente på avdeling, c) økt mestringfølelse, d) rettferdig og jevnere fordeling av vakter og arbeidstid, e) bedre kontroll på arbeidstid, fritid og privatøkonomi.

Som følge av at ansatte er mer på jobb, flere har relevant utdanning og alle kjenner sine oppgaver og vet hvordan de skal jobbe sammen med pasienter/brukere, blir også kvaliteten på tjenestene som utføres høyere. Dette gjelder alle bransjer som har deltatt i programmet. En del av tiltakene innen pleie og omsorg har også faglige innretninger som setter bruker i sentrum på en ny måte. Dette virker positivt inn på brukerne som da kan få mer konsentrert oppfølging og økt aktivitetsnivå sammen med ansatte som han eller hun kjenner godt. I sluttrapporten og i intervjuer med ledere og ansatte trekkes følgende forhold frem som kvalitetshevende: a) mer tilstedeværende ansatte og «bruker i sentrum», b) kompetente og kjente ansatte, økt kontinuitet, c) flere fagfolk i helgene og på kveld, d) færre ubesatte stillinger, mindre vikarbruk, lavere turnover, e) færre avbrutte aktiviteter og f) pårørende som bemerker forbedringene. Indikasjoner på at brukere opplever en forbedring kan være økt aktivitet, redusert utagering, redusert medisinbruk, bedre døgnrytme, uttrykt tilfredshet ved at samme pleier er på vakt (også på sykehus), og bedre score på brukerundersøkelser.

**Moland og Bråthen (2012)** gir i denne rapporten en helhetlig framstilling av hvordan kommunene kan tilby flere større og hele stillinger. Den er et resultat av en undersøkelse Fafo har gjort på oppdrag for KS. Rapporten tar opp følgende problemstillinger:

1. Hva er årsakene til deltidarbeid, og hvorfor har ikke kommunene i større grad greid å redusere andelen deltidsstillinger?
2. Hva er ressursmessige konsekvenser dersom flere jobber heltid?
3. Hvordan er sammenhengen mellom deltidarbeid og ulike arbeidstidsordninger?
4. Hvordan bør fremtidens arbeidstidsordninger være for at man skal kunne ivareta god tjenestekvalitet, godt arbeidsmiljø og økonomisk bærekraft?

For å belyse prosjektets problemstillinger ble det gjennomført kvalitative intervjuer med ledere, tillitsvalgte og ansatte i fem kommuner. Videre ble det gjennomført en landsdekkende spørreundersøkelse blant samtlige kommuners (daværende) pleie- og omsorgssjefer. I tillegg ble det hentet data fra PAI-registeret.

Studien fant at halvparten av kommunene utfører pleie- og omsorgstjenester der færre enn 25 prosent av de ansatte jobber heltid. De siste årene er det gjennomført en rekke enkeltstående tiltak for å redusere omfanget av små stillinger, men omfanget fram til 2012 var for lite til å gi utslag



i nasjonal statistikk. Det store omfanget av deltidsansettelser i kommunesektoren forstås i lys av profesjonaliseringen av omsorgsoppgaver der kvinner i 1960- til 1970-årene gradvis ble mer yrkesaktive, mye fordi de har hatt anledning til å jobbe deltid. Parallelt med anledningen og normaliseringen av å jobbe deltid har dette også blitt oppfattet som en bekvem løsning for arbeidsgiver.

Når arbeidstiden avviker fra normalarbeidsdagen, åpnes det for arbeidstidsordninger der deltidsansettelser kan bli et resultat. Pleie- og omsorgssektorene skiller seg ut fra for eksempel industrien ved at arbeidskraftbehovet varierer betydelig i løpet av et døgn og en uke og at brukerbehovet ikke kan settes på vent.

Det er glidende overganger mellom uønsket og ønsket deltid. Moland og Bråthen problematiserer tilstandene a) undersysselsatt der ansatte ønsker større stilling og har søkt om dette, b) uønsket deltid der ansatte ønsker større stilling, men ikke har søkt om dette, c) «ønsket deltid» der ansatte oppgir at de har ønsket stilling, men ville ha økt den med bedre tilrettelegging fra arbeidsgiver, d) «uønsket deltid» der ansatte oppgir at de ønsker større stilling, men takker nei når tilbudet kommer, og e) ønsket deltid, der ansatte virkelig har den stillingsstørrelsen de ønsker. Bedre tilrettelegging, økt lønn etc. vil vanligvis ikke påvirke ansatte i denne gruppen til å jobbe mer. Moland og Bråthen skriver at det vil være ulike tiltak som skal til for å nå disse gruppene.

De ulike turnustiltakene som trekkes i fram rapporten er utdypet i nyere rapporter (Moland 2015 og 2021), så vi bruker ikke plass på det her.

Rapporten viser videre at en bærekraftig tjeneste må balansere kvalitet, arbeidsmiljø og effektivitet. Derfor ses arbeidstakerspørsmålene og deltidsproblematikken i lys av hva som gagner bruker-opplevd kvalitet. Den vanligste fordelingen av arbeidstid, altså det tradisjonelle turnusoppsettet, gir ikke optimal tjenestekvalitet, særlig ikke i helgene. Dette gir grunn til å stille spørsmål ved disse ordningers bærekraft.

**Om å ta det store heltidsvalget:** For å ta et gjennomført heltidsvalg, må arbeidsgivere sammen med fagforeningene og de ansatte etablere arbeidstidsordninger som gjør det mulig å trekke til seg den dedikerte og kompetente arbeidskraften. Samtidig må partene lokalt skape kultur og kompetanse hos de ansatte for å jobbe i større stillinger og med en annen organisering av arbeidstid og arbeidsoppgaver.

Ved å satse mer på heltidsarbeidskraft kan kommunene utvikle seg til «normale» arbeidsplasser hvor de minste stillingene blir overflødige. Samtidig risikerer arbeidsgiver å skyve fra seg en del av den relativt store gruppen arbeidstakere som virkelig ønsker å jobbe deltid (Abrahamsen & Høst 2005), og som til nå har utgjort kommunenes tallmessig viktigste ressurs. Dette er en motforestilling mange ledere har brakt til torgs. Men her må en også ta i betraktning at mange kommuner allerede har et rekrutteringsproblem innenfor dagens rekrutteringsregimer, og at kommuner som har satsset på nye arbeidstidsordninger og store stillinger med dette har fått et betydelig rekrutteringsfortrinn. Økte forventninger til tjenestekvalitet sammen med overføring av nye og kompetansekrevede oppgaver aktualiserer spørsmålet om en mer dristig personalpolitikk, der arbeidstids- og kompetansespørsmålene må stå sentralt.

Rapporten var sentral da KS sammen med Delta, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund formulerte den første "Heltidserklæringen" i 2013.

## 7.4.2 Fem referanser om bruk av langvakter

Tabell 7-3 Bruk av langvakter

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Moland L og K Bråthen (2012b): Langturnus og hele stillinger i Bergen kommune	Evaluere om langturnus har effekter på stillingsstørrelser, arbeidsmiljø og tjenestekvalitet	Følgeevaluering av forsøk i Bergen kommune. Kvalitative intervjuer, survey og personalstatistikk	Første omfattende dokumentasjon av at langvakter kan bidra til bedre tjenester, arbeidsmiljø og større stillinger
Engbråten, Anne Liv (2015): Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling	Evaluere langtids-effekter for brukere og ansatte ved brukt av langvakter ved Lillevollen bolig	Tett følgeevaluering. Kvalitative intervjuer og hyppig bruk av spørreskjema	Mer kontinuitet i tjenestene. Bedre livskvalitet for brukerne. Færre ansatte, større stillinger. Tilfredse ansatte.
Austad, I. (2015): Involveringens betydning for en vellykket langturnus	Spør om involveringens betydning for å få til en vellykket langturnus	Semistrukturert fokusgruppesamtale med ansatte som har bred turnuserfaring	Vellykket for både ansatte og brukere, takket være tett samarbeid mellom brukere, medarbeidere og arbeidsgiver. Godt partssamarbeid.
Ingstad, K. og Amble, N. (2015): En ny ro med langturnus	Beskrive erfaringer med langvakter ved 14 sykehjem	Kvalitative intervjuer med ledere, tillitsvalgte og ansatte	Langvakter åpner for en ny måte å organisere arbeidet på som gir mer kontinuitet og mer ro for både ansatte og brukere
Norsk Sykepleierforbund (2012): Arbeidstids-ordninger som ivaretar helse, velferd, likestilling og god praksis	Kartlegge alternative turnusers effekter på arbeidsmiljø, faglig forsvarlighet og stillingsstørrelser	NSF har intervjuet ledere, tillitsvalgte og sykepleiere ved 14 tjeneststeder. Også gjennomført spørreundersøkelse	Arbeidsmiljø og faglig forsvarlighet er godt ivarettatt. Kun langvaks-turnus som også gir større stillinger

**Moland og Bråthen (2012b)** evaluerer her utprøvingen av fem forskjellige langturnuser i tjenester for utviklingshemmede og psykisk syke i like mange bofellesskap i Bergen kommune.

Evalueringen hadde følgende problemstillinger:

1. Hvilke effekter har arbeidstidsordningen på brukernes funksjonsnivå og trivsel?
2. Medfører de alternative arbeidstidsordningene endringer i de ansattes opplevde helse og muligheter til å kombinere arbeid og privatliv?
3. Medfører alternative arbeidstidsordninger endringer i stillingsstørrelse, rekruttering av kompetent og stabil arbeidskraft, trivsel blant ansatte og bruk av deres ressurser?
4. Hvordan er de alternative arbeidstidsordningene implementert?

Evalueringen ble lagt opp som en følgeevaluering over 2,5 år der forskerne i tillegg til å samle inn data også deltok i workshops med ledere og ansatte der utviklingen av tiltak ble diskutert. Det ble gjennomført flere besøk ved hvert av tjenestestedene, intervjuer med ledere, tillitsvalgte, ansatte, pårørende og brukere, foruten to spørreundersøkelser som gikk til samtlige tjeneststeder i sektoren. Det ble også benyttet data fra kommunens personalstatistikk.

Evalueringen viser at kommunen oppnådde gode resultater med hensyn til ambisjonene om bedre kvalitet til bruker, en mer effektiv tjeneste, nesten 30 prosent færre ansatte som til gjengjeld var mer bedre kvalifisert og mer stabile. Sykefraværet ble betydelig redusert. To tjeneststeder hadde

en heltidsandel på ca. 90 prosent. Resultatene er en følge av både arbeidstidsordningene i seg selv, flere ansettelser av kvalifisert personale i store og hele stillinger, og av god prosjektledelse.

Da denne rapporten ble publisert, var de positive resultatene, spesielt de som viste at langvakter kunne gi et forbedret arbeidsmiljø, svært overraskende. Roligere brukere og mindre stress for de ansatte var ikke blitt beskrevet tidligere. Senere er disse resultatene blitt bekreftet av mange studier.

**Engbråten (2015)** leverer den tettteste og mest vedvarende studien av et turnusforsøk vi har lest. Hennes historie starter i 2003 og fullføres i 2015.

I 2003 etablerte Bodø kommune, i samråd med habiliteringsteamet for voksne ved Nordlandssykehuset i Bodø, et prosjekt for å styrke tjenestene til to beboere med psykisk utviklingshemming og alvorlige psykiske lidelser ved Lillevollen bofellesskap.

Prosjektet hadde som hovedmålsetting å etablere et godt liv for de to. Et av tiltakene skulle være at de fikk et tjenestetilbud med kvalifiserte ansatte som kjente dem godt og vice versa. Det måtte utvikles en bemanning der beboerne hadde færre ansatte rundt seg. For å få til dette, valgte kommunen i 2007 å prøve ut en langturnusordning som ble iverksatt i 2008. Engbråten fikk i oppgave å evaluere den nye arbeidstidsordningens langtidseffekter for både ansatte og brukere.

Datainnsamling ble gjort gjennom årlige, semistrukturerte intervjuer med leder og ansatte i fire år, til sammen 12 intervjuer. En kortfattet strukturert spørreundersøkelse ble gjennomført 13 ganger. I tillegg ble det blant annet holdt halvårlige evalueringsmøter med ledere fra begge virksomheter samt tillitsvalgte.

Tjenestestedet valgte en arbeidstidsordning med egne nattevakter. De fleste ansatte gikk 12–13 timers vakter, og jobbet kun hver fjerde helg. Andre fortsatte med vanlige dag- og kveldsvakter. Underveis var både leder og ansatte involverte i valg som ble tatt i forbindelse med faglig utvikling og arbeidstidsløsninger.

De ansatte oppgir høy grad av trivsel. Ingen har meldt om helseplager eller slitasje. Sykefraværet er halvert. Påvirkning på egen arbeidssituasjon og bedre mulighet for å ivareta egen helse og omsorgsoppgaver i nær familie er noe av det de ansatte av begge kjønn oppgir som viktig for dem. Denne muligheten følger av å jobbe komprimert og dermed få samlet fritid. Dette verdsettes høyt. Ansatte forteller også at de opplever mindre stress ved å ha tilnærmet samme døgnrytme som de som bor der, selv om de kan bli slitne.

Beboerne har også fått det bedre: de har bedre psykisk helse, medikamentbruken er redusert, de kommuniserer bedre og er mer aktive både på ferie og i den daglige donten. Det er også færre tvangsvedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) kap. 9.

**Austad (2015)** har skrevet en masteroppgave om ansattes egne erfaringer og opplevelser med langturnus, og involvering i turnusplanlegging på egen arbeidsplass.

Hun bygger sin hypotese på Moland og Bråthens funn fra 2012b og spør: *På hvilken måte har involvering av ansatte i turnusplanleggingen på en arbeidsplass betydning for en vellykket langturnus?* Fra dette stiller Austad to forskningsspørsmål: Hva er vellykket turnus, og hva er vellykket involvering?

Vellykket langturnus relateres til den ansattes livssituasjon, kvalitet i tjenestene, trekk ved arbeidsmiljøet, og organiseringen av tjenestene. Vellykket involvering relateres til sider ved utviklingsprosessen, medvirkning og samarbeid.

For å få svar på spørsmålene, har Austad gjennomført semistrukturert fokusgruppesamtale. Deltakerne hadde alle omfattende erfaringer med å jobbe i ulike typer langturnuser.

Studiens konklusjon er at langturnus har vært vellykket for både ansatte og brukere. Trivselen er god, og sykefraværet er redusert. Gode langturnuser kommer til ved tett samarbeid mellom brukere, medarbeidere og arbeidsgiver. Ikke minst forutsettes godt samarbeid og gode avtaler med organisasjonene. For de ansatte er det viktig å bli involvert i prosessen helt fra starten, og at de i tillegg til å delta blir hørt og tatt på alvor. God turnusplanlegging med involvering av medarbeidere medfører eierskap og engasjement.

Her får vi nok en viktig påpekning av at alternative turnuser som skal innføres på etablerte arbeidsplasser må ha forankring hos personalet. Turnusendringene medfører så store forandringer i den ansattes liv og i arbeidsorganiseringen at uten involvering vil ansatte naturlig vegre seg for å være med. Og her kan vi tilføye at siden endringen skal skje frivillig, vil dårlig forankring ofte ende med at arbeidsgiver trekker det korteste strået.

**Abbedissen og Mannsverk (2016)** finner i sin masteroppgave “Langturnus i helsevesenet – En studie for å avdekke hvordan langturnus fungerer i pleie- og omsorgssektoren i Bergen kommune” de samme effektene av langvakter på trivsel og kontinuitet som Engbråten (2015) og Austad (2015). Abbedissen og Mannsverk finner også at sykefraværet er redusert. Deres masteroppgave skiller seg fra andre langvaktstudier ved at de benytter økonomisk teori og knytter funnene opp mot samfunnsøkonomiske gevinster.

**Ingstad og Amble (2015)** har gjennomført kvalitative intervjuer med 14 sykehjemsansatte som har jobbet lange vakter (12–14 timer). Mye av foreliggende forskning på dette tidspunktet var utenlandsk og kritisk til langvaktens negative helseeffekter. Det var få dokumenterte erfaringer basert på norske forsøk. Det meste var kvalitative studier og masteroppgaver.

Ingstad og Amble tar utgangspunkt i at helse- og omsorgstjenestene må fornyes, og en side ved denne fornyelsen er at det må etableres en heltidskultur. I og med at langvakter kan gi god effekt på mål om flere heltidsstillinger ønsket forskerne i 2013 å undersøke hvordan lange vakter foregår. Hva skjer med de ansattes helse?

Som tittelen på artikkelen forteller (En ny ro med langturnus), fant de at mange opplever at det blir en ny ro på vaktene når man går langturnus. Vaktene blir bedre planlagt og gjennomført, det blir mer kontinuitet både i arbeidet og i personalgruppa fordi de ansatte var mer til stede. Brukerne opplevde også mer ro.

**NSF gjennomførte i 2012** en undersøkelse av forsøk med forskjellige turnuser ved 14 tjenesteder. Ledere og sykepleiere ble intervjuet om arbeidsbelastninger, faglig forsvarlighet, stillingsstørrelser og utforming av forsøksordninger. Ledere og ansatte var fornøyde med de ordningene de har prøvd ut, men få av dem har bidratt til å redusere deltidspromblemet. Ett av de 13 stedene som ble oppsøkt av NSF var et sykehjem med 13-timers vakter. Også her var ledere og ansatte tilfredse. Her har de også klart å skape mange hele stillinger.

### 7.4.3 Tre referanser om ressursenheter og vikarpooler

Tabell 7-4 Ressursenheter og vikarpooler

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Ingstad, Kari (2014). Innovasjon i turnus. Vikarpool – ikke optimalt, men bedre enn (...)	Evaluerer prosjektet "Fast, men vikar" for å redusere uønsket deltid ved å løfte de minste stillingene opp til 50 %	Kvalitative intervjuer og survey til ledere og ansatte ved tre sykehjem i Innherred samkommune.	Mange fikk større stilling, men det må gjøres mer for at ansatte skal trives med å jobbe på flere poster
Reigstad, A. (2017): Jakten på heltidsstillinger (...). Er interne bemanningsløsninger svaret?	Ressursenheters betydning for fleksibilitet og marginalisering i helse- og omsorgsvirksomheter.	Kvalitative intervjuer med "vikarpool"-ansatte i to kommuner	Ressursenheter er et ledelsesverktøy som øker den organisasjonsmessige fleksibiliteten. Øker/reduserer marginalisering avhengig av utforming og praksis
Moland L og K Bråthen (2021): Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene	Beskrive ulike turnusmodeller og evaluere bemanningsenheters betydning for stillingsstørrelser, faglighet og arbeidsmiljø	Kvalitative intervjuer med ledere, ansatte og tillits-valgte samt registerdata fra helseforetakene	Ansatte får større stillinger, men behovet for opplæring, faglig trygghet og tilhørighet i arbeidsmiljøet er vanskelig å ivareta

**Ingstad 2014** er en evaluering av daværende Innherred samkommunes vikarpool-prosjekt «Fast, men vikar» som startet i 2012 og der målet var å redusere omfanget av uønsket deltid ved å tilby ansatte i de minste stillingene en stillingsstørrelse på inntil 50 prosent<sup>19</sup>.

Vikarpoolen skal dekke vikarbehovet ved tre sykehjem med til sammen 4 avdelinger. De ansatte som er med, har fått sine stillinger økt opp til 50 prosent eller mer. Dette er finansiert ved at vikarmidler tilsvarende 7 årsverk har blitt omgjort til faste stillinger.

Alle ansatte i vikarpool har fast avtalt arbeidstid. Arbeidssted varierer mellom ulike poster innad på ett sykehjem. Mens ansatte som i ordinære stillinger stort sett yter tjenester til mellom 8 og 14 brukere, yter ansatte i vikarpoolen tjenester til mellom 34 og 42.

Rapportens hovedanliggende er å belyse disse tre problemstillingene:

1. Hvordan oppleves det for ansatte å ha hele eller deler av sin stilling i vikarpool?
2. Hvordan opplever ledere vikarpoolordningen?
3. Hvordan har vikarpoolordningen påvirket deltidsandelen ved de aktuelle sykehjemmene?

For å beskrive forsøket og belyse problemstillingene har Ingstad gjennomført en spørreundersøkelse til ansatte ved de tre sykehjemmene og kvalitative intervjuer til lederne og et utvalg av de ansatte.

Tittelen på prosjektet «Fast, men vikar» understreker at målgruppen ikke er løftet helt opp på nivå med kjernepersonalet. Dette fremkommer også av at (deler av) målgruppen kun løftes opp til halv stilling, noe Ingstad også kritiserer. Med dette perspektivet har man heller ikke lagt vekt på å etablere flere hele stillinger og påbegynne utviklingen av heltidskultur.

<sup>19</sup> Innherred samkommune besto på forsøkestidspunktet av kommunene Levanger og Verdal.

Enkelte ansatte sier selv at de føler seg utilpasse med å jobbe flere steder, de trenger tilhørighet på ett sted, og synes ikke de blir tilstrekkelig integrert på de ulike postene på sykehjemmet. Andre ansatte trives under de samme betingelsene. De liker å jobbe i ulike miljøer med ulike kulturer.

Her kan vi føye til at mulighetene for at flere skulle mestre å jobbe på tvers ville ha vært klart større hvis målgruppen hadde hatt større stillinger og vært mer til stede på postene. Det er heller ingen fordel for integreringen at de omtales som vikarer. Individuelle og kollektive kompetanseplaner ville også ha bidratt til at flere kunne trives bedre med å jobbe på tvers.

Et annet moment som gjør at ansatte i Innherred-tiltakene oppfatter det som mindre attraktivt å jobbe i vikarpoolstillinger enn i vanlige stillinger, har med helgefrekvens å gjøre. I vanlige stillinger jobber de ansatte hver tredje helg. I vikarpool jobber man oftere helg. Derfor søker deltidsansatte i vikarpoolen seg over til ordinære deltidsstillinger når disse blir ledige.

Ingstad konkluderer med at de tre tiltakene i Innherred samkommune ikke har tatt nødvendige grep for å skape heltidsstillinger. Men ut fra kommunenes mål om å redusere omfanget av ufrivillig deltid, har tiltaket vært ganske vellykket.

Denne studien er også beskrevet av Ingstad, Norum, og Moe 2016 i bokartikkelen "Vikarpool et tveegget sverd" i Ingstad 2016 (red).

**Reigstad (2017)** er en masteroppgave med den betegnende tittelen *Jakten på heltidsstillinger, rett kompetanse og økt fleksibilitet i kommunehelsetjenesten. Er interne bemanningsløsninger svaret?*

Reigstad skriver om utvikling og bruk av ressursentre i to kommuner, mer spesifikt om hvilke konsekvenser en intern bemanningsløsning får for fleksibilitet og marginalisering av ansatte i kommunale helse- og omsorgsvirksomheter.

Undersøkelsen er foretatt i to kommunale virksomheter og det er gjennomført intervjuer med 8 ledere og ansatte og en politiker. I den ene kommunen er ressursenheten lokalisert på et sykehjem med fem avdelinger (poster). Ressursenheten har 11 helsefagarbeidere og ufaglærte fordelt på ni årsverk. I eksemplet fra den andre kommunen består ressursenheten av fem heltidsansatte som alle er knyttet til ett sykehjem. I begge tilfeller er ordningene finansiert av midler som tidligere var satt av til tilkallingsvikarer. Dette er ganske vanlig. Kommunene har også satset på store stillinger for ansatte i ressursenheten i motsetning til det som ble gjort i Innherred samkommune (Ingstad 2014). Reigstad beskriver fem forutsetninger for å lykkes med ressursenhetene. Disse er:

1. Bruk av bemanningskonsulenter i fordeling av personalressursene.
2. Ansatte må kunne bytte arbeidssted i løpet av en og samme vakt.
3. Ansatte må være «sultne» på vakter for å være villige til å gå i en ordning som i utpreget grad fungerer ut fra arbeidsgivers ønske om såkalt numerisk fleksibilitet.
4. Tjenestestedene har tilstrekkelig sykepleierdekning, så ressursenhetene kan klare seg uten.
5. Sterk lederforankring i styringen og for å sikre interesse for å bruke ressursene i vikarpoolen.

Reigstad konkluderer med at bemanningsenheter er et ledelsesverktøy som øker den organisasjonsmessige fleksibiliteten. Dette er en arbeidsform som ikke passer for alle. For noen av de ansatte vil det å jobbe i en ressursenhet bidra til redusert marginalisering, de får jo en fast stilling med forutsigbar lønn, noe de kanskje ikke hadde som ekstravakter eller som ansatt i under halv stilling. Men sammenliknet med ansatte i fast heltidsstilling på ett arbeidssted kan de nok være mer eller mindre marginalisert. Reigstad er positiv eller kritisk til ordningen avhengig av hvordan den praktiseres.

**Moland og Bråthen 2021** er en rapport som beskriver seks turnusmodellens potensial for heltidskultur i helse- og omsorgssektoren. Deretter går den spesielt inn på bruk av bemannings-

enheter ved Sykehuset Østfold (Kalnes) i kombinasjon med en av de seks modellene som dominerer både på Kalnes og i kommunesektorens helse- og omsorgstjenester. Studien som er finansiert av Spekter har følgende hovedproblemstillinger:

1. Har tiltakene ved Kalnes ført til flere store/hele stillinger?
2. Har tiltakene styrket rekruttering/bibehold av kompetent personell?
3. Hvordan innvirker flerpost-stillinger på arbeidsmiljø og faglighet?

For å svare ut problemstillingene har Moland og Bråthen intervjuet 14 ledere, 13 ansatte og seks tillitsvalgte ved sykehuset på Kalnes. I tillegg brukes registerdata om stillingsstørrelser og heltidsandeler ved samtlige helseforetak og hvordan heltidsandelen varierer etter yrke. Innledningsvis viser studien at omfanget av deltid er betydelig høyere enn f.eks. Egeland og Drange (2014) formidler og de tallene helseforetakene selv pleier å presentere.

Sykehuset Østfold har siden 2012 iverksatt flere tiltak for å sikre kontinuitet i tjenesten og kvalitet i pasientbehandlingen. Som ledd i dette skal sykehuset som hovedregel skal ha hele stillinger. Dette gjøres i hovedsak ved at ansatte jobber f.eks. 75 prosent på en primæravdeling (morpost) og 25 prosent ved en eller flere sekundæravdelinger. Arbeidet på sekundæravdelingene skjer gjennom ansettelse i en ressursenhet kalt heltidspool. Ved inngangen til 2021 hadde ca. 125 sykepleiere og helsefagarbeidere tilknytning til ressursenheten(e).

Evalueringen viser at tiltakene har potensial til å øke heltidsandelen noe, men vil ikke kunne bidra til å etablere en heltidskultur. Dette skyldes at tiltakene gjennomføres innenfor rammene av en tradisjonell turnusmodell med 7–8 timers vakter dag og kveld og arbeid hver tredje helg. Økt helgearbeid for noen få og vakter på flere avdelinger fører heller ikke til en heltidskultur. Og selv om en del ansatte får hel stilling ved å jobbe på flere poster, driftes hver sengepost fortsatt med mange deltidsansatte.

Studien kan ikke bekrefte at ordningen er gunstig for å rekruttere/beholde ansatte. Informantene som ble intervjuet mente snarere at ordningen bidro til økt turnover. Forklaringen på dette kommer når man går nærmere inn i den tredje problemstillingen:

Med omfattende bruk av flerpoststillinger (kombistillinger) er det krevende å ivareta ansattes behov for kompetanseutvikling og opplevelse av mestring. Mange, særlig nyutdannede, formidler at 75 prosent stilling på morenheten er for lite. 25 prosent stilling fordelt på flere sekundærposter oppleves som ugreit. En leder forteller at hun ser ganske lite til de ansatte som har hennes avdeling som sekundærarbeidsplass. De kan ikke bidra til å bygge arbeidsmiljøet. De opplever lite samhørighet og tilhørighet og får ikke det nødvendige eierforholdet til arbeidsplassen. For mange personer i slike stillinger vil kunne ødelegge arbeidsmiljøet helt. En av de ansatte beskriver arbeidet på sekundærpostene som å komme inn i et lukket miljø der de faste holder på med sitt: *«De forventer at jeg skal yte 100 prosent, men det kan jeg ikke. Jeg kjenner ikke til oppgavene og rutinene. Og jeg kjenner heller ikke legene eller de andre sykepleierne. Da føler du deg ganske liten, som en outsider.»*

Ansatte med flere stillinger som til sammen utgjør 100 prosent blir mer som flere deltidsansatte enn som en heltidsansatt, det er også slik de uttaler seg under intervjuer. Med dette blir det også vanskelig å ta ut de gevinstene som kan forventes når de ansatte har hele stillinger; at de er trygge på rutiner, kjenner oppgaver, kolleger, jobber selvstendig, tar ansvar, planlegger dagen og sørger for å minimere avbrudd, venting, dobbeltarbeid, gjør det som skal gjøres uten stadig veiledning osv.

Studien beskriver også flere positive sider ved å bruke bemanningsenheter, blant annet gir det mer forutsigbarhet i tjenesteavviklingen. Det er også en del ansatte som trives med å jobbe flere steder,

men de er i mindretall. Her finner de det samme som Ingstad (2014) og Reigstad (2017): Kombijobbing passer ikke for alle.

For en bredere gjennomgang av ressursenheter og vikarpooler viser vi til Moland (2015).

## 7.5 Heltidskultur og tjenestekvalitet

Arbeidstidsordninger, deltidsarbeid og tjenestekvalitet har vært et løselig behandlet tema de siste 20 årene. Det har vært nevnt i en rekke forskningsrapporter, men fram til 2010 kun som et bitema. I arbeidstidssammenheng har tjenestekvalitet og brukerinteresser vært et særlig viktig tema i prosesser der langturnuser eventuelt skulle godkjennes. Det har aldri vært aktuelt for Arbeidstilsynet og fagforbundene å godkjenne slike turnuser hvis ikke søker har kunnet godtgjøre at en aktuell turnus har vært gunstig for tjenestekvaliteten. Etter 2010 har tjenestekvalitet i stadig sterkere grad blitt trukket fram som argument for utviklingen av heltidskultur.

De fleste referansene der spørsmålene om stillingsstørrelse, turnuser og tjenestekvalitet har en sentral plass, finner vi blant forskningsrapporter og masteroppgaver som har et helhetlig organisasjonsperspektiv på problemstillingene i kapittel 7.4 og 7.5.

Bråthen, K. og Moland, L.E. (2019) og Bråthen, K. (2016) er to referanser om arbeidstid og tjenestekvalitet som ikke nevnt i teksten over. Bråthen og Moland 2019 skriver blant annet om hvor liten en deltidsstilling kan være uten at det går ut over tjenestekvalitet og god drift.

### 7.5.1 Fire referanser om arbeidstid og arbeidsmiljø, helse og mestring

Tabell 7-5 Arbeidstid og arbeidsmiljø, helse og mestring

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Sigstad-Lie, J.-A. mfl. (2014): Arbeidstid og helse	Finne sammenhenger mellom arbeidstid og helse	Omfattende litteraturstudie av engelskspråklige studier. Få norske referanser	Mot slutten av lange vakter reduseres yteevnen. Dette gir økt risiko for feil og ulykker. Kan også føre til helseplager
Goffeng mfl. 2018: Fluctuations in heart rate variability of health care workers during (...) extended work shifts	Studere langvakters negative helseeffekter og fare for feilhandlinger hos bl.a. helsearbeidere	Mål av hjertefrekvens, egenrapportering i arbeids- og søvndagbøker, spørreskjema før oppstart	Langvaksansatte var ikke mer utsatt for stress, søvnløshet og hjerteforstyrrelser enn andre
Vedaa, Ø. mfl. (2018): Long working hours are inversely related to sick leave (...)	Undersøker om langvakter har effekter på sykefravær	Registerdata om sykefravær hver tredje måned i 4 år. Survey	Ansatte som går langvakter har lavere sykefravær enn kolleger som går vanlige vakter
Ingelsrud, M. H og Falkum E. (2019): Heltidskultur i kommunal helse og omsorg. Et spørsmål om fordeling av arbeid.	Hva tenker ledere, tillitsvalgte og ansatte om deltidsproblematikken?	Landsdekkende survey til Deltas medlemmer og kvalitative intervjuer ved to sykehjem	Det er en skjevfordeling av ubekvemme vakter som må tas av deltidsansatte for å gi ledelsen fleksibilitet og de heltidsansatte lav helgbelastning



**Sigstad Lie mfl. (2014)** er en litteraturstudie om arbeidstidsordninger og helse. Det er en oppdatering av en tilsvarende studie fra 2008. Forskerne har søkt blant 7000 engelskspråklige studier og baserer sin beskrivelse på 443 av disse. Lite av dette er fra norske arbeidsplasser.

Studien refererer ikke til norske studier av langvakter, men er likevel den mest sentrale referansen i Norge på spørsmål om arbeidstid og helse. Den refererer til flere studier som viser at lange arbeidsøkter gir økt ulykkesrisiko fordi yteevne reduseres ved arbeid utover normal (7–8 timer) arbeidstid. Risikoen for psykiske plager og sannsynligvis muskel- og skjelettplager og hjerte- og karsykdommer økes også.

Litteraturstudien finner videre at natt- og skiftarbeid gir i søvnforstyrrelser, økt ulykkesrisiko og nedsatt yteevne, økt risiko for hjerte- og karsykdommer og psykiske plager. Videre trekkes det fram at natt- og skiftarbeid kan gi økt risiko for mage- og tarmplager, muskel- og skjelettplager, enkelte kreftformer, spontanabort, for tidlig fødsel og nedsatt fruktbarhet.

Studien sier ikke så mye om moderat bruk av langvakter slik det stort sett blir praktisert i norske kommuner, og forfatterne er forsiktige med å trekke konklusjoner. Like fullt blir denne rapporten mye brukt som referanse av aktører som argumenterer mot å benytte langvakter.

**Goffeng mfl. (2018)** er en artikkel skrevet av flere Stami-kolleger. Den inngår også i Goffengs doktorgrad fra 2020. Artikkelen er basert på helsestudier av ansatte som jobber lange vakter på Veia sykehjem i Karmøy.

Arbeidshypotesen var at lange vakter ville føre til økt stress og søvnløshet og økt risiko for hjerte- og karsykdommer, slik det formidles i litteraturstudiene (Lie 2014). For å teste hypotesen ble hjerteratevariabilitet (HRV) målt på alle deltakerne under arbeid, fritid og søvn. Bakgrunnsinformasjon om deltakerne ble innhentet ved spørreskjema før oppstart, og gjennom arbeids- og søvndagbøker i løpet av arbeidsperioden. Datainnsamlingen ble gjennomført vår og høst 2014.

Resultatene fra undersøkelsen viste at hypotesen om at lange vakter fører til helsemessige plager ble ikke bekreftet. Det var ikke slik at ansatte som jobbet lange vakter var mer plaget med stress og søvnløshet enn kolleger som jobbet vanlige vakter. Goffeng opplyser imidlertid i et intervju i Sykepleien i 2018 at hun personlig ikke ville ønsket å gå lange vakter.

**Vedaa mfl. (2018)** er en norsk undersøkelse av sykefravær som har studert 1538 jevnaldrende sykepleiere og helsefagarbeidere. Formålet med studien har vært å undersøke effekter langvakter kan ha på sykefravær. Lange vakter regnes her som vakter på minimum 12 timer.

Studien har hentet sykefraværdata om de 1538 helsearbeiderne fra arbeidsgivers registre. Dette er gjort hver tredje måned over en periode på fire år. Det samme utvalget har også besvart et spørreskjema. I studien analyseres sykefraværet i tremånedersperioder. I tillegg til vaktlengde er spørsmål om tidligere sykefravær, antall skift, natt- og kveldsvakter, personlighet og demografiske egenskaper trukket inn i analysen.

Studien finner at ansatte som gikk lange vakter hadde færre sykefraværsdager i de påfølgende 3 månedene enn ansatte som gikk vakter med vanlig lengde. Denne sammenhengen ble svekket når antall langvakter var høyt sammenliknet med om det var lavt.

Forfatterne er forsiktige med å gi forklaringer på sine funn, men peker på at ekstra fridager kan spille inn. De mener at langvakter ikke passer alle tjenestesteder eller for alle yrkesgrupper og legger stor vekt på at langvakter må bygges på frivillighet (som Austad 2015), og at toskifts-løsninger er bedre enn treskiftsløsninger, blant annet fordi det gir mer kontinuitet og mindre uro.

Intervjuer med to av forfatterne, Øystein Vedå og Annette Harris, i tidsskriftet Sykepleien kan leses som et supplement til den engelskspråklige artikkelen.

**Ingelsrud og Falkum (2019)** har på forespørsel fra Delta foretatt en kartlegging som de innledningsvis skriver at skal «bidra inn i arbeidet som KS, Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund har forpliktet seg til i fornyelsen av Heltidserklæringen fra 2018.» Rapporten tar mål av seg til å beskrive hva ledere og ansatte mener om deltidsproblematikken og hvilke oppfatninger og erfaringer de har fra egen arbeidshverdag.

For å svare ut problemstillingen har Ingelsrud og Falkum gjennomført en spørreundersøkelse blant Deltas medlemmer i 2018. Samtidig ble det gjennomført kvalitative intervjuer med ledere, ansatte og tillitsvalgte ved to sykehjem på Østlandet. Kanskje litt overraskende er det et betydelig flertall av de deltidsansatte som kommer i kategorien ufrivillig deltid. Dette vil vi tro skyldes en skjevhet i utvalget, slik det også har vært i flere andre utvalgsundersøkelser der ansatte i frivillig deltid er mindre tilbøyelige til å svare på undersøkelser som er knyttet til mål om heltidskultur (Moland og Bråthen 2019a).

Blant grunner til deltidsjobbing trekker rapporten spesielt fram at ansatte som jobber frivillig deltid begrunner dette med høy arbeidsbelastning og hensyn til egen helse. Ansatte som jobber ufrivillig deltid begrunner deltidsarbeidet med at store stillinger er vanskelig tilgjengelig.

Forfatterne stiller spørsmål ved om grunnbemanningen i sektoren burde økes fordi mange ansatte opplever arbeidsbelastningen som stor. Mange ansatte i de minste stillingene fungerer som en fleksibel arbeidskraftreserve som også må ta en uforholdsmessig høy andel av ubekvemme vakter slik at heltidsansatte og ansatte i frivillig deltid kan jobbe mindre helg enn det en matematisk rettferdig fordeling skulle tilsi.

Også Ingelsrud og Falkum finner at erfaringer med langvakter er overveiende positive.

Ose mfl. (2011) er en usedvanlig omfattende og grundig forskningsrapport om ulike sider ved arbeidsmiljøet i eldreomsorgen. Heltid-deltidsproblematikken og helgejobbing blir også tatt opp. Den skiller imidlertid ikke mellom ulike turnustyper, så vi går ikke mer inn på den her.

## **7.6 Drift, økonomistyring og endringsprosesser**

### **7.6.1 Fire referanser om heltidskultur og økonomi**

Hva koster heltidskultur egentlig? Hvilket handlingsrom har avdelingslederne når de skal lyse ut stillinger og ansette medarbeidere? Har de tilstrekkelig grunnbemanning? Det er vanlig å bruke ca. 20 prosent av lønnsmidlene til innleie av vikarer for å dekke sykefravær og ferieavløsning. Er dette «frie midler» avdelingslederne kan bruke til å etablere større stillinger? På den ene side ber politikere og toppledere avdelingslederne om å bruke handlingsrommet, på den andre siden gir de beskjed om å holde seg til de tildelte stillingshjemlene og huske at kommunen må spare. Dermed blir realiteten for mange ledere at de gjerne skulle ha hatt flere heltidsansatte, de ser jo fordelene det gir, men økonomien tilsier at det er umulig. Her kommer vil inn på det trolig minst utforskede området som berører mulighetene for å utvikle en heltidskultur.

Tabell 7-6 Heltidskultur og økonomi

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Pukstad, T, og E. Tangstrøm (2014): Deltid – en kostbar affære	Vise hvordan økonomiske analyser kan benyttes til å øke stillingene i helse- og omsorgssektoren	Regnskapsanalyser, kvalitative intervjuer og en survey med utgangspunkt i et sykehjem	Det er store beløp å spare på å redusere antall deltidsstillinger. Den økonomisk ideelle stillingsbrøken er 100 %
Moland, L. E. og Schanche, P. (2019): Lang vei mot heltidskultur	Evaluerer økonomiske og turnustekniske virkemidler for å etablere større stillinger i Bodø kommune	Kvalitative intervjuer, regnskaps- og turnustekniske analyser	Turnustekniske tiltak gir gode resultater på stillingsstørrelser og arbeidsmiljø. Men kostnadene er store.
Agenda Kaupang (2014): Kostnader og gevinster ved redusert deltid	Gi brukere av verktøyet økt innsikt i effekter av turnusvalg	Verktøyet er utviklet i samarbeid med kommuner og FoU-miljøer som deltok i lærings- og innovasjonsnettverket "Sammen om en bedre kommune"	Et praktisk verktøy til bedre turnusplanlegging og effektberegninger av ulike valg. Gir også kunnskapsgrunnlag for (tre)partbasert dialog
Hollandvik, J.E. & T. Olsen (2011): Heltid – løsning eller problem?	Evaluerer Kristiansand kommunes forsøk på å skape flere heltidsstillinger ved hjelp av økt ressurstilgang	Kvalitative intervjuer med ledere, tillitsvalgte og ansatte med nye heltidsstillinger. Tallmateriale fra kommunen	130 nye heltidsstillinger, men uendret gj.sn. stillingsprosent. Friske midler spist opp av forutgående underfinansiering

**Pukstad og Tangstrøm (2014)** har skrevet en masteroppgave om fordeler ved å redusere andelen deltidsstillinger og erstatte disse med heltidsstillinger. I hovedproblemstillingen spør de om hvordan økonomisk analyse kan bidra til beslutninger om å øke gjennomsnittlige stillingsstørrelser i pleie- og omsorgssektoren. De har videre stilt følgende tre forskningsspørsmål:

1. Hvor stor er en økonomisk optimalisert stillingsstørrelse, og hva kan vi tjene på å nå denne stillingsstørrelsen?
2. Hvilke krefter vil trekke i motsatt retning av den økonomisk optimale stillingsbrøken?
3. Vil muligheten for økonomisk gevinst være stor nok til at det fører til beslutninger om å øke gjennomsnittlige stillingsstørrelser i pleie og omsorgssektoren, til tross for motkreftene vi finner?

Forfatterne har benyttet økonomisk analyse som verktøy for å kunne kalkulere en potensiell innsparingsmulighet. Utgangspunktet for denne kalkulasjonen har vært regnskapet fra en sykehjemsavdeling helt ned til enkeltfakturaer og de enkeltes timelister. De har også hentet data fra kommunens lønnsystem med detaljer knyttet til lønn, rekrutterings- og pensjonskostnader, stillingsprosent på de ulike datoene, ansiennitet, formell kompetanse og sykefravær. Disse og andre forhold er samlet i åtte variabler (dimensjoner). I tillegg har de gjennomført fem kvalitative informantintervjuer og en survey. Med dette gjør Pukstad og Tangstrøm den første økonomiske analysen i sitt slag.

Etter å ha analysert økte og reduserte utgifter langs de åtte dimensjonene, kommer Pukstad og Tangstrøm fram til at sykehjemmet kan spare ca. 30 000 kr for hver ansatt som slutter når deres oppgaver og stillingsprosent blir overtatt av andre ansatte på avdelingen. I deres tilfelle har en sykehjemsavdeling 27 ansatte fordelt på 17 årsverk. Ved å fordele årsverkene på 23 ansatte er

150 000 kr spart. Med 19 ansatte kan kommunen spare 290 000 kr<sup>20</sup>. Dette er mer detaljert gjengitt i tabell 20 på side 81 i oppgaven. I masteroppgavens figur 7 vises det hvordan verdiene på de åtte variablene varierer når antall ansatte reduseres og gjennomsnittlig stillingsstørrelse økes.

Deler av innsparingen skjer utenfor det aktuelle tjenestestedet, for eksempel som redusert saksbehandling på lønningskontoret. Forventede gevinster i form av reduserte opplærings- og veiledningskostnader, mindre arbeidspress, bedre tjenestekvalitet osv. kommer som en bonus i tillegg til det som inngår i deres beregningsgrunnlag.

Spørsmålet om hva som er den ideelle stillingsstørrelsen har mange svar. Moland og Bråthen (2019) mener at den må være på minimum 80 prosent for å ta ut de meste kjente gevinstene som kan forventes i en heltidskultur. Pukstad og Tangstrøm går betydelig lenger og konkluderer med at den ideelle stillingsbrøken ut fra økonomiske beregninger vil være 100 prosent.

**Moland og Schanche (2019)** evaluerer et av flere prosjekter Bodø kommune har iverksatt for å utvikle heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene. I dette resymet trekker vi særlig fram kommunens erfaringer med kostnadsbruken og sider ved økonomistyringen.

Kommunens mål var at forsøksenhetene skulle øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 30 prosent. Prosjektets tiltak er prøvd ut ved et helse- og velferdssenter (stort sykehjem), et distrikt i hjemmesykepleien og en bolig for psykisk utviklingshemmede. Alle har prøvd ut varianter med langvakter og ulike helgeløsninger. Bemanningen er økt med 10 prosent, samtidig som det har vært utbetalt ganske store tillegg for å jobbe mer helg. I evalueringen spørres det blant annet om tiltakenes effekter på målet om flere heltidsstillinger og ulike effekter på drift og arbeidsmiljø.

Evalueringen bygger på data fra intervjuer med 35 ledere, ansatte og tillitsvalgte ved de tre tjenestestedene og detaljerte studier av hvordan ni ulike turnuser genererer ulike stillingsstørrelser, heltidsandeler, vakanser, helgehypighet, friperioder, vaktlengder, pauseinnslag, organisering av nattevakter og rekrutteringsstillinger, ressursbruk mv. Tall om stillingsstørrelser er hentet både fra PAI-registeret og fra kommunens egne registre. Studien benytter også regnskapstall fra kommunen.

Samtlige turnustiltak har hatt positiv effekt på målet om flere heltidsstillinger. Turnuser som inneholder flere helgetimer i året, har gjort det teknisk mulig å tilby hele stillinger til alle som har ønsket dette. Turnusen med langvakter helg og noen langvakter i ukedagene har de største stillingene. Tiltakene har ført til at helgevaktene gjennomføres med kvalifiserte medarbeidere som kjenner hverandre og brukerne. Langturnusen åpner for bedre planlagte og roligere vakter. Resultatet er at både tjenestekvalitet og arbeidsmiljø er blitt bedre, spesielt i helgene.

Et mål om at prosjektet skulle føre til en halvering av vikarbruken er ikke nådd, og da kommer vi inn på det økonomiske aspektet ved denne heltidssatsingen. Her trekker vi fram noen av områdene fra evalueringen som viser at Bodø kommune fortsatt har et forbedringspotensial.

Omgjøring av frie midler, slik at faste lønnsmidler kunne økes med til 10 prosent slik at man «topper» den faste bemanningen, forutsetter at man reduserer vikarbruken. Dette har vist seg å være vanskelig i mange kommuner. Flere forhold kan forklare at dette var vanskelig også i Bodø. For det første opplevde flere avdelinger at de var underbemannet i utgangspunktet og at de tilførte ressursene kun bidro til å løfte bemanningen opp på et normalt nivå. For det andre burde avdelingene samarbeidet bedre om bruken av disse ressursene. For det tredje har økonomistyringen vært svak ved at nivået på bemanningen ikke har vært tilpasset de økonomiske rammene enheten har hatt.

---

<sup>20</sup> Her er det naturlig for en leser å trekke den slutningen at om dette gjøres i en større målestokk blir det fort millionbeløp i reduserte utgifter.

Helgetillegget har vært et annet kostnadsdrivende element. Ansatte fikk 400 kr ekstra for hver avtalt helgetime utover nivået som tilsvarer arbeid hver tredje helg. Dette var både høyere enn planlagt og kostbart. Som motivasjonsfaktor ville det trolig holdt med et lavere beløp.

**Agenda Kaupang (2014)** er resultat av et oppdrag fra utviklingsprogrammet «Sammen om en bedre kommune» der Agenda Kaupang utviklet et verktøy for å beregne kostnader og gevinster ved redusert bruk av deltid. Formålet med verktøyet er å gi ledere på operativt nivå mer innsikt i effekten av turnusvalg og prioriteringer, og økonomer mer forståelse om valgene som ligger til grunn for å utarbeide en turnus.

Verktøyet består av et regneark hvor brukeren kan legge inn tjenestestedets turnusforutsetninger. Dette vil være bemanningsbehovet på ulike tidspunkt på døgnet og eventuelle variasjoner mellom hverdag og helg. Det enkleste er å starte med gjeldende turnusoppsett. Deretter kan man legge inn endringer. Hva skjer ved å legge inn noen langvakter, en overbooking, en ekstra helg på noen av de som jobber i store stillinger, halvere antallet av de minste helgestillingene osv. Hva skjer med kostnadene, ulike aml-krav, vikarressurser, overtidsbruk, lønn til den enkelte og lønnsutgifter totalt?

Regnearket gir altså et godt grunnlag for å vurdere hvilke tiltak som vil redusere deltidsomfanget. Ved å variere hva som legges inn i modellen, får en ut ulike økonomiske og personmessige konsekvenser. Slike beregninger kan med fordel trekkes inn i refleksjoner og analyser som involverer ansatte og tillitsvalgte. Resultatene fra bruk av modellen kan også benyttes som grunnlag for dialog med kommunens politiske organer og ledere på strategisk nivå.

Det krever litt tid å sette seg inn i hvordan verktøyet virker. Bruker må derfor være villig til å sette av litt tid i starten. Ikke alle synes de har tid til dette. De som derimot har brukt verktøyet, melder om stort utbytte.

**Hallandvik og Olsen (2011)** har evaluert Kristiansand kommunes forsøk på å skape flere heltidsstillinger ved hjelp av økt ressurstilgang. Da bystyret i Kristiansand kommune bevilget 15 millioner kr på årsbasis for perioden 2007–2010 til flere hele stillinger, var dette et av de første forsøkene i sin art i Norge. I tillegg skulle kommunen omdisponere variable midler fra budsjettene til overtid, vikarer og ekstravakter, til faste stillinger og lønnskostnader.

I evalueringen har Hallandvik og Olsen gjennomført kvalitative intervjuer med ledere, tillitsvalgte verneombud og ansatte som fikk hel stilling gjennom tiltaket. Det er også benyttet tallmateriale fra Kristiansand kommune.

Kommunens tiltak førte til at rundt 130 personer som ønsket det, fikk hel stilling. Blant mellomlederne, de lokale tillitsvalgte og andre ansatte på grunnplanet ble prosjektet kritisert fordi ansatte ikke ble tilbudt en valgfri stillingsprosent.

Tiltaket førte ikke til økning av gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Med andre ord økte antall små stillinger som følge av de nye heltidsstillingene. Det førte heller ikke kommunen nærmere et mål om økt rekruttering av menn. Dermed nådde man heller ikke likestillingsmålet som var satt for prosjektet.

Det var forespeilet at prosjektet skulle føre til forbedret tjenestekvalitet. Dette skjedde ikke. Det var en gjennomgående oppfatning både blant ledere og ansatte at den viktigste grunnen til at målene ikke ble nådd, var at den reelle økningen i grunnbemanningen forsvant fra 2009 og utover. Én viktig forklaring var at mange av enhetene på forhånd hadde dratt med seg et budsjettmessig underskudd. Hallandvik og Olsen reiser dermed spørsmål ved om hva som er blitt evaluert når det viktigste virkemidlet bak Heltidsprosjektet falt bort halvannet år inn i prosjektet.

Selv om måloppnåelsen var lav, konkluderer Hallandvik og Olsen med at erfaringene og økt bevissthet rundt heltid-deltidsproblematikken gjør at prosjektet må sies å være vellykket.

**Straum (2020) og Haabesland, Ruenes og Aasheim (2017)** er to masteroppgaver som går nærmere inn på organisasjonskulturen i kommunene. De er spesielt opptatt av deltidskulturens motstand mot fornyelse. Straums oppgave *“Alle er for heltidskultur, men har de forstått hva det faktisk krever?”* beskriver linjeledernes begrensede handlingsrom og kommunenes lunkne interesse for heltidskultur, blant annet fordi deltidskulturen oppfattes som den billigste måten å drive på.

Haabesland, Ruenes og Aasheims oppgave *“Er dagens organisasjonskultur i helse- og omsorgssektoren den ideelle for å håndtere kommende endringer i sektoren?”* analyserer organisasjonskulturen ved flere tjenestesteder i Kristiansand kommune og finner blant annet at deltidskultur lett vil byråkratisere arbeidsforholdene, blant annet for å sikre kvalitet i arbeidet når det går lang tid mellom hver ansatt er på jobb. Rene helgestilling og små stillinger kan lett fremme en kontrollkultur.

## 7.7 Et samfunnsperspektiv

### 7.7.1 To referanser om tjeneste- og arbeidskraftsbehovet framover

Her beskrives noen av de nasjonale forutsetningene for tjenesteutviklingen. De to neste referansene går inn på befolkningsutviklingen og en forventet vekst i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Denne utviklingen får i sin tur betydning for økt bemanning og nye utdanningsbehov.

Tabell 7-7 Tjeneste- og arbeidskraftsbehovet fremover

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Hjemås, Zhiyang, Kornstad og Stølen (2019): Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035	Gi myndighetene et kunnskapsgrunnlag om det framtidige bemanningsbehovet i helse- og omsorgssektoren	Studien henter tall fra en rekke nasjonale registerdatabaser.	Dagens rekruttering til HO-sektoren er ikke tilstrekkelig. Uten endringer får vi om få år en kritisk underdekning av fagpersonell
Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020): Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060	Gi myndighetene et kunnskapsgrunnlag om det framtidige behovet for heldøgns omsorgstjenester og konsekvensene av å ikke endre kurs	Studien henter tall fra en rekke nasjonale registerdatabaser.	Etterspørselen etter disse tjenestene vil dobles på få år, kanskje firedobles innen 2060. Dette kan ikke løses ved økt rekruttering alene.

**Hjemås, Zhiyang, Kornstad og Stølen (2019)** har skrevet en rapport der formålet er å gi myndighetene et kunnskapsgrunnlag om det framtidige bemanningsbehovet i helse- og omsorgssektoren. Dette gjøres ved å framskrive befolkningsutviklingen (etterspørselssiden) og utdanningskapasiteten (tilbudssiden). SSB benytter data fra NAV, Skatteetaten, og egne SSB-registre som blant annet Enhetsregisteret og Virksomhets- og foretaksregisteret.

Hjemås mfl. legger til grunn at økende etterspørsel etter helsepersonell i stor grad er et resultat av den pågående aldringen av befolkningen. Dette skyldes at de store årskullene født etter krigen kommer opp i en alder hvor en god del av dem kan bli syke og pleietrengende. Betydningen av den demografiske utviklingen har vært kjent lenge. Derimot er det langt større usikkerhet rundt andre faktorene av betydning for ressursbruken i helse- omsorgstjenestene. De skriver i denne sammenheng lite om deltidsreserven.

Hjemås mfl. påpeker også at etterspørselen etter yrkesgrupper med høy utdanning har økt. De skriver blant annet at bruken av leger, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, bioingeniører, radiografer, tannpleiere og psykologer «har blitt vridt i favør av disse på bekostning av andre grupper, og da i de fleste tilfeller helsefagarbeidere og andre grupper med lavere utdanning». Dette er en utvikling som forventes å fortsette.

For sykepleiere var det allerede i 2017 registrert en underdekning på 5500. Med disse forutsetningene gir en framskrivning en forventet etterspørsel etter sykepleiere i 2035 på ca. 125 000. Dette gir ifølge Hjemås mfl. en underdekning på rundt 28 000.

De konkluderer med at til tross for at den kommende aldringen av befolkningen har vært kjent i lang tid, blir det utdannet for få sykepleiere. Dette vil forverre seg i årene framover. Samtidig utvikler det seg en økende mangel på blant annet helsefagarbeidere, vernepleiere, ergoterapeuter og jordmødre. Dessverre ser det ut til at en økning i antall utdannede ikke være tilstrekkelig til å møte den forventede økningen i etterspørselen av denne kompetansen. Utfordringen blir ikke mindre når det må utdannes to sykepleiere for å få én (Abrahamsen 2020).

Da rapporten kom, var det store og kritiske medieoppslag om den store underdekningen av helsepersonell. Underdekningen på 28 000 sykepleiere ble trukket fram særlig. Helseministeren svarte som tidligere helse- og statsministere, at dette var noe det måtte tas tak i.

**Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2020)** har laget en framskrivning av etterspørselen etter heldøgnsbemannede omsorgsplasser fram til 2060. Dette omfatter institusjonsbasert omsorg og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. De innleder med å slå fast at slike framskrivninger er viktige for planlegging og dimensjonering av et omsorgstilbud som i hovedsak er et offentlig ansvar. Dette er på samme måte som Hjemås mfl. 2019 en utfordrende rapport. Holmøy mfl. skriver selv at «et hovedpoeng med framskrivningene er å vise hvordan det går dersom politikken ikke endres».

Holmøy mfl. benytter data fra en rekke registerdatabaser, blant annet IPLOS og KOSTRA og modeller anvendt i tidligere studier av de samme forfatterne. Det benyttes også befolkningsstatistikk slik som i Hjemås mfl. (2019). Det er litt overraskende at Holmøy mfl. ikke har noen referanser til denne studien.

Holmøy mfl. redegjør for åtte faktorer som påvirker veksten i etterspørsel etter omsorgstjenester. Disse er: 1) en aldrende befolkning, 2) politisk interesse, 3) avtakende (utsatt) dødelighet, 4) inntektsutvikling og krav til tjenestestandard, 5) produktivitetsvekst, 6) ansvarsfordeling mellom stat/kommune og familie, 7) utbygging av hjemmebaserte tjenester og 8) utvikling av velferdsteknologi.

Ved utgangen av 2017 var det med SSBs definisjoner ca. 65 000 beboere i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning pluss brukere av kort- og langtidsopphold på omsorgsinstitusjoner. Basert på befolkningsutviklingen, eventuelle endringer i helsetilstand og eventuelle endringer i (ulønnet) familieomsorg har Holmøy mfl. lagt fram fire scenarier for den videre behovsutviklingen fram til 2060. De neste fem-seks årene er veksten ganske moderat. Deretter går utviklingen fortere. Dersom både helsenivå og omfanget av familieomsorg fortsetter som i dag, vil behovet for disse plassene ha doblet seg om bare 12 år. I 2060 vil det være behov for ca. 230 000 plasser, altså mer enn en firedobling. Dersom befolkningens helse forbedres og familieomsorgen økes, vil det kunne halvere det framtidige behovet for heldøgns omsorgsplasser. De fire scenariene er fint anskueliggjort i figur 6.1 på side 34 i rapporten.

Framskrivning viser at etterspørselen etter heldøgns omsorgstjenester kan bli veldig stor<sup>21</sup>. Forfatterne påpeker også at det kan bli vanskelig både å rekruttere nok personell og å finansiere dette. Dermed ligger det vel an til et forventet gap mellom etterspørsel og tilbud.

## 7.7.2 Tre referanser med likestillings- og kjønnsperspektiv på deltidsproblematikken

Innenfor kjønns- og likestillingsstillingsforskningen har vi valgt å trekke fram to perspektiv på arbeidstid og kjønn. Tar man utgangspunkt i arbeidsplassen går det en grenseoppgang mellom frivillig og ufrivillig deltid. Forskning om ufrivillig deltid vil påpeke at kvinner i større grad enn menn opplever at arbeidsgiver tilbyr en uønsket lav deltidsstilling. Dermed kobles kjønnsperspektivet til arbeidstakerrollen og mangelfulle arbeidstakerrettigheter.

Det andre perspektivet har i større grad tatt utgangspunkt i at kjønnsrollene har rot i arbeidslivs-eksterne forhold, slik som arbeidsdeling i familien og kulturelt betingede oppfatninger. Ulikheter i arbeidslivet er da en avspeiling av ulikheter i samfunnet. Dette kan igjen forklare ufrivillig deltid, men det kan også forklare det store omfanget av frivillig deltid, at mange kvinner ikke ønsker å jobbe heltid.

Tabell 7-8 Likestillings- og kjønnsperspektiv på deltidsproblematikken

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst	Resultat
Nicolaisen, H. og K. Bråthen (2012): Frivillig deltid – en privatsak?	80 prosent av de deltidsansatte oppgir at de har den stillingsstørrelsen de ønsker. Hvorfor velger de slik?	Intervjuet 44 personer som jobber frivillig deltid i kommunale helse- og omsorgstjenester, hvorav 20 medlemmer av Fagforbundet og 12 fra FO	Deltid avler deltid likesom heltid avler heltid. Kvinner velger deltid fordi de kan. Deltid står i veien for likestilling både i familien og i arbeidslivet.
Egeland, Cathrine; Drange, Ida (2014): Frivillig deltid – kun et spørsmål om tid?	Hvorfor velger (fortsett) så mange kvinner å jobbe deltid?	3 spørreundersøkelser og kvalitative intervjuer i tre helseforetak.	Deltidsvalg handler om familieøkonomi, helsevurderinger, mestringsstrategier og et kulturelt mandat som legitimerer å jobbe mindre.
Lilleskog, Siv Anita (2018): Fra deltid til heltid	Finne ut hvordan Karmøy kommune kan etablere flere heltidsstillinger	Intervjuet ledere, politikere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene i Karmøy kommune. Også gjennomført en survey.	Stor motstand mot å jobbe heltid. Dette er legitimert kulturelt og av norsk familiepolitikk. Flere forslag til endringer også lokalt

**Nicolaisen og Bråthen (2012)** utforsker i sin studie den frivillige deltiden og forsøker å forstå dens årsaker og konsekvenser, og å finne potensialet for endring. Skillet mellom frivillig og ufrivillig deltid står sentralt. Forfatterne skriver at 80 prosent av de deltidsansatte oppgir at de har den stillingsstørrelse de ønsker og spør hvorfor de velger slik.

Datagrunnlaget består av 44 kvalitative intervjuer med 44 personer som jobber frivillig deltid i kommunale helse- og omsorgstjenester hvorav 20 medlemmer av Fagforbundet og 12 fra FO.

<sup>21</sup> På tross av helseforbedringer, mer konsentrert bosetting og velferdsteknologi som tilsier at pleieoppgavene blir lettere å håndtere (side 35).



Mange av de spurte begrunner deltidsvalget med ønske om å bruke mer tid på barn, familie, hjem og fritid samtidig som omfattende bruk av ekstravakter gjør det enkelt å tjene litt ekstra. Nicolaisen og Bråthen finner i motsetning til Hallandvik og Olsen at bemanningen i deres utvalg er tilfredsstillende. Få ansatte begrunner deltid med at arbeidsmengden er for stor.

Sosialisering inn i en deltidskultur trekkes også fram: «Deltid avler deltid». Men de påpeker også på motsatsen, at også «heltid avler heltid»: arbeidsplasser med en heltidskultur gjør at det føles vanskelig å jobbe deltid. Nicolaisen og Bråthen finner at deltidsansatte, særlig de i små stillinger, har mindre tilhørighet til arbeidsplassen. De er mindre på jobb og de deltar mindre i møter, er mindre engasjert i arbeidet enn heltidsansatte. Dette finner også Abrahamsen og Fekjær 2017 i en annen studie.

Deltid har konsekvenser for likestilling mellom kjønnene og for den enkeltes økonomiske selvstendighet, noe som ikke bare er et privat, men også et politisk tema. Frivillig deltid har dessuten konsekvenser for samfunnets tilgang på arbeidskraft, noe som definitivt er et politisk tema.

Rapporten avsluttes med å slå fast at det store omfanget av deltidsarbeid har økonomiske konsekvenser for samfunnet som helhet, for tilgang på arbeidskraft, produktivitet og for likestilling mellom kjønnene. Dette gjelder ikke minst innen helsesektoren.

Om likestillingen mellom kjønnene viser rapporten at deltid bidrar til at mange kvinner forblir økonomisk avhengige av menn. Vektlegging av en tilstrekkelig familieinntekt fremfor personlig inntekt vil straffe seg økonomisk dersom man blir skilt eller når man når pensjonsalderen. Deltid ser også ut til å være en ulempe når det gjelder karriereutvikling. Samlet kan deltid derfor sies å utgjøre et hinder for å realisere en politisk målsetting om dobbel likestilling, det vil si likestilling både i arbeidslivet og på hjemmebane.

**Egeland og Drange (2014)** tar utgangspunkt i politikere, partene i arbeidslivet og forskeres bekymring over de negative konsekvenser av at så mange kvinner jobber deltid. Formålet med studien er å forstå hvorfor kvinner tar dette valget.

For å belyse problemstillingen har Egeland og Drange benyttet kvantitative data fra to store utvalgsundersøkelser (LOGG) samlet inn i 2008 i regi av SSB og en survey til ledere i helseforetakene gjennomført av Spekter i 2013. Kvalitative data ble samlet ved blant annet å gjennomføre ni fokusgruppeintervjuer. Totalt ble 36 informanter fra tre sykehus intervjuet.

Selv om data er hentet fra helseforetakene, er diskusjonene, referansebruken og utfordringsbildet i studien minst like relevant for kommunenes helse- og omsorgssektor.

Studiens overordnede funn er at deltid i liten grad er et spørsmål om tid. Egeland og Drange skriver at kvinners deltidsvalg mer handler om familieøkonomi, opplevelse av egen helse, mestringsstrategier og et kulturelt mandat som legitimerer å jobbe mindre.

De finner (som andre også har gjort) at kvinners tilbøyelighet til å jobbe redusert øker med partners inntekt. Tilsvarende gjelder ikke blant menn. Kvinner som har hovedansvaret for husholdningsoppgavene, har større sannsynlighet for å jobbe deltid. Samtidig er menn mindre fornøyd med oppgavefordelingen i hjemmet dersom partneren jobber deltid.

Selv om deltidsarbeidende kvinner vet at de tar en økonomisk risiko ved å bli økonomisk avhengig av partner, velger de likevel å fortsette i deltidsstilling. Dette begrunner de med hensyn til helsen og barna. Egeland og Drange kaller dette en form for idealisme som har en kulturell og moralsk legitimitet som veier tyngre enn argumentene for likestilling og utfordringer med å tilveiebringe nok arbeidskraft. Her legger vi til at denne «idealismen» også viser seg når deltidsansatte

argumenterer mot å jobbe mer selv om de medgir at større stillinger gir bedre arbeidsmiljø og bedre tjenester til brukerne (Bråthen og Moland 2019).

Studien viser at kvinner som jobber deltid er mindre karriereorienterte enn de som jobber heltid. Abrahamsen og Fekjær 2017 og Hakim 2011 viser det samme. De finner også at deltidsansatte er mindre dedikerte til arbeidet enn heltidsansatte. Egeland og Drange mener likevel at deltidsansatte kvinner på samme måte som heltidsansatte flest er opptatte av å gjøre en god jobb. Sagt med litt andre ord er dette en studie som beskriver de deltidsarbeidende kvinnenes kulturelle mandat tuftet på tradisjonelle kjønnsroller og familieverdier; verdier som trumfer bedriftsrasjonelle argumenter for å utvikle heltidskultur.

**Lilleskog (2018)** har skrevet en masteroppgave om hvordan Karmøy kommune kan etablere flere heltidsstillinger. For å studere dette har Lilleskog gjennomført kvalitative intervjuer med ledere, politikere og tillitsvalgte. I tillegg har hun gjennomført en survey som også var rettet mot ledere, ansatte og tillitsvalgte.

Lilleskogs beskrivelser av forsøk med langturnuser i Karmøy kommune er overveiende positive. Hun er mer kritisk i sin beskrivelse og drøfting av den frivillige deltiden og motstanden mot å jobbe heltid. Denne bygger dels på ansattes ønsker om fritid i helgene og dels på at arbeidssituasjonen oppleves som svært belastende. Her vises det til lav bemanning og for få kvalifiserte medarbeidere. Selv om de fleste ansatte ser sammenhenger mellom heltid og tjenestekvalitet, påvirker det ikke deres deltidsvalg. Økt kompensasjon for helgearbeid kan være et virkemiddel for å overtale noen til å jobbe mer.

Lilleskog følger opp Egeland og Dranges (2014) påpekning av kvinners kulturelle mandat til å velge deltid. Dette mandatet vil vanskelig kunne svekkes uten at den norske familiepolitikken legges om. Et annet funn er at få ansatte er klar over at kommunen har en heltidsatsing på gang. Dette er nok betegnende for mange andre kommuner også (Moland 2007, 2015). Her kan vi legge til at Karmøy kommune allerede i 1996 hadde et kommunestyrevedtak om å prøve ut tiltak, og at helse- og omsorgstjenestene fra ca. 2000 har hevet stillingsstørrelsene med ca. ett prosentpoeng hvert år.

Moland og Lien (2014) sammenlikner hvordan heltidsandeler og stillingsstørrelser varierer mellom landsdeler og kommunestørrelser. Nord-Troms og Finnmark skiller seg ut fra resten av landet ved at de ansatte ønsker større stillinger samtidig som arbeidsgiver tilbyr større stillinger. Den samme forskjellen mellom landsdelene finner man når man sammenlikner stillingsstørrelser i sykehusene (Moland og Bråthen 2021). Moland og Lien viser til både materielle, demografiske og kulturelle forklaringer på disse forskjellene. Grepperud og Lie (2016) gir en interessant analyse av rekruttering, omdømme og kultur i Nord-Norge i en rapport om kompetansearbeid i Sør-Varanger, mens Ellingsen og Lilleås tar for seg kulturen på Sørlandet der kjønnsrolleskillene er betydelig større.

## 7.8 Oppsummering og svar på problemstillingene

### Problemstillinger

Oppdragsgiver har bedt om at følgende delproblemstillinger blir belyst:

1. Hvilke forsøk har vært gjort med organisering som legger vekt på både heltid, utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og brukeropplevelsen?
2. Hvilke arbeidstidsordninger har vært prøvd ut, og med hvilke effekter for henholdsvis brukere, ansatte og virksomheter?

3. Hvilke faktorer hemmer og fremmer heltid? (f.eks. nåværende oppgavedeling og arbeidstidsordning, organisasjonskultur, lover/regler for arbeidstid, partssamarbeid/samarbeid med tillitsvalgte, tilgjengelige ressurser/kompetanse, endringskompetanse)
4. Hvordan kan oppgavedeling/organisering av arbeidet bidra til økt heltidsandel?

Litteraturgjennomgangen viser at heltid-deltidsproblematikken spenner vidt, fra likestilling og befolkningsframskrivninger til tjenesteorganisering via praktiske arbeidstidsordninger og deres effekter på arbeidsmiljø, drift og ikke minst tjenestekvalitet.

### **Tiltak som har vært prøvd ut (problemstilling 2)**

Det finnes noen ulike turnusmodeller og så finnes det er rekke måter praktisere dem på. I tillegg finnes det flere tiltak som kan understøtte bruken av den turnusen som velges.

#### ***Lineære og sykliske/rullerende turnuser***

Turnusen kan for det første være lineær eller sykliske. En lineær settes gjerne opp for et år om gangen. Brukt på en omforent måte vil såkalt årsturnus kunne gi økt fleksibilitet og forutsigbarhet for både arbeidstaker og arbeidsgiver. Årsplaner i kombinasjon med manglende partssamarbeid og utvidede muligheter for gjennomsnittsberegning av arbeidstid har vakt bekymringer hos arbeidstakerorganisasjonene slik vi så i beskrivelsen av NOU 2016: 1.

Sykliske/rullerende turnuser settes gjerne opp på en periode på 4, 6, 8 eller 12 uker. Disse har ofte støttetturnuser for helge- og ferieavvikling. Korte rulleringsperioder reduserer fleksibiliteten innenfor en periode.

#### ***Vaktlengde og helgehyppighet***

Den konkrete utfordringen for arbeidsgiver ligger i å sette opp turnuser som dekker behovet for kvalifisert arbeidskraft i helgene uten at det fører til en fordyrende overbemanning på ukedagene. Da må bruken av rene helgevakter reduseres samtidig som fast ansatte må jobbe noe mer helg. I den tradisjonelle turnusen med 7–8 timers vaktlengde og arbeid hver tredje helg jobber en heltidsansatt ca. 275 helgetimer i året. Skal man nå heltidsmålet, må antallet økes til ca. 325 timer. Dette kan gjøres ved å jobbe flere helger i året enn hver tredje helg eller ved at man jobber lengre vakter hver tredje eller fjerde helg.

I Tabell 7-9, som er hentet fra Moland (2021), har vi satt opp noen hovedvarianter av turnuser etter vaktlengder og helgehyppighet. De ulike modellene genererer ulike heltidsmuligheter, helgejobbing, fritid, kostnader, arbeidspress mv. som er gjennomgått i flere av de refererte studiene. Beregningene som ligger til grunn for tallene i kolonne fire, fem og seks tar utgangspunkt i en avdeling som til enhver tid må bemannes med fire ansatte. I modell 1 der ansatte jobber 7–8 timersvakter og hver tredje helg krever dette 24 årsverk dersom alle skal jobbe heltid. Dette innebærer imidlertid en betydelig overbemanning i ukedagene. Dersom alle jobber deltid i denne turnusen kan man komme ned i ca. 12 årsverk. Da blir gjennomsnittlig stillingsstørrelse 49 prosent. Modell 2 har langvakter både helg og ukedager. Her kan man oppnå full heltidsbemanning med 12 årsverk. Dersom halvparten jobber heltid eller alle jobber deltid kan man klare seg med 10 årsverk. Da vil gjennomsnittlig stillingsstørrelse ligge på ca. 85 prosent. Som det går fram av Tabell 7-9 er modell 6 den dyreste.

Tabell 7-9 Turnusmodeller etter antall helger og vaktlengde

Turnus-modell	Antall helger	Vaktlengde	Alle Jobber heltid	Alle har samme deltids%	Halvparten hhv. heltid/deltid	Oppsummert
M 1	Hver 3.	Tradisjonell vaktlengde, alle vakter	24 årsv	12 årsv	14 årsv	Den vanligste tumusen. Dyr. Mye deltid. Kan ikke gi heltidskultur
			24 heltid	0 heltid	12 heltid	
			Stipro 100%	Stipro 49%	Stipro 56%	
M 2	Hver 3.	Langvakt helg og ukedager	12 årsv	10 årsv	10 årsv	En av de beste tumusene. Gir heltidskultur med få årsverk. Mye fritid
			12 heltid	0 heltid	6 heltid	
			Stipro 100%	Stipro 85%	Stipro 85%	
M 3	Hver 4.	Langvakt helg og ukedager	16 årsv	10 årsv	10 årsv	Kanskje den beste og meste bærekraftige. Gir også heltidskultur. Mye fritid
			16 heltid	0 heltid	8 heltid	
			Stipro 100%	Stipro 64%	Stipro 64%	
M 4	Hver 4.	Langvakt helg, trad. vakt ukedager	16 årsv	12 årsv	12 årsv	Vanlig alternativ. Bygger på modell 1. Halveis til målet om heltidskultur
			16 heltid	0 heltid	8 heltid	
			Stipro 100%	Stipro 73%	Stipro 73%	
M 5	Hver 2.	Tradisjonell vaktlengde, alle vakter	16 årsv	13 årsv	13 årsv	Økt utbredelse igjen? For de få, og siste utvei for de som ikke har alternativer
			16 heltid	0 heltid	8 heltid	
			Stipro 100%	Stipro 73%	Stipro 73%	
M 6	Hver 4.	Tradisjonell vaktlengde, alle vakter	32 årsv	12 årsv	18 årsv	Svært dyr hvis store stillinger. I stor grad erstattet av modell 1.
			32 heltid	0 heltid	16 heltid	
			Stipro 100%	Stipro 37%	Stipro 55%	
M 7	Hver 6.	Langvakt helg, trad. ukedager	Ikke beregnet			Bidrar ikke til heltidskultur
M 8	Hver 3.	24-72 timer	Beskrevet, ikke beregnet			Godt virkemiddel for heltidskultur. Lite brukt i kommunene

### Langvakter og bærekraftige arbeidsmiljøer

Utvikling av nye turnuser med ulike varianter av langvakter framstår som noe av det mest innovative og samtidig mest kontroversielle i helse- og omsorgssektoren de siste 10–15 årene. Gjort riktig har dette ført til hele stillinger, mer kvalifisert personell, bedre gjennomføring av vakter og bedre tjenestekvalitet til brukerne. Gjort feil er langvakter ikke bærekraftig. Det er flere eksempler på at langvakter som doble vakter i høyt tempo og med svak involvering og medvirkning med rette er blitt avsluttet.

Et bærekraftig arbeidsmiljø foreligger når følgende forhold preger arbeidsstedet og ansatte:

- ▶ klarer å stå i (heltids)jobb til naturlig pensjonsalder (62–67 år)
- ▶ opplever arbeidsglede, tilhørighet, mestring og respekt
- ▶ er «middels» slitne etter en arbeidsøkt
- ▶ har en lønn og pensjon «å leve av» (og muligheter til å ta opp banklån)
- ▶ har forutsigbar lønn, arbeidstid og fritid
- ▶ opplever få HMS-avvik (Moland og Bråthen 2019)

Flere av undersøkelsene i litteraturgjennomgangen har vist at den tradisjonelle turnusen kommer dårlig ut på disse bærekraftmålene. Det gjør også vikarpoolene. Langvaktforsøk i småskala har derimot gode resultater å vise til. Selv i større skala (store sykehjem) hvor det har vært en del kritikk, kommer langvaktene godt ut sammenliknet med alternativene.

Eldre studier av lange vakter var gjerne vært koblet til studier av nattarbeid. Oppslag om en sammenheng mellom nattevakter og fare for brystkreft fikk stor oppmerksomhet. Disse studiene ble koblet til overtidsarbeid, dårlige restitueringsmuligheter og lange vakter. Ryggmargsrefleksjonen tilsier at lange vakter er slitsomt og i lengden helsemessig usunt. Dette har som vi har sett også vært budskapet fra Stami, Arbeidsdirektoratet og arbeidstakerorganisasjonene (Lie 2014, Moland 2015).

Det kom derfor som en overraskelse på både forskerne og fagbevegelsen da Moland og Bråthen (2012b) fant at lange vakter fungerte god dersom turnusen var satt opp på en god måte, at arbeidstempoet kunne settes ned og at restitusjonsbehovet ble ivaretatt. Samme studie viste også at tjenestekvaliteten gikk opp. Det samme ble etter hvert senere også funnet i studier av Ingstad og Amble (2014) og Olberg og Pettersen (2015). Enkelte arbeidslivsforskere var fortsatt skeptiske til lange vakter (Lie mfl. 2014). De siste års casestudier om langvakter har som vi har vist, funnet at organiseringen av arbeidet og de ansattes kompetanse og kjennskap til arbeidsoppgaver og brukere er viktigere for å utvikle et bærekraftig arbeidsmiljø enn spørsmålet om en vakt er på 6, 8, 10 eller 12 timer. Blant disse skiller studien til Goffeng (2020) seg ut. Den viste blant annet at hjerterytmen til langvaksansatte i Karmøy ikke skilte seg negativt ut fra hjerterytmen til ansatte i turnuser med kortere vakter. Vedaa mfl. (2020), som fulgte flere hundre sykepleiere over flere år, fant at langvakter snarere hadde en positiv enn negativ effekt på sykefraværet.

### **Praktisering og andre støttetiltak**

Samarbeids/ønsketurnus sier ikke noe om hvordan grunnturnusen er satt opp, men kjennetegnes ved at ansatte involveres i turnusplanleggingen. Gode resultater på arbeidsmiljø og samordning av arbeid og fritid. Har i seg selv begrenset effekt på stillingsstørrelsene. 3+3-turnus kan ha ulike vaktlengder. I sin rendyrkede form berører den 26 helger i året. Blir derfor gjerne praktisert i modifisert form. Vi har ikke sett varianter der det benyttes lengre vakter enn 9 timer. Vi har heller ikke sett at den løser heltidsmålet fullt ut.

Bruk av hinkehelger innebærer at ansatte jobber enkelte helger i tillegg til det som er lagt opp i grunnturnusen. Blir mye brukt sammen med modell 1. Hinkehelgene er et virkemiddel som benyttes for å gi deltidsansatte litt større stilling og samtidig redusere bruken av egne helgestillinger. Tiltaket vil ofte komme inn under det vi vil kalle turnusflikking.

Bruk av bunden/ubunden tid, timebank, bonusordninger, ressursenheter/ressursteam, årsplaner og en understøttende rekrutterings- og permisjonspolitikk er andre støttetiltak som kan gjøre det lettere å gjennomføre turnuser med litt større stillinger enn det man ellers ville hatt.

### **Ressursenheter**

Det er for tiden (våren 2021) stor interesse i kommunene for å etablere ressursenheter/vikarpooler. Enhetene varierer i størrelse og virkeområder. De er først og fremst et ledelsesverktøy for å kunne kombinere fleksibel ressursbruk med en mer forutsigbar bemanning. Et av siktemålene med disse enhetene er å redusere bruken av eksterne vikarer. Deltidsansatte som ønsker å jobbe mer må gjøre det ved å forplikte seg gjennom en bemanningsordning. Dermed blir praksisen med at deltidsansatte kan shoppe vakter når det passer dem redusert.

Det er vanskelig å utvikle stabile ressursenheter. Blant de som er beskrevet i offentlig tilgjengelige evalueringer, skiller forsøkene ved Sørlandet sykehus Arendal slik de ble praktisert i 2011–2014 seg ut som spesielt vellykket. Her rekrutterte man høyt kvalifisert personell som alle fikk god opplæring. Til å begynne med ble det benyttet individuelle opplæringsplaner for å sikre at de ansatte virkelig fikk den ønskede opplæringen. Alle jobbet heltid, og alle var godt kjent på postene de gikk til. På sitt beste bidro disse ansatte til organisatorisk læring ved at de formidlet ny kunnskap mellom avdelingene.

Ressursenhetene kan gi mange ansatte hel stilling i kommunen. Hvis 40–50 deltidsansatte i en middels stor kommune får hel stilling ved å jobbe helt eller delvis i en ressursenhet vil det slå positivt ut i heltidsstatistikken. Men hvis de enkelte tjenestestedene fortsetter med sin tradisjonelle turnus, vil de være like langt unna en heltidskultur som før. Slik sett fremstår ressursenhetene til en viss grad som en nødløsning for å bøte på resultater av en (tidligere) kortsiktig ansettelse- og kompetansepolitikk og videreføringen av en dårlig turnuspraksis.

Som gjennomgangen over også har vist, er det svært vanskelig å tilby ansatte som jobber mange steder fullverdig status som heltidsansatt, med sosial tilhørighet og god fagutvikling. Skal man benytte ressursenheter eller vikarpooler er det særlig viktig at de ansatte er mye til stede og blir tilstrekkelig kjent, så de slipper å føle seg som «bare en vikar». For de fleste ansatte vil to tjenestesteder være mer enn nok. Noen få kan klare mer og trives med det.

Skal ressursenheter fremstå som attraktive for avdelingslederne som skal bruke ansatte derfra, må de ansatte fremstå som attraktive. Hvis ikke, vil lederne lage sine egne vikarordninger. Derfor bør ressursenheter både av hensyn til ledere og ansatte ha begrenset nedslagsfelt og bestå av få, men godt kvalifiserte fagpersoner. Noen kommuner har så smått begynt å bruke ressursenheter som rekrutteringsvirkemiddel. Det er en spennende idé. Bruken av store ressursenheter bestående av ufaglærte på deltid, gjerne også på «kortvakter», fremstår som et feilskjær.

Såkalte kombistillinger og oppgavedeling (problemstilling 4) er beskrevet i flere rapporter fra før 2010. Fra litteraturen gjengitt over (Moland og Bråthen 2012a og Moland 2015) er dette beskrevet i samband med ressursenheter og andre former for å "jobbe på tvers". Mer systematiske forsøk med oppgaveglidning for skape flere større stillinger eller vice versa, har vi ikke kommet over.

### **Heltidsforsøk, kompetanse og brukeropplevd tjenestekvalitet (problemstilling 1)**

De første forsøkene med alternative turnuser for 20–25 år siden hadde ikke mål om hele stillinger. Forbedret tjenestekvalitet sto heller ikke sentralt. De siste års kommunale plandokumenter om utvikling av heltidskultur legger nesten alle stor vekt på bedre bruk av kompetansen, flere kompetente medarbeider og ikke minst brukeropplevd kvalitet når de skal begrunne heltids-satsingen. Igjen er det tiltak med langvaktturnuser som har de mest eksplisitte målformuleringene om å styrke tjenestekvaliteten. Som vist i kapittel 6, har vi også sett at disse tiltakene har ført til bedre tjenester for brukerne. Tiltak med samarbeidsturnuser og ressursenheter har hatt mer oppmerksomhet mot bemanningsledelse og mindre fokus på tjenestekvalitet.

### **Hva fremmer og hemmer heltid (problemstilling 3)**

Argumentene for å forsøke å utvikle heltidskultur i kommunesektoren er som vist i innledningen mange (jf. Figur 7-1 «Heltidshjulet»). Litteraturgjennomgangen har ytterligere vist at dagens deltidskultur står i veien for videreutvikling av likestilling mellom kjønnene. Deltidskulturen legger også ekstra press på utdanningskapasiteten og konkurransen om knappe arbeidskraftsressurser. SSBs befolkningsframskrivninger viser at dette vil tilta i årene som kommer.

### **Frivillighet og involvering**

Alt endringsarbeid bør selvsagt skje frivillig, både av hensyn til arbeidsmiljøet og den enkeltes motivasjon for å gjøre et godt arbeid. Denne frivilligheten kan imidlertid komme til å skape utfordringer for utviklingen av heltidskultur. Dette kan være ufaglærte som ikke vil gå inn i et utdanningsløp, deltidsansatte som ikke vil jobbe litt mer, ansatte som ikke vil jobbe med andre oppgaver eller på andre steder enn det de har gjort i tiden fram til spørsmålet om endring kommer opp. I noen tilfeller som ved endring av kontraktsfestet stillingsstørrelse har ansatte juridisk rett til å si nei, i andre tilfeller som ved valg av arbeidssted, har de det ofte ikke.

Den delen av litteraturen som beskriver endrings- og utviklingstiltak som har lyktes, påpeker betydningen av å involvere de som skal være med på endringen, det vil si ledere, ansatte og tillitsvalgte på de aktuelle tjenestestedene. Det er vanlig å poengtere viktigheten av å involvere ansatte og tillitsvalgte. Enkelte studier viser at det er minst like viktig å involvere den lederen som har det daglige ansvaret for å få turnusen til å gå opp. Det er gjerne han eller hun som forsvarer den gamle turnusen, dels fordi den gir fleksibilitet og dels fordi «A-laget» i personalgruppen vil ha det slik.

Det holder altså ikke at kommunens ledelse og en oppnevnt prosjektgruppe ivrer for saken. Tidlig involvering vil redusere faren for at man setter i gang et mislykket forsøk. Tidlig involvering er ingen garanti for suksess. Ofte fører tidlig involvering til at initiativtakerne konkluderer med at endringsmotstanden er så stor at planene skrinlegges. Da har man i det minste unngått en masse støy.

Enkelte studier spør om kommunene har gått for langt i å la flertallet av ansatte bestemme sin egen stillingsstørrelse. Deltidskulturen går både ut over kommunens evne til å løse sitt samfunnsoppdrag og «C-laget» av ansatte i ufrivillig deltid og andre kolleger som må ta en uforholdsmessig stor del av helgevaktene. Hensynet til sårbare brukere tilsier at personer som «bare vil jobbe litt» henvises til andre deler av arbeidsmarkedet.

### **Tiltaksnivå**

Det går et grunnleggende skille i forståelsen av heltid-deltidsproblematikken mellom de som søker løsninger på individnivå og de som søker løsninger på organisasjonsnivå.

#### **a. Individet**

Her er det individet som skal tilbys større stillinger, ofte beskrevet som at de ansatte skal få den stillingsprosenten de vil ha. Frivillig deltid oppfattes gjerne som en grunnleggende rettighet. Det er omfanget av den ufrivillige deltiden som må reduseres. Arbeidsmiljøloven og det partsbaserte avtaleverket er overveiende rettet inn mot individers rettigheter. Lenge har også heltid-deltidsproblematikken vært dominert av dette. Ansatte i små stillinger har kanskje etter en tid fått større stilling, mens nye personer er blitt ansatt i de minste stillingene. Slik har enkeltpersoner som ønsker det, fått større stillinger samtidig som tjenestestedene har beholdt omtrent den samme fordelingen av små og store stillinger. De siste årene har «krav»-paragrafen (aml. § 14-4) gitt flere deltidsansatte krav på større stillinger. Dette har i sin tur satt press på arbeidsgiver til å øke deres stillinger uten at dette nødvendigvis henger sammen med bemanningsbehov og turnusplaner. Her er trolig noe av forklaringen på at kommunene de siste årene har vist så stor interesse for å etablere resurssenheter og vikarpooler. Problemet med denne individorienteringen er at den ikke bidrar til utvikling av heltidskultur på det enkelte tjenestested.

#### **b. Avdelingen/turnusenheten (Forsøksvirksomhet)**

Heltidskultur som del av organisasjonskultur kommer til uttrykk på avdelingsnivå der tjenestene utføres, der brukerne befinner seg, der ansatte har et arbeidsfelleskap og der en leder skal lede. I arbeidet for heltidskultur er det tjenestestedet som skal ha større gjennomsnittlig stillingsstørrelse og flere heltidsansatte. Det er ikke nok at enkelte ansatte får større stillinger etter kravprosesser eller at flertallet jobber i en deltidspersent de er tilfredse med. Mange lokale tiltak har nøydt seg med å etterkomme «kravsakene» og forsøkt å innfri andre ansattes ønsker om en passe stor deltidspersent. Tiltakene som er beskrevet i litteraturgjennomgangen over er med unntak av de omtalte ressursenheter/vikarpoolene eksempler på avdelingers forsøk på å løfte den samlede stillingsstørrelsen. Slik sett har de tatt et lite eller stort skritt i retning av en kultur der heltid er normen. De fleste kommuner velger å etablere pilotforsøk der måltall kun gjelder for disse.

#### **c. Virksomheten**

Her gjøres det forsøk med å løfte stillingsstørrelsene ved for eksempel alle avdelingen på et sykehjem, i et heltid-distrikt med hjemmesykepleie, eller alle gruppeboliger for funksjonshemmede.

#### **d. Sektoren**

De fleste kommuner som har formalisert satsingen på heltidskultur har satt måltall for hele pleie- og omsorgssektoren.

e. Hele kommunen

Deltidsomfanget har fått størst oppmerksomhet som et problem for pleie- og omsorgssektoren. Deltidsomfanget er imidlertid stort også i barnehager, skolefritidsordninger, barneskolen og kultursektoren. Flere kommuner har derfor trukket inn alle sektorer i planene for en heltidssatsing.

### **Ambisjonsnivå**

De beste resultatene kommer med tiltak for å styrke heltidskulturen på et helt tjenestested, og der man har vært villige til å ta radikale grep slik det er vist i flere av de omtalte referansene. Flertallet av forsøk er imidlertid såkalte flikkeforsøk. Disse holder fast i den tradisjonelle turnusen og prøver ikke å gjøre noe med frivillig deltid.

### **Tiltakstidspunkt**

Tidspunktet for å iverksette et tiltak er viktig. Der tiltaket skal gjennomføres med ledere og ansatte i en bestående enhet er det viktig at det settes av tilstrekkelig tid til mentale og turnustekniske forberedelser. Det er derfor viktig at ledelsen og politikere ikke setter for knappe tidsfrister.

Det enkleste tidspunktet for å prøve ut radikale tiltak foreligger når et nytt tjenestested skal bemannes. Da kan ledelsen fritt sette opp en bemanningsplan og en turnusvariant man ønsker å prøve ut, sørge for støtte fra de tillitsvalgte og deretter lyse ut stillinger. Da vil man få søkere som alle er positivt innstilt til den aktuelle arbeidstidsordningen. Det er flere eksempler, blant annet fra Bergen og Bodø, på at nyetablerte tjenestesteder som lyser ut stillinger med omfattende bruk av langvakter har hatt rekordmange søkere. Det er forbausende at ikke flere kommuner i det minste bruker slike muligheter til å få fram erfaringer med stor sannsynlighet for suksess.

### **Barriere nr. 1 Deltidskulturen og kvinners mandat til å bestemme egen arbeidstid**

Kvinnens kulturelle mandat til å velge å jobbe deltid i store deler av kommunesektoren, er den faktoren som kanskje er vanskeligst å bevege (Egeland og Drange 2014). Den er forankret utenfor arbeidsplassen, men blir kontinuerlig stadfestet på arbeidsplassene. Når disse deltidsverdiene først er sluppet inn, er det begrenset hva arbeidsgiver kan gjøre ut fra styringsretten. Her ligger den største utfordringen: å motivere ledere og ansatte til å si ja til arbeidsplasser der heltid er normen. Korte tidsfrister for denne type endringsprosjekter viser at de som har satt dem ikke har forstått styrken i deltidskulturen og hva det vil si bevege seg bort fra den.

I deltidskultur står de ansattes hevdvunne rett til å bestemme hvor mye de vil jobbe sterkt. I heltidskulturen utfordres denne av andre hensyn. Mange deltidsansatte opplever fremføringen av argumenter for heltidskultur som moraliserende og at det tas lite hensyn til ansatte som har redusert arbeidsevne eller av andre grunner ikke kan jobbe heltid.

Deltidskulturen preger også arbeidet med å rekruttere og utvikle kompetente medarbeidere. Hvorfor den får dominere og påvirke utviklingen av hele sektoren, kommer vi tilbake til i sluttkapittelet.

### **Barriere nr. 2 Lederens kompetanse og handlingsrom**

Ledere flest ser gevinstene ved heltidskultur, men har likevel vanskelig for å se hvordan de skal komme dit. De føler seg bundet av det tradisjonelle turnusoppsettet som benyttes, et oppsett som er ønsket av mange av de ansatte og som gjerne har vært brukt i avdelingen fra lenge før lederen ble ansatt i stillingen. Selv om flere av studiene har vist at større stillinger ikke behøver å koste mer, kanskje tvert imot, er en vanlig oppfatning blant avdelingslederne at lønnsmidlene vil øke samtidig som fleksibiliteten som ligger i å ha deltidsreserven blir redusert. Det som er et gode for brukerne, og lønnsomt for samfunnet og kommunen, kan være vanskelig å fange opp i regnskapet til avdelingslederen.



Enkelte av studiene påpeker at mange avdelingsledere ikke har tilstrekkelig turnuskompetanse, en del har heller ikke tilstrekkelig økonomiskkompetanse til styre en alternativ ressursbruk. Men vel så ofte støter man på ledere som klager over rigide regler for rekruttering og bruk av de samlede lønnsmidlene. Dermed har de ikke handlingsrom til å gjennomføre endringer som kunne gitt avdelingen færre små stillinger.

Forståelsen av at store stillinger (på samme måte som kompetanse) er dyrt går også igjen hos mange toppledere og politikere. Tjenestetilbudet oppfattes som godt nok. Behovet for en fordyrende profesjonalisering blir da ikke så stort. Dermed reduseres heltidsproblematikken til et spørsmål om kostnader og et tema for lønnsoppgjøret og arbeidstakervelferd. I og med at det meste av deltiden er frivillig og i tråd med en ønsket familiepolitikk, fremstår ikke likestillingsaspektet heller som særlig påtrengende.

### **Barriere nr. 3 Partssamarbeidet**

Turnusene skal godkjennes av både arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene som er representert på de aktuelle tjenestestedene. Tillitsvalgte skal også involveres når det gjennomføres endringer i organiseringen av arbeidet. Dyktige ledere trekker de tillitsvalgte tidlig inn i planleggingen av endringer på begge områder. Dessverre er det mange som venter til planene er ferdig utarbeidet før de lar tillitsvalgte få uttale seg. Dermed vil det som kunne vært positive innspill fra de tillitsvalgte i en felles utforming av planene i stedet bli til kritikk av ledelsens opplegg.

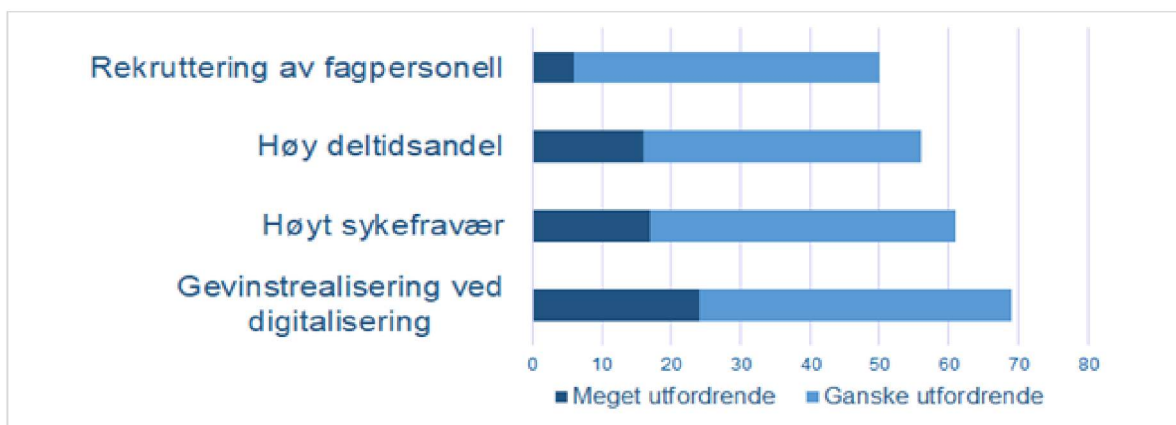
Lokale tillitsvalgte er ofte positive til å prøve ut alternative arbeidstidsordninger. Det er imidlertid en oppfatning blant mange arbeidsgivere at arbeidstakerorganisasjonene sentralt (til dels også Arbeidstilsynet) ikke gir samtykke til turnuser som krever dette etter arbeidsmiljøloven. Til det svarer organisasjonen at de gir langt flere tilsagn enn avslag. Så sier arbeidsgiver at organisasjonene lokalt eller sentralt signaliserer et nei så tidlig i samtykkeprosessen at arbeidsgiver gir opp og lar være å sende inn søknad om turnusgodkjenning. Selv om det er usikkerhet omkring omfanget av manglende samtykke, er dette og motstanden mot å skulle jobbe oftere enn hver tredje helg så stor at dette fremstår som en barriere mot arbeidet for heltidskultur.

# 8 Sammenheng mellom organisering, kompetanse og heltidskultur

## 8.1 Kompetanse, heltid og nærvær

Kommunene har over tid hatt store utfordringer med å rekruttere kompetente ansatte til å møte den økende etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester (Holmøy mfl. 2014). I mange kommuner benyttes arbeidskraft med lavere kompetanse enn normert (Gautun 2012). Det brukes også mye vikarer og ansatte i små deltidsstillinger, gjerne ufaglærte (Moland og Schanche 2019). Dette fører til at brukerne møter mange tjenesteytere de ikke kjenner og som ikke kjenner dem (Moland og Bråthen 2019). Lederne av tjenestene må bruke mye tid på opplæring og veiledning av «flyktig» arbeidskraft, og arbeidsdagene blir ikke så godt planlagt som de kunne ha vært (Moland 2015). Tjenestekvaliteten svekkes (Bråthen 2016). Arbeidsmiljøet utvikler ikke den bærekraften som er mulig. En del arbeidstakere jobber også ufrivillig deltid (Moland og Bråthen 2019, Lien 2019).

Med dette har kommunene et svært vanskelig utgangspunkt både for å rekruttere fagpersonell og utvikle sterke fagmiljøer. Når fagmiljøene ikke har tilstrekkelig kompetanse, blir det også vanskelig å påta seg de oppgavene som forventes i de store tjenestereformene. I et debathefte fra KS 2020 trekkes rekruttering, deltid og sykefravær fram som tre av de viktigste utfordringene for kommunenorge. Budskapet fra litteraturgjennomgangen er at disse tre bør ses i sammenheng.



Figur 8-1 De fire største utfordringene for kommunene i 2020. Kilde: IPSOS 2019 i KS' debathefte 2020

I kapitlene foran har vi gått gjennom litteratur som viser trendene for ønsket og faktisk tjenesteorganisering (kapittel 5), utfordringer med å rekruttere, utvikle og organisere kompetente medarbeidere (kapittel 6) og utfordringer og gevinster ved å redusere omfanget av deltidsstillinger (kapittel 7). I dette kapitlet oppsummerer vi de mest sentrale problemstillingene og hvordan de henger sammen.

## 8.2 Leon-prinsippet, New Public Management og bruker i sentrum

LEON-prinsippet har lenge stått sentralt i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Det omtales i Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975), *Om sykehusbygging mv. i et regionalisert helsevesen*. LEON står for «lavest effektive (mulige) omsorgsnivå». I tråd med dette prinsippet har vi hatt en rekke reformer der statlig/fylkeskommunale tjenester er flyttet til kommunene («der folk bor»). Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede er et slikt eksempel. Hjemmebaserte tjenester framfor

sykehjemstjenester, kommunale tjenester der det er mulig fremfor sykehustjenester. Flere eksempler er vist i kapittel 5. Samhandlingsreformen skulle underbygge bestrebelsene på å følge opp LEON-prinsippet og samtidig håndtere BEON-prinsippet. BEON står for «beste effektive omsorgsnivå». Ikke alle mener at lavest mulig nivå er det beste nivået. Utvikling av faglig spisskompetanse og forsvarlighet trekker ofte tjenesteorganiseringen i retning av spesialisering og sentralisering (jf. nedlegging av mindre sykehus eller interkommunale barnevernstiltak).

For å komplisere bildet har vi finansierings- og styringsreformer med omfattende utbygging av ulike foretaksmodeller. Kommunale og interkommunale foretak i en rekke sektorer og ikke minst innføringen av de regionale helseforetakene i 2002 er velkjente grep for å effektivisere kommunale og statlige oppgaver inspirert av bedriftsøkonomiske styringsprinsipper. Med New Public Management og det bedriftsøkonomiske perspektivet kommer også en bevisstgjøring av hva som er «godt nok». Målstyring, faglighet og idealisme suppleres med resultatstyring. Samtidig trekkes politikerne et skritt bort fra den praktiske driften. (De skal bli mer strategiske og fokusert på mål og strukturelle virkemidler og overlate driften til ekspertene som skal stå for realiseringen).

I vår litteraturgjennomgang møter vi både ansatte, ledere og kommuner som utfordres av de praktiske konsekvensene av å følge LEON-prinsippet og bedriftsøkonomiske styringsprinsipper.

Samtidig med LEON-prinsippet er det skrevet en rekke NOU-er og Stortingsmeldinger der slagord som «bruker i sentrum», «sammenhengende tjenestekjede» og «brukerstyrte tjenester» gradvis får en sterkere teoretisk begrunnelse og økende betydning for hvordan sentrale myndigheter forventer at tjenester skal organiseres. De samme dokumentene gjengir også enkeltstående fortellinger om hvordan pilotforsøk ledet av ildsjeler (kanskje) kan lykkes. Det siste kjennetegner også mye av litteraturen vi har gjennomgått i kapitlene 5, 6 og 7 som jo ofte er skrevet for å gi oppdragsgiver «best case»-beskrivelser som kan motivere til utviklingstiltak, gjerne supplert med påpekninger om hva som må gjøres der det er vanskelig å nå de definerte målene som måtte være satt for en aktuell del av tjenestene.

### 8.3 Tjenesteorganisering og kompetanseressurser

I kapittel 6 har vi sett mer eller mindre vellykkete forsøk på å løfte ufaglærte til faglærte, gi sykepleiere spesialistutdanning og øke realkompetansen på alle nivåer. På den ene siden er det et økende og til dels nytt behov for flere spesialister i helse- og omsorgstjenestene, på den andre siden er det behov for langt flere faglærte og høyskoleutdannede med generalistkompetanse. Og uansett innretning på utdanningen så har behovet for sykepleiere og helsefagarbeidere økt i takt med endringer i befolkningen. Behovet for disse yrkesgruppene vil øke enda mer i årene som kommer (Holmøy mfl. 2014, 2020, Hjemås mfl. 2019). Dette gapet mellom tilbud og etterspørsel har vært kjent av en rekke regjeringer og Storting, så det er nærliggende å tolke dette som et uttrykk for at landets myndigheter oppfatter dagens kompetansenivå som “godt nok”.

Et annet tiltak som også kan dempe behovet for kostbart helsepersonell ligger i økt samarbeid med frivillige og pårørende. Ifølge Agenda Kaupang samarbeider mange kommuner nå mer systematisk enn før med frivillige. Lorentzen mfl. (2018) fant imidlertid at samordning av bidrag fra frivillige og profesjonelle var utfordrende. Det dukket opp et stort samordningsbehov, og friksjoner oppstod som følge av uklar arbeidsdeling, merarbeid for ansatte eller dårlig kommunikasjon. Flere kommuner har derfor satt av egne ressurser til å koordinere innsatsen fra frivillige. I en evaluering av organisasjonskulturen i Kristiansand kommune vises det at et stort omfang av deltid, vikarbruk og ufaglærte skaper stort behov for kvalitetssikring og kontroll. Dette bidrar til byråkratisering av driften og utvikling av en lite innovativ kontrollkultur (Haabesland, Ruenes og Aasheim 2017).

Bruk av oppdragstakere er et annet tiltak for å unngå å bruke kostbart helsepersonell på oppgaver som kan gjøres av pårørende eller andre. Men også det har en negativ side som minner om

Lorentzen mfl. sin beskrivelse av de frivillige. Andersen, Colman og Moland (2009) har evaluert bruken av oppdragstakere i norske kommuner og spør retorisk om dette er lønnsarbeid eller fritidssysssel. En av konklusjonene var at oppdragstakerne ikke inngikk i et arbeidsmiljø med felles kvalitetssikringsrutiner og muligheter for kompetanseutvikling. Kommunene kunne da enten la være å kvalitetssikre arbeidet som ble gjort, eller etablere et eget kvalitetssikringssystem for denne gruppen. NOU 2020: 13 tar opp de juridiske og økonomiske sidene ved å bruke oppdragstakere. På mer generelt grunnlag slås det fast at ulike former for utsetting av oppgaver krever kontrollressurser<sup>22</sup>.

Det er vanskelig å sikre informasjonsflyt, god tjenestekvalitet og godt samarbeid mellom aktører som har ulik fagbakgrunn, er lite til stede og som ser hverandre sjelden. Økt utdanning og større stillinger til flere ansatte trekkes fram som viktige tiltak for å motvirke en byråkratisk kontrollkultur.

Ute i kommunene konfronteres all kunnskapen om hva som er gode tjenester og hvordan de kan utvikles, med et begrenset økonomisk handlingsrom. Tøffe prioriteringskrav fører til at det lett kan bli avstand mellom liv og lære, mellom ambisjoner og statlige pålegg, og begrensede ressurser og kompetanse til å følge opp. Riksrevisjonen (2019) retter ganske sterk kritikk mot kommunene for manglende kunnskap om kvalitet og sikkerhet i eldreomsorgen, svakt grunnlag for tjenestetildeling og lav endringskompetanse. Staten kritiseres for ikke å ha god nok oversikt over kommunenes arbeid med å sikre riktig kapasitet i eldreomsorgen.

Med LEON-prinsippet og ambisjonene om økt brukermedvirkning følger at laveste nivå får nye oppgaver med nye krav til faglig- og styringsmessig kompetanse. Dette forsterkes av tillitsreformen som legger til grunn at ansatte kan jobbe selvstendig. Nye krav til samhandlingskompetanse og økt vekt på brukerbehov stiller betydelige krav til tverrfaglig samarbeid, noe som forutsetter både høy egenkompetanse (for å ha noe å bidra med overfor andre fagmiljøer) og god forståelse for andre faggruppers arbeidsformer. Dette er tilnærmet umulig å få til på arbeidsplasser med en sterk deltidskultur.

## 8.4 Kompetanserealisering

### Helsefagarbeidere, en uutnyttet ressurs

Ønskene om oppgaveglidning der spesialutdannede sykepleiere kan avlaste "overarbeidede" leger, er foreløpig ikke fulgt opp i stor stil. Helsefagarbeiderne er en uutnyttet ressurs. De er ofte deltidsansatte med lite faglig ansvar. Flere helsefagarbeidere i hele stillinger, fullt integrert i et sterkt fagmiljø kan utvikles til å jobbe med mer ansvarsfulle helsefagarbeideroppgaver og til å møte utfordringene med oppgaveglidning mot sykepleierne med en helt annen interesse og selvtillit. Slike tiltak for å styrke helsefagarbeiderne er ikke så utbredt. Foreløpige erfaringer fra denne formen for kompetanseglidning og oppgaveoverføring er todelt, noen synes dette er faglig utviklende og stimulerende, mens andre har mindre lyst på mer ansvar. Det siste kan ikke løses med utdanning alene. Tett lederoppfølging og arbeid for mer heltid/nærvær er minst like viktig.

### Kompetanse er viktig, men...

Selv om kommunene gjerne har vedtak om å ikke gi fast ansettelse til ufaglærte, er praksis en helt annen. Sett opp mot en målsetting om at alle ansatte skal ha fagbrev, særlig innenfor pleie og omsorg, kan realkompetansekartlegging være et godt virkemiddel. Dette er imidlertid et tidkrevende arbeid som mange kommuner ikke finner å kunne prioritere. Krevende økonomiske rammer og daglig drift gjør det også vanskelig å prioritere faglig utvikling på alle nivåer.

---

<sup>22</sup> NOU 2020: 13 Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester

I kapittel 6 er det beskrevet flere studier om kartlegginger av real- og formalkompetanse. Dette er tiltak som helst skal følges opp med kompetanseutviklingstiltak for å nå definerte kompetansemål som igjen er en del av en strategisk satsing for å kunne utføre kvalitativt gode og effektive tjenester. Denne strategiske forståelsen av kompetansearbeidet er avgjørende for måloppnåelsen. Flere studier finner imidlertid at tiltak ofte mangler både strategisk forankring og strategisk forståelse.

Kartlegginger kan ikke være et mål i seg selv (Moland, Sollien mfl. 2009, Døving og Tobiassen 2020). Målene og hensikten må formidles tydelig enten det er til enkeltpersoner med sikte på å ta fagbrev eller det er til tjenestene. Dernest må arbeidsgiver og ansatte gå sammen om tiltak for å realisere formålet. Også kommuner som bruker mye ressurser på kompetanseutvikling og som har tiltaksplaner som er utarbeidet basert på reelle behov, har sjelden forankret dette i en kompetansestrategi (Skaar og Pedersen 2012). Skaurstein (2015) finner tilsvarende svakhet både for kompetansearbeidet og rekruttere-beholdearbeidet i sin studie. Koblingen mellom kompetansestrategier og strategi for utvikling av heltidskultur er enda sjeldnere<sup>23</sup>.

Når den strategiske forankringen er mangelfull, vil tiltak lett bli isolerte og ad-hoc-pregede, og lite robuste i kampen om oppmerksomhet, tid, tålmodighet og økonomiske ressurser. Mulige synergieffekter ved å se kompetanse, stillingsstørrelser, stabilitet, mestring i sammenheng er lite kommunisert. Da er det heller ikke så overraskende at kompetanseutviklingen i praksis ikke blir prioritert så høyt verken av arbeidsgiver eller ansatte. Bare det å finne tidspunkter for opplæring som passet for de ansatte er vanskelig når alle jobber turnus, og flere i små stillinger. Nyborg 2020 Brenden 2015. Her kan vi føye til at økt formalkompetanse ikke har noen sentral plass i deltidskulturen.

## De unge

I Heltidserklæringen mellom KS, Delta, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund finner vi denne formuleringen: «For at kommunesektoren skal være en attraktiv arbeidsplass i framtida, er det viktig at nyutdannede tilbys faste hele stillinger». Det er altså et ønske om å satse på kompetanse, spesielt blant de unge.

Flere av fagbrevene som er rettet inn mot kommunalt arbeid er populære, men de fører unge jenter til arbeidslivets randsone. Svært få får fast jobb, hel stilling, muligheter for videreutdanning og en lønn å leve av. Barne- og ungdomsarbeiderutdanningen opplever et ganske stort frafall. Bråten og Tønder (2020) mener at mangelen på heltidsarbeid kan være en viktig medvirkende faktor til dette. Dette kommer også fram i **Andersen** mfl. (2019), som sammenlikner unge fagarbeideres mottakelse i ulike deler av arbeidsmarkedet.

Mens 92 prosent av fagarbeidere i byggebransjen har fast heltidsstilling ett år etter avlagt svenneprøve, gjelder dette bare for 33 prosent av helsefagarbeiderne. Dette har en klar kjønnsdimensjon. Der mannlige fagarbeidere i privat sektor i all hovedsak jobber heltid i en fast stilling, jobber kvinnelige helse- og omsorgsarbeidere i offentlig sektor i stor grad i en deltidsstilling eller i en midlertidig stilling

KS har igangsatt en rekke prosjekter og bidratt inn i programmer om kompetanse og rekruttering. Det har også arbeidstakerorganisasjonene. Flere av disse har vært rettet spesielt inn mot utdanningsrekruttering og ivaretagelse av unge medarbeidere. Bakkeli mfl. 2016 har beskrevet de unges krav og forventninger til arbeidsgiver. Med et par unntak var disse kravene ganske like funn som ble gjort 17 år tidligere: Sterke fagmiljøer og nærværende ledere var to av dem (Rødvei 2000, Moland og Egge 2000). Bakkeli mfl. foreslår en rekke tiltak kommunene kan gjøre for å fremstå som attraktive arbeidsgivere. Mange av dem er hver for seg ganske enkle. Spørsmålet er bare om

<sup>23</sup> Dokumenteres i et pågående FoU-prosjekt Fafo gjør på oppdrag for KS.

de har så stor effekt så lenge det butter på det basale og “umettelige” behovet: ledere som har tid til å være ledere, og kolleger i et sterkt og trygt fagmiljø.

De pågående Jobbvinner-prosjektene finner også at gamle oppskrifter fungerer bra, bare de blir tatt i bruk. Dette kan være oppfølgingen av nyansatte (eksempelvis mentorering) og praksisopplæring/ og veiledning. Rutiner og tiltak for rekruttering, mottak og oppfølging av nyansatte, sykepleie-studenter, elever og lærlinger har vært viktige aktiviteter i forsøkskommunene (Lysø mfl. 2020). Mye av forklaringen til at man lykkes i Jobbvinner-prosjektet er – slik det nå har kommet fram ganske mange ganger – at problemstillingene er forankret i ledelsen og at kommunene har prioritert å bruke ressurser på dette. Siden dette er et pågående KS-initiert program er det overaskende at heltid-deltidsproblematikken har fått så liten plass.

## 8.5 Nærvær, stillingsstørrelse og kompetanse

De turnusmessige utfordringene for å utvikle større stillinger og en heltidskultur er vist i kapittel 7. Her vil vi trekke fram sammenhengen mellom stillingsstørrelser, nærvær og koblingen mellom kompetanse og brukeroplevd kvalitet.

Nærværarbeid benyttes ofte som begrep i stedet for sykefraværarbeid. Nærværet regnes i varierende grad som den tiden man er på jobb, gjerne beregnet som den tiden som ikke går bort til sykefravær, ferie, kurs/utdanningsarbeid etc. Når dette skal tallfestes, er det nærliggende å si at en ansatt som for eksempel har et sykefravær på 10 prosent har et nærvær på ca. 90 prosent (med ferie reduseres det til ca. 80 prosent). Her oppfattes fravær og nærvær som en regnskapsteoretisk størrelse som registreres på lønnings/personalkontoret. Tallet forteller hvor mye den ansatte er til stede der avtalt arbeidstid settes til 100 prosent. Tallet sier ikke nødvendigvis så mye om den ansattes reelle nærvær og fravær. Dette gjelder for både heltids- og deltidsansatte.

En alternativ måte å vurdere nærværet, kan være å beregne det reelle nærværet. Dette er interessant for å synliggjøre den ansattes nærvær i arbeidsmiljøet, til bruker, kolleger og leder. Da vil en deltidsansatt i for eksempel 60 prosent som aldri er syk, ha et nærvær på 60 prosent (og ikke 100). Med et sykefravær på 10 prosent vil nærværet være redusert til mellom 50 og 54 prosent, avhengig av beregningsmetode. Med ferie blir det reelle nærværet enda lavere. Med denne måten å forstå nærvær på, vil det være umulig å oppnå høyt nærvær på en arbeidsplass med mange deltidsansatte.

Og med lavt nærvær blir også forutsetningene for kompetanseutvikling og god kommunikasjon redusert: Realkompetanse er et resultat av teoretisk tilegnet kunnskap i kombinasjon med praktiske øvelser og praktisk erfaring. Spisskompetanse på et fagområde krever mye av begge deler. Da må den ansatte være mye på jobb og utføre arbeidsoppgaver som gir relevant erfaring. Det siste vil i noen tilfeller være et argument for å bygge større og færre sykehus eller at mindre kommuner samarbeider om å ivareta et kvalitativt godt tjenestetilbud som en eller flere av dem vanskelig kan gå alene. Igjen ser vi at ansattes tilstedeværelse blir sentralt og vanskelig å innfri i et miljø med deltidskultur.

Men også for generalistene er nærværet viktig. De trenger ikke den “smale” arbeidssituasjonen som spesialistene for å utvikle høy realkompetanse. De må imidlertid ha høyt nærvær for å ivareta brukernes behov for gjensidig kjennskap og kollegenes behov for å være en de kan regne med. En de kan samarbeide godt med og en leder kan stole på at jobber godt og selvstendig. Denne nærvær dimensjonen har vært en avgjørende suksessfaktor for gjennomføringen av langvakter. Den er også viktig dersom det skal være mulig å realisere tillitsreformen.

Høyt nærvær er en forutsetning for kontinuitet i tjenestene og god brukerkontakt som igjen er hovedforklaringen på turnuser og måter å organisere arbeidet på som beskrives som suksesser i kapittel 7.

Nærværende ledere er som magneter på den kompetente arbeidskraften (Moland og Egge 2000). Nærværende kolleger som deler på arbeidet og kjenner hverandre likeså (Moland og Schanche 2019). Nærværende og kompetente ansatte som kjenner bruker er en kvalitetsfaktor som har fått stor oppmerksomhet i deler av forskningen om gevinster ved større stillinger, men som er mindre påaktet i utdannings- og kompetanselitteraturen!

## 8.6 Avslutning

Kommunene skiller seg fra andre kunnskapsbedrifter både ved å ha en høy andel ansatte som har lavere kompetanse enn det som er normert for stillingene, en høy andel deltidsansatte, og ved sin praksis der det fortløpende lyses ut små stillinger.

Det er vanlig å si at utviklingen av velferdsstaten de siste 50 årene har gått ganske parallelt med kvinners økende (deltids)yrkesdeltakelse. Utviklingen av velferdsstaten har bidratt til mange kvinnearbeidsplasser samtidig som utbyggingen av blant annet barnehager og sykehjem har gjort det lettere å kombinere arbeid og familieliv.

Hvorfor har det «kulturelle mandatet» som legitimerer deltidsvalg så stort gjennomslag i nettopp helse- og omsorgstjenestene? Kvinner jobber mer heltid på andre arbeidsplasser. Næringene transport og bygg og anlegg har dobbelt så høy heltidsandel, mens informasjon og kommunikasjon og finansiering og forsikring har neste fire ganger så høy heltidsandel blant kvinnelige ansatte som det vi finner i helse og omsorg, undervisning og varehandel<sup>24</sup>.

Ledere og tillitsvalgte i kommunene regner helse- og omsorgstjenestene som kunnskapsbaserte virksomheter. Men der kunnskapsbedrifter i andre sektorer spesifikt etterspør og utvikler den kompetansen de trenger for å realisere eiers mål, har vi sett at kommunene ikke gjør det samme. Der er det vanskelig å rekruttere dedikert og kvalifisert personell og samtidig vanskelig å finne tilstrekkelig tid og andre ressurser for å prioritere kompetansesatsing.

Kan dette være uttrykk for den tekniske, økonomiske rasjonaliteten om hva som er godt nok? Sett fra en avdelingsleders ståsted med stramme budsjetter og stort kontrollspenn, kan nok svaret tilsynelatende være ja. Men hvorfor skulle denne være sterkere i kommunene enn i privat sektor?

De store trendene i de nasjonale planene for organisering og oppgavedeling forutsetter på den ene siden en stadig mer profesjonell kommunehelsetjeneste som skal ivareta faglig krevende oppgaver. Med det som bakgrunn blir svaret på «godt nok»-tenkningen definitivt nei. På den annen side har vi sett en nasjonal trend som går parallelt der bruk av frivillige, pårørende, og oppdrags-takere har fått en stor plass. Her står «godt nok» sterkere. Nedbyggingen av institusjonsplasser er et stort spareprosjekt med en faglig overbygning. Her blir «godt nok»-svaret en helgardering med 1x2 eller HUB, for å låne begrepsbruken fra tippelappen som også er tittelen på en rapport om kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene (Brevik mfl. 2016).

Med et perspektiv om å utvikle bedre, mer profesjonelle tjenester med betydelige gevinster for både samfunnet og enkeltmennesker fremstår deltidskulturen med sitt «kulturelle mandat» som et paradoks. Den undergraver arbeidsgivers muligheter for å drive rasjonelt (optimalt) og står da i veien for kommunenes evne til å løse sitt samfunnsoppdrag.

En nærliggende forklaring på at deltidskulturen med sin svake vektlegging av kompetanse står så sterkt også innenfor kunnskapsbasert tjenesteproduksjon kan vi kanskje finne i det som Kari Wærness (1984) kalte for omsorgsrasjonalitet. Den var motsatsen til den tekniske, økonomiske og

---

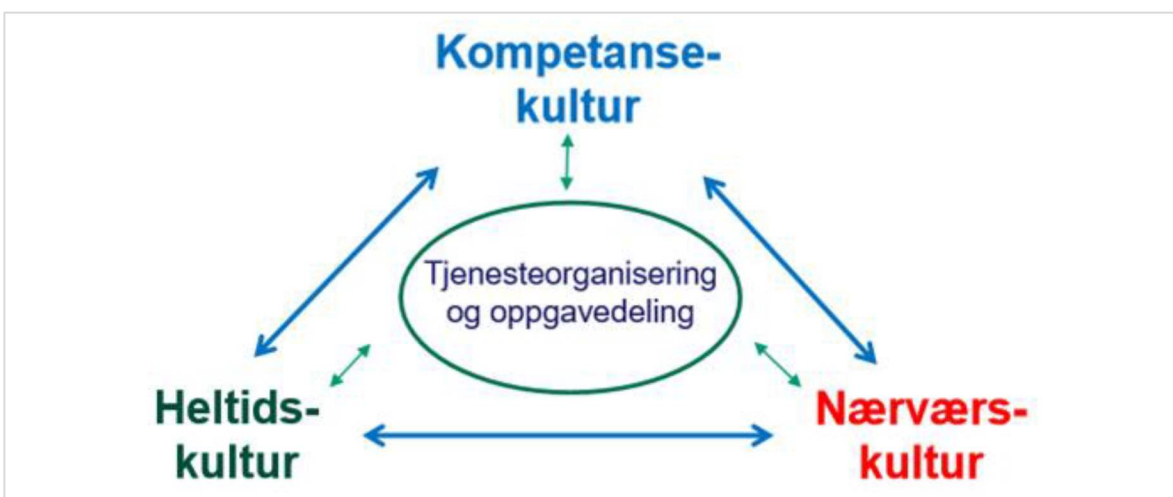
<sup>24</sup> SSB 2021. Tabell nr. 07203: Sysselsatte (AKU) (1 000 personer), etter næring (SN2007), avtalt arbeidstid, statistikkvariabel, år og kjønn (2020)

faglige rasjonaliteten. Omsorgsrasjonaliteten er forankret i uegennyttige familieverdier. Hun mente i sin artikkel at profesjonaliseringen av pleie- og omsorgstjeneste var feil vei å gå.

Det kulturelle deltidsmandatet (Egeland og Drange 2014) henter sin legitimitet dels i den norske familiepolitikken og dels i denne omsorgsrasjonaliteten. Denne tenkningen finner vi igjen både hos deltidsansatte, deres partnere på hjemmebane og hos mange kommunepolitikere. Krav til faglighet kan begrenses, det er «de gode holdningene» til brukerne som er viktig (Bråthen og Moland 2019).

Konklusjon: Kompetansekultur, heltidskultur og nærværskultur henger nært sammen, på samme måte som motsatsene «amatørkultur», deltidskultur og fraværskultur. Det er nesten umulig å styrke ett av områdene uten samtidig å trekke inn de andre. Myndighetenes visjoner om nye tjenester og nye måter å organisere dem på kan på den ene side<sup>25</sup> stimulere til satsing på mer kompetanse, heltid og nærvær, men manglende forståelse for sammenhengene kan samtidig stå i veien for å nå de store målene vi beskrev innledningsvis i kapittel 8.

Målene om å utvikle en nærværskultur og en sterkere kompetansekultur er umulig å nå så lenge deltidskulturen er sterk. Men jo større heltidsandel, jo lettere vil det være å øke både nærværet og kompetansen i de lokale personalgruppene (Moland og Bråthen 2019). Det vil også kunne bidra til flere dedikerte medarbeidere (Abrahamsen og Fekjær 2017). På de siste års større konferanser om personalpolitikk har mer kunnskap om denne sammenhengen vært sterkt etterspurt. For tiden er «trekanten» i Figur 8-2 under sentral i tilnærmingen hos KS i deres arbeid med å skape forståelse for hvor viktig det er å utvikle en heltidskultur. Figuren ble første gang presentert av Fafo på en KS-konferanse om arbeidsgiverpolitikk på Hamar i 2017.



Figur 8-2 Gjensidighet mellom heltids-, kompetanse- og nærværskultur samtidig som kulturer påvirker og påvirkes av verdier, organisering og praksis

I denne versjonen har vi plassert «tjenesteorganisering og oppgavedeling» i midten av trekanten. Dette er ikke bare gjort for å speile perspektivet som ligger til grunn for «Leve hele livet»-satsingen. En virksom kultur er mer enn verdier og holdninger. Det handler også om praksis. Tilsvarende bygger «morgendagens» organisasjonsformer på kulturforutsetninger som per i dag ikke er til stede.

<sup>25</sup> Amatørkultur brukes her retorisk som motsatsen til kompetansekultur. I referanselitteraturen kommer dette til syne ved at kommunene benytter en stor andel ufaglært arbeidskraft, gjennomfører kompetansekartlegginger uten strategiske motiv, og ved utsagn fra ansatte om at gode holdninger er viktigere enn fagkompetanse. Omfattende bruk av ansatte med lavere kompetanse enn normert og tidvis underbemanning forteller også om arbeidsgivere som synes det er greit med et høyt innslag av lavt kvalifiserte tjenesteytere.



# Litteraturliste

- Abbedissen, K. og Mannsverk, K. (2016): Langturnus i helsevesenet - En studie for å avdekke hvordan langturnus fungerer i pleie- og omsorgssektoren i Bergen kommune. Masterutredning i økonomisk styring (BUS) Norges Handelshøyskole.
- Abrahamsen, B (2002): Hvorfor utdanne to pleiere for å få én? En studie av yrkesløpet til hjelpepleiere og sykepleiere. Oslo, ISF og Pax Forlag.
- Abrahamsen, B., Fekjær, Silje B. (2017): Dedikasjon og deltidsønsker blant politi og sykepleierstudenter. Tidsskrift for samfunnsforskning 58 (4), 389-408.
- Abrahamsen, B og H. Høst (2005): Deltid rekrutterer til pleieyrkene. SPS-kronikk 02/00
- Agenda Kaupang (2014): Kostnader og gevinster ved redusert deltid. Veiledningshefte til regnemodell.
- Agenda Kaupang, Proba, Sintef (2020): Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Andersen, R. K., Skålholt A og Tønder A.H (2019): Relevans i fag- og yrkesopplæringen. Underveisnotat fra utviklingen av fagarbeiderundersøkelsen og arbeidsgiverundersøkelsen Fafo-notat 2019:10
- Andersen, R. K., Colman H. L. og Moland L. E. (2009): Oppdragstakere i norske kommuner. Lønnsarbeid eller fritidssysse? Fafo-rapport 2009:07
- Aspøy, T, M., Nicolaisen, H og Nyen, T (2013): Vilkår for læring i kommunene -En kartlegging av fire arbeidsfelt. Fafo-rapport 2013:35.
- Austad, I. (2015): Involveringens betydning for en vellykket langturnus. En kvalitativ studie blant ansatte i langturnus. Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Fakultet for helsevitenskap
- Bakkeli, V, Sterri, E. B. og Moland, L. E: (2016): Strategisk rekruttering av unge til kommunal sektor. Fafo-rapport 2016:04.
- Bakkeli, V., Steen Jensen, R. og Moland L. E. (2012): Kompetanse i kommunene. Fafo-rapport 2013:51
- Bersvendsen, T. (2020). Effects of home-based reablement: A micro-econometric approach. Doctorial Dissertation at the University of Agder.
- Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K., & Ytrehus, S. (2011): Kompetanseutvikling i sykehjem; ansattes perspektiv. Nordisk tidsskrift for helseforskning, 61-75.
- Brevik, I., Djuve, A.B., Hagen I. M, Hermansen, Å., Lien, L. og Moland L. E. (2016): Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene. Fafo-rapport 2016:06.
- Bråten, M. og Tønder, A. H. (2020): En utdanning til randsonen? Barne- og ungdomsarbeiderfagets plass i arbeidslivet. *Søkelys på arbeidslivet* 03 / 2020 (Volum 37).
- Bråthen, K. og Moland, L.E. (2019): Dypdykk i deltidskulturen i fire Sørlandskommuner. Fafo-rapport 2019:06.
- Bråthen, K. (2016): Langturnus og tjenestekvalitet: En undersøkelse av fem enheter i Bergen kommune. Kapittel 9 i Ingstad, K., red. *Turnus som fremmer heltidskultur*. Gyldendal Akademisk.

- Christensen, D.A., Ervik, R, Linden, T.S: (2020) Befolkningens holdninger til økt bruk av ubetalte frivillige i eldreomsorgen: Resultater fra et surveyeksperiment. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 01/2020 Volume 6.
- Dæving, E. og Tobiassen, A.E (2020): Realkompetansevurdering i norske kommuner. *Nordic Journal of Vocational Education and Training* Vol. 10, No.3,1-16.
- Egeland, C., Drange, I (2014): Frivillig deltid - kun et spørsmål om tid?
- Ellingsen, D. og Lilleaas U.B. (2014): Noen vil ha det slik. Tradisjonelle kjønnsroller og svake levekår på Sørlandet. Kristiansand: Portal Akademisk.
- Engbråten, A, L. (2015): Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling" - evaluering av langturnus i Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune. Nordlandssykehuset og Bodø kommune.
- Førland, O. og Skumsnes, R (2016): En oppsummering av kunnskap om Hverdagsrehabilitering. Omsorgsbiblioteket
- Gautun, H. (2002): Når fleksibilitet fremmer fellesskap. Nye arbeidstidsordninger innen pleie og omsorg. Fafo-rapport 399.
- 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-rapport nr 14/20.
- Gjellebæk, C, Samuelsen F, Winther R (2019): Prosjekt virtuell korttidsavdeling i Halden kommune. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2019:1.
- Goffeng, E. M., Nordby, K-C, Tarvainen M., Järvelin-Pasanen, P, S., Wagstaff A., Goffeng L.O., Bugge, M., Skare Ø. and Sigstad Lie J-A. (2020): Fluctuations in heart rate variability of health care workers during four consecutive extended work shifts and recovery during rest and sleep. Artikkel I Goffengs doktoravhandling. Publisert i: *Industrial Health* 2018, 56, 1–10
- Grepperud, G. og Lie, I (2016) Kompetansearbeid i Sør-Varanger kommune Utfordringer, strategier og tiltak. En casestudie. UiT The Arctic University of Norway – 2017 Septentrio Reports, number 2, 2017
- Hakim, C. (2011): Women's Lifestyle Preferences in the 21st Century: Implications for Family Policy in Beets, Schippers and Velde (Editors) *The Future of Motherhood in Western Societies*. Springer Science+Business Media B.V.
- Hansen, E. H., Boman, E., Bing-Jonsson, P., & Fagerstrom, L. M. (2020): Introducing nurse practitioners into Norwegian primary healthcare: experiences and learning. *Res Theory Nurs Pract*, 34, 21-34.
- Helsedirektoratet (2020): Kompetanseløft 2020 - Personell og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingstrekk og status 2018.
- Hilsen, A. I. og Tønder A. H. (2013): «Saman om» kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. Notat for programmet «Saman om ein betre kommune» Fafo-notat 2013:03.
- Hjemås, G, Zhiyang, J., Kornstad T og Stølen N.M (2019): Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. SSB-rapport 2019/11.
- Holmøy, E., J. Kjølvik og B. Strøm (2014): Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover. Statistisk sentralbyrå rapporter 2014/1.

- Holmøy mfl. (2020): «Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060 Betydningen av flere eldre, helsetilstand og familieomsorg» Rapport 2020/43 fra Statistisk sentralbyrå.
- Haabesland, A, Ruenes A, C. og Aasheim, J (2017): Er dagens organisasjonskultur i Helse- og omsorgssektoren den ideelle for å håndtere kommende endringer i sektoren? Masteroppgave. Fakultet for samfunnsvitenskap. Universitetet i Agder.
- Ingelsrud, M. H og Falkum E. (2019): Heltidskultur i kommunal helse og omsorg Et spørsmål om fordeling av arbeid. Arbeidsforskningsinstituttet AFIs FoU-resultat 2019:05. Oslo Met.
- Ingelsrud, M. H og Falkum E. (2017): Helsefagarbeideres muligheter for utvikling og bruk av kunnskaper og ferdigheter i jobben. Rapport for Helsefagarbeidere i Delta. Arbeidsforskningsinstituttet, FoU-resultat 02:2017
- Ingstad, Kari (2014): Innovasjon i turnus. Vikarpool – ikke optimalt, men bedre enn en 18 prosents stilling. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Rapport nr. 98. Steinkjer.
- Ingstad, K., red. (2016): Turnus som fremmer heltidskultur. Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. og Amble, N. (2015): En ny ro med langturnus. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35, 152–157.
- Institutt for helse og samfunn, UiO, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet (2018 og 2019): Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport I og II.
- Jordell, H. og F. W. Eggen (2016): Profilerings og rekruttering gjennom sosiale medier. Samfunnsøkonomisk analyse. Rapport 31-2016.
- Kjellberg, P.K. og Graff, L. (2017): Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen. Hvad kan vi lære af danske studier? Det nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning
- Kloster, P., Dahl, N.P. og Alrø, H (2019): Profesjonelle roller i borgersamtalen. Dafolo forlag. København.
- Lie, J.-A. S., Arneberg, L., Goffeng, L. O., Lie, A., Ljoså, C. H., & Matre, D. (2014): Arbeidstid og helse Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. In STAMI (Ed.): Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Lie, J.-A. S., E. Gulliksen, R. Bast-Pettersen, M. Skogstad, T. Tynes & A.S. Wagstaf (2008) Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Rapport nr. 21/2008
- Lien, H (2019): Økende arbeidsstyrke. SSB, Arbeidskraftundersøkelsen. SSB om ufrivillig deltid.
- Lilleskog, S, A (2018): Fra deltid til heltid Hvilke forhold er det som bidrar til deltid og hva kan gjøres for å få flere ansatte i heltidsarbeid i helse- og omsorgstjenesten i Karmøy kommune? Masteroppgave. Universitetet i Agder.
- Lorentzen, H og Tingvold, L (2018): Frivillig innsats: Hindre i omsorgssektoren. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Årg. 4, Nr. 2.
- Ludvigsen, K og Danielsen, H (2014): Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester? Uni Research Rokkanseteret, KS-FOU. Rapport 2.

- Lysø, R., Løe, I.C. (2020): Evaluering av tre trønderske piloter. TFoU-rapport 2020:7.
- Moland, L.E., Bakkeli, V., Hilsen, A. I. og Lien, L. (2015): Saman om ein betre kommune: Dypdykk i 16 kommuner (2). Fafo-rapport 2015:50.
- Moland, L.E. og Egge, M. (2000): Kommunal sektor - bedre enn sitt rykte? Strategier for å rekruttere og beholde arbeidskraft. Fafo-rapport 337.
- Moland, L.E., Elgvin, O., Hilsen, A. I. & Lien, L. (2014): Saman om ein betre kommune: Dypdykk i 16 kommuner. Fafo-rapport 2014:17.
- Moland, L.E. og Bråthen, K. (2019): En ny vei mot heltidskultur. Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse. Fafo-rapport 2019:15.
- Moland, L.E. og Bråthen, K. (2012a): Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger? Oslo: Fafo.
- Moland, L.E. og Bråthen, L. (2012b): Langturnus og hele stillinger i Bergen kommune. Arbeidstid i tjenester for utviklingshemmede og psykisk syke. Fafo-rapport 2012:60.
- Moland, L.E. og Olberg, D. (1989): Man må jo prøve å være litt elastisk. Fafo.
- Moland, L.E., Bråthen, K., Ure, O.B., Renå, H., Skattum, C. & Sollien, T.H. (2010): Strategisk kompetanseutvikling i kommunene. Sandvika/Oslo: Asplan Viak AS og Fafo
- Moland, L.E. (2015): Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid. Fafo-rapport 2015:25.
- Moland, L.E. (2013): Kunnskapsstatus om heltids-deltidsproblematikken. Perspektiver og tiltak for å redusere omfanget av ufrivillig deltid og organisere for heltids-ansettelser Fafo-rapport 2013:27.
- Moland, L.E. og Schanche, P. (2019): Lang vei mot heltidskultur. Evaluering av tre pilotprosjekter i Bodø kommune. Fafo-rapport 2019:08.
- Moland, L.E. og Bråthen, K. (2021): Heltids- og deltidansettelser i sykehusene. Om bruk av flerdelte stillinger ved Sykehuset Østfold. Fafo-rapport 2021:1
- Moland, L.E. og Lien, L. (2013): Heltid i Nord. Hvorfor lykkes Finnmark? Fafo-rapport 2013:37. Oslo: Fafo.
- Moland, L.E. (2007a): Flink med folk i norske kommuner. Evaluering av et landsomfattende utviklingsprogram 2003–2006. Fafo-rapport 2007:17.
- Moland, L.E. (2006): Erfaringer med «Fleksibel arbeidstid» ved Abildsø bo- og rehabiliteringssenter. Fafo-notat 2006:11.
- Moland, L.E. (1994): De små grå. Deltidsarbeid og ansettelsesformer i kommunene. Fafo-rapport 171.
- Moland, L.E. & H. Gautun (2002): Deltid: Bidrag eller hemsko for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren. En studie av arbeidstid og undersyssetning blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Fafo-rapport 395.
- Moland, L.E. (2021): Mulige og umulige turnuser på veien mot heltidskultur. En kunnskaps- og eksempelsamling. Fafo-notat 1/2021.
- Moland, L.E., Sollien, T.H., K. Bråthen, O.B. Ure, H. Ren (2009) Strategisk kompetanseutvikling i kommunene. Asplan Viak-rapport.
- Nicolaisen, H. og K. Bråthen (2012): Frivillig deltid – en privatsak? Fafo-rapport: 2012:49.

- Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015): Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22.
- Norsk Sykepleierforbund (2012): Arbeidstidsordninger som ivaretar helse, velferd, likestilling og god praksis. NSF's arbeidstidsprosjekt. Rapport feltundersøkelse.
- NOU 2016:1. Arbeidstidsutvalget. Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet.
- Nyborg, S. (2020): Kompetanseheving for pleiepersonell med lavere helsefaglig utdanning i sykehjem. Kompetanseheving i sykehjem (Master's thesis).
- Olberg, D. & Pettersen, K. S. (2015): Arbeidstid i barneverninstitusjonene. Praktisering og regulering. Fafo-rapport 2015:01.
- Ose, S.O, Brattlid I., Haus-Reve, S., Mandal, R., Bjerkan, A.M. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene. Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester. Sintef Teknologi og samfunn.
- Oslo Economics, UiO, institutt for helse og samfunn, Nasjonalt senter for distriktsmedisin. (2021): Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport III, januar 2021.
- Oslo kommune (2018). Tillitsmodellen -sluttrapport for Prosjekt Tillitsmodellen.
- Pukstad, T, og E. Tangstrøm (2014): Deltid – en kostbar affære. Hvordan vil vi kunne bruke økonomisk analyse som bidrag til beslutninger om å øke gjennomsnittlig stillingsstørrelser i pleie- og omsorgssektoren? Masteravhandling. Handelshøyskolen i København.
- Riksrevisjonen (2019): Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen.. Dokument 3:5 (2018-2019).
- Reigstad, A. (2017): Jakten på heltidsstillinger, rett kompetanse og økt fleksibilitet i kommunehelsetjenesten. Er interne bemanningsløsninger svaret? Masteroppgave ved Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, Høyskolen i Østfold
- Rødvei, P.H (2000): Kommunene og den kompetente arbeidskraften. Gjennomtrekk og rekruttering i et organisatorisk og demografisk perspektiv. Bodø: Nordlandsforskning. Rapport nr11/2000.
- Seip, Å. A., Moland, L. E. & Olberg, D. (2019): Arbeidstidsforsøk i tre statlige etater. Fleksivakter, 12-timersvakter og samarbeidsturnus. Fafo-rapport 2019:13.
- Skaustein, T. (2015):Strategisk HRM i Stavanger kommune–utfordringer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft (Master's thesis, University of Stavanger, Norway).
- Skålholt, A., Høst, H., Nyen, T. og Tønder A.H (2013): Å bli helsefagarbeider. En kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget. NIFU-Rapport 5/2013. Fafo-rapport 2013:05.
- Skaar, S. M. S., & Pedersen, A. H. (2012): Kompetansearbeid i kommunal sektor-en strategisk satsing eller tilfeldig ressursbruk? (Master's thesis, Universitetet i Tromsø).
- Storting melding nr. 9 (1974–1975), Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.
- Straum K. L. (2020): Alle er for heltidskultur, men har de forstått hva det faktisk krever? Førstelinjlederens erfaringer med å etablere heltidskultur i kommunale helse-og omsorgstjenester. Masteroppgave. VID vitenskapelige høyskole.
- Thrana, S. A. (2019): Bok om Turnus og veien til optimal turnusplanlegging. Eget forlag. Nittedal.

- Tingvoll, L. og Magnussen, S. (2018): Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. Hvordan løses dette i ulike kommunale kontekster? *Tidsskrift for omsorgsforskning* årg 4, nr 2.
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, Østfold (2020): Prosjektrapport.
- Vedaa, Ø., Pallesen, S., Erevik, E.K., Svensen, E., Waage, S., Bjorvatn, B., Sivertsen, B og Harris, A (2018): Long working hours are inversely related to sick leave in the following 3 months: a 4-year registry study. *International Archives of Occupational and Environmental Health* Springer Ling 08.11.2018
- Viden til Velfærd (2020): Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje. Introduktion til modellen, oversigt over litteraturen og perspektiver for afprøvninger i en dansk kontekst. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.
- Viden til Velfærd (2020): Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløp. Inspirasjon til kommunene. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.
- Whittemore, R., Chao A., Jang, M., Minges, K.E., and Park, c. 2014. 'Methods for knowledge synthesis: An overview', *Heart & Lung*, 43: 453-61.
- Wiuff B, M. (2017) Opfølgende hjemmebesøg i region hovedstaden, organisering, samarbejde og oplevet utbytte. Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning.
- Wærness, K. (1984). The rationality of caring, *Economic and Industrial Democracy*, 5, pp. 185–211.