



***Helseføretaka sitt fortrinn er at gode fagmiljø tiltrekker seg gode fagfolk.***

Det må arbeidast aktivt med å framstå som ei attraktiv kunnskapsbedrift!



# Kompetanseplan

## – bakgrunn og teoretisk forankring

### 1.Føreord

Utgangspunktet for arbeidet er:

- [Regional Handlingsplan for strategisk HR 2008 – 2013](#)
- Internrevisjonsrapporten Kompetanseprofilen i helseføretaka – rett person på rett stad, av 18.februar, 2011.

*Føretaket skal vere ein attraktiv læringsarena som stimulerar medarbeidarane til å utvikle seg mot organisasjonen sine mål og tilpasse seg endringar som følgje av ny kunnskap, metode og teknologi. Helseføretaket skal også sikre seg nye og dyktige medarbeidarar til verksemda.*

- Kapittel 1– 9 må sjåast som ei innleiing og ei bakgrunnsforståing for arbeidet med kompetanseplanlegging.
- Kapittel 10, 11, 12 og 13 er malen avdelingane/ klinikkane skal fylle ut.

# 1.1 Mandat

- Personaldirektør oppnemner arbeidsgruppe:  
Ansvarleg: HMS-koordinator Hanne Sofie Myrllie og opplæringsleiar Bodil Haugen Våge.
- Ansvar:  
Bidra til at det vert utvikla ein mal for kompetanseplanlegging for dei ulike styringseiningane. På denne måten vil ein legge til rette for at alle klinikkar og avdelingar lagar egne kompetanseplanar.
- Mal for kompetanseplanar vil vere eit dynamisk verkty, med behov for justering og vidareutvikling. Vi ber om at brukarane av malane er ein del av dialogen i vidare utvikling.
- Arbeidsgruppa imøteser at ein på systemnivå, arbeidar med strategi for kompetanseplanlegging, samt verksemdsplanar, og stillingsskildringar, då dette kan støtte, og leggast til grunn for arbeidet med kompetanseplanlegging.



## \*Tiltak – rapport

- Arbeidet med utforming av plan for arbeidet og mal for kompetanseplanlegging har pågått sidan april 2011.
- Saka var oppe i leiarråd for tidlegare HSM i juni, der ein beslutta igangsetjing av pilot for prosjektet haust 2011.
- Piloten vart avslutta april 2012, og er klar for breidding frå og med juni 2012.

## 1.2 Ansvar

- I samarbeid med alle avdelingar i helseføretaket skal gruppa ha ansvar for at det vert utvikla ein helskapeleg kompetanseplan for føretaket med utgangspunkt i klinikk-/ avdelingsvise kompetanseplanar.
- Helseføretaket skal gjennomføre kompetanseanalysar av no-situasjon og framtidsbehov for kompetanse, på klinikk-, avdelings- og individnivå.
- Skriftleg dokumentasjon av analysearbeidet er viktig for høve til etterprøving.
- Arbeidsgruppa tilrår bruk av GAP, SWOT, ROS.



## 2. Innleiing

- Føretaksmøtet ba helseføretaket starte planlegging av følgjande tiltak, for gjennomføring 2010 (5.2.4 i protokoll frå føretaksmøte med Helse Sunnmøre HF, 17.02.09):

*Helseføretaket skal delta i arbeidet som skal sikre at kvart føretak, og føretaksgruppa samla, skal ha ein overordna og langsiktig kompetanseplan (5-årsperspektiv), som rullerar årleg.*

*Den skal gje grunnlag for langsiktige samarbeidsplanar med universitet og høgskular, og planlegging av eigne etterutdanningstiltak og rekrutteringstiltak.*

*Samhandlingsperspektivet skal fokuserast særskilt i kompetanseplanen.*



# Leiarane sitt ansvar

- Leiarar har ansvaret for å tiltrekke, utvikle, leie og følgje opp den kompetansen som medarbeidarane representerar med god forankring i verksemda sine mål og strategiar.
- Leiarane har ei sentral rolle, og ansvar i prosessen med å utarbeide, og forankre ein kompetanseplan for tenestene knytt til klinikk/avdeling.
- Planane bør omfatte alle som arbeidar i føretaket.

Føretaket skal til ei kvar tid ha ”*rett kompetanse, på rett stad, til rett tid*” og vere ein attraktiv læringsarena, som:

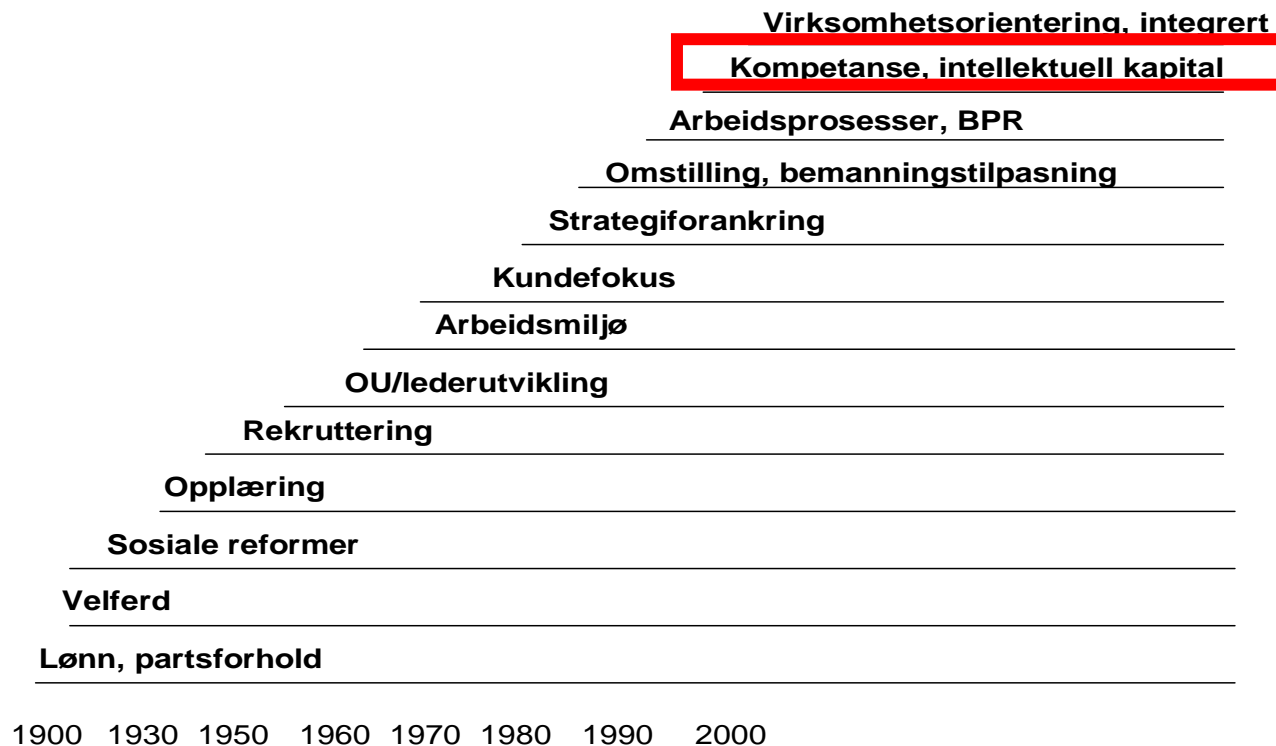
**1)** stimulerar medarbeidarane til å utvikle seg målretta og tilpasse seg endringar i pasientbehov og oppgåver/ arbeidsprosessar som følgje av ny kunnskap, metode og teknologi, og

**2)** sikrar rekruttering av nye dyktige medarbeidarar.

## Utviklingssteg HR (human resource)

Ei klargjering av at personalansvaret ligg hjå den enkelte leiar, er eit av dei utviklingstrekk som har bidrege til å gje spesialistfunksjonen endra roller og oppgåver.

Det er også andre utviklingstrekk som har underbygd skifte av betegnelse fra *Personal* til *HR*. Denne utviklinga har føregått skrittvis. Stadig nye faglege tema og oppgåver har vorte inkludert over tid slik det er illustrert i fiuren nedanfor.







# Fokus på kompetanse og kapasitet

- Den opphavslege personalfunksjonen har endra seg frå personaladministrative system *rundt* kjerneverksemda sine aktivitetar, til meir aktivt å gjelde utvikling og forvaltning av arbeidsprosessar og menneskelege ressursar (kompetanse og kapasitet) *i tilknyting til* sjølve kjerneverksemda, då med auka fokus på arbeidsprosessar, t.d i høve pasientforløp.
- Tema som leiing og utvikling av menneskelege ressursar vert dermed kjerneaktivitetar, med tilhøyrande oppgåver knytt til utvikling av arbeidsmiljø, leiings – og kompetanseutvikling, med forankring i verksemdas mål og strategiar.

## 2.1 Utarbeiding av kompetanseplanar

- **Institusjonsnivå:**  
Ansvaret for å utarbeide den strategiske planen ligg hjå direktør.
- **Klinikk-, avdelings- og einingsnivå:**  
Leiarar på alle nivå har ansvar for at tilsette si kompetanse er i samsvar med dei oppgåver dei skal løyse. Dette for å sikre eit fagleg forsvarleg tilbod til pasienten. Linjeleiars ansvar er gjennom involvering av tilsette, å utarbeide planar, og implementere kompetanseutvikling som ein del av verksemdsplanen og einingas strategiske drift.
- **Individnivå:**  
Den enkelte helsearbeidar har ansvar for å tilegne seg naudsynt kompetanse, slik at dei kan utføre sin jobb mest mogleg effektivt, og slik at dei oppfyller helsepersonellova sitt krav om fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp. Individuelle planar for kompetanseutvikling skal avtalast gjennom utviklingssamtalar. Vi tilrår at seksjonsleiar innhentar digitale cv`ar i høve utviklingssamtalar, og gjer seg kjent med dei enkelte si formal- og realkompetanse, for betre å kunne planlegge kompetanse, og disponere ressursar på ein heilheitleg måte.

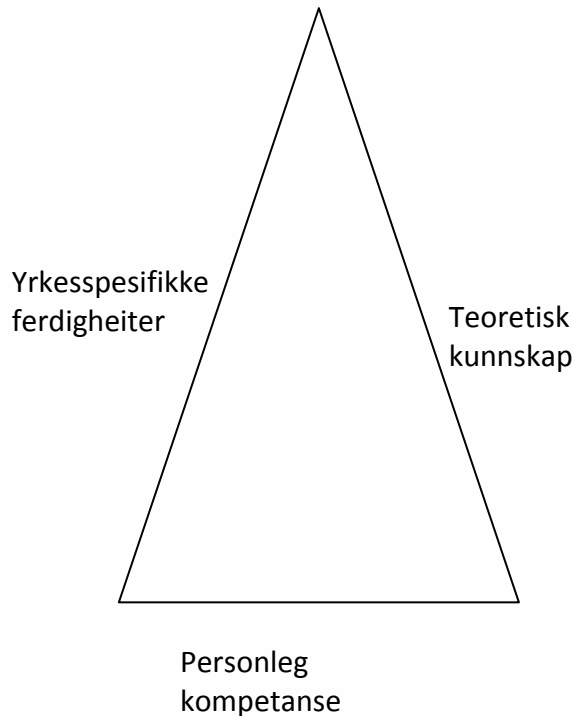
## 2.2 Fagleg forståingsbakgrunn

### Kompetanse

Er samansatt av fleire typar kunnskap og vert omtalt i litteraturen på ulike måtar. Greta Marie Skau (2008) sin kompetansemodell i boka "*Gode Fagfolk Vokser*" er ein av fleire modellar. Kompetanse er då samlebegrep for kvalifikasjonar vi treng i kvardagen. Profesjonell kompetanse eller profesjonalitet består av kvalifikasjonane som er naudsynte og hensiktsmessige i utøving av eit yrke. I profesjonsutdanningane skiller ein mellom teori og praksis, med ulike kompetanseformar knytt til desse to. Skau verdset den personlege kompetansen som del av sitt samla begrep om profesjonell kompetanse.

På bakgrunn av dette har Greta M.Skau lansert kompetansetrekanten som modell for profesjonalitet: *yrkesspesifikke ferdigheiter, teoretisk kunnskap, personleg kompetanse*

# Kompetansetrekanten



**Teoretisk kunnskap;** består av såkalla faktakunnskapar og allmenn forskingsbasert viten. Kunnskapsforma her er upersonleg og allmenn.

**Yrkesspesifikke ferdigheiter;** omfattar det profesjonsspesifikke "handverket", det vil seie eit sett av praktiske ferdigheiter, teknikkar og metodar som høyrer til eit bestemt yrke.

**Personleg kompetanse;** omhandlar den vi er som person, både for oss sjølve og i samspelet med andre. Den handlar dermed også om kven vi let andre få vere i møtet med oss, og kva vi har å gje på eit mellommenneskeleg plan. Denne sida ved kompetansen er vanskelegast å skildre, og som det tek lengst tid å utvikle.

# Oppfølging kompetansebegrepet

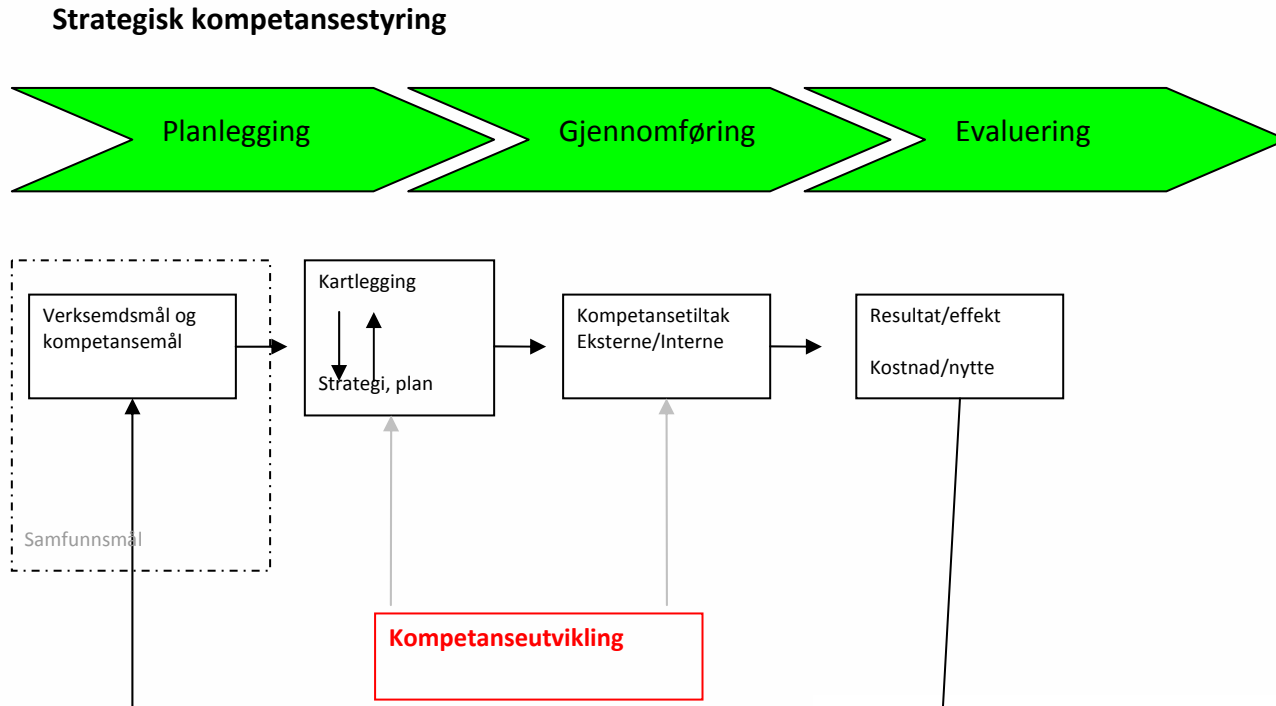
- Det er viktig å begrepsavklare i planarbeid. I kompetansetrekanten ser ein at kunnskap og kompetanse er prega av begrep som kan synast å handle om det same.
- I ein organisasjon må dette likevel handterast i ulike hensikter. I administrativ hensikt er det naudsynt å skilje mellom kompetanseplanar og opplæringsplanar slik:
  1. **Ein opplæringsplan** tek føre seg realkompetanse knytta til lokale behov, medan
  2. **ein kompetanseplan** skal skissere formell kompetanse, som skal legge til rette for rekrutterings- og investeringsplanlegging.
- Utvikling av kompetanse inneber å tileigne seg ny, endra eller høgare kompetanse. Viss kompetanseutvikling skal ha nokon effekt, må resultatata visast i endra atferd. Strategisk kompetansestyring kan definerast som *”planlegging, gjennomføring, og evaluering av tiltak for å sikre verksemda, og den enkelte medarbeidar naudsynt kompetanse, for å nå definerte mål”* (Linda Lai, 1997).

Sjå modell på neste bilete.

# Strategisk kompetansestyring

I denne sammenhengen vert styring *kontakt og kontroll med prosess*.

Med **strategisk kompetanseutvikling** meinast systematisk utvikling av tilsette sin kunnskap, ferdigheiter og haldningar på alle nivå i sjukehuset, slik at vi kan realisere våre mål og strategiar.





## Døme på bruk av modellen for strategisk kompetansestyring:

- Budsjettarbeid
- Verksemds- og funksjonsplanar
- HMS-arbeid
- Pasientforløpsarbeid
- Strategiarbeid og handingsplanar
- Dette er også døme på områder som skal vere gjenstand for årleg revisjon. Det er naturleg å knyte desse til kompetanseplanlegging.

# Definisjonar knytt til omgrepet *kompetanse*

***Kompetanse*** kan vere evna til å ta i bruk kunnskap, ferdigheiter og haldningar i konkrete situasjonar.

- **Kunnskap** kan vere teoretisk informasjon, fagkunnskap og allmenn forskingsbasert viten.
- **Ferdigheiter** kan vere teknikkar og metodar ulike yrkesgruppene nyttar i si praktiske utøving.
- **Haldningar** vert gjenspegla i atferd. Haldningar er personlege, og er prega av verdiar. Arbeid med implementering av sjukehuset sine kjerneverdiar kan vere ein metode for å utvikle ynskta haldningar hjå tilsette. Haldningar vert m.a. utvikla gjennom refleksjon og tilbakemelding på arbeidet.

*Kompetanse* er eit vidt begrep.

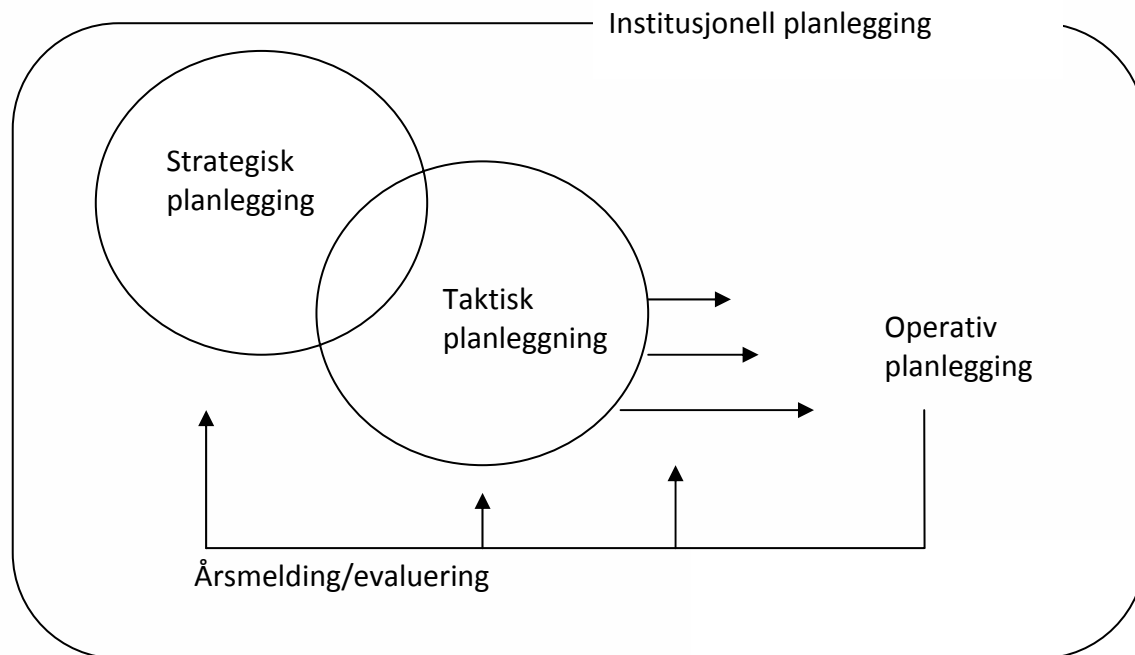
Vi er opptekne av ***organisatorisk kompetanse, kjernekompetanse, endringskompetanse og strategisk kompetanse***. Begrepet ***kritisk kompetanse*** nyttast gjerne når fagmiljøet er sårbart, i motsetnad til robust, når det er vanskeleg å skaffe kompetanse og konsekvensane av kompetanssemangel er store.



# Kompetanseplanlegging

Derfor er det viktig å ha planar for kompetanseutvikling/ kompetansehevande tiltak, herunder både for:

1. rekruttering
  2. etter- og vidareutdanning
  3. interne planar for opplæring/ kurs/faglege utviklingsplanar
  4. og planar for kompetansehevande tiltak i samarbeid med kommunane.
- Kompetanseplanar vert eit prosessorientert verktøy for leiarar, for å nå strategiske mål.
  - Figuren nedanfor skildrar korleis kompetanseplanar kan bidra til institusjonell planlegging.



# Forvaltning av *human kapital*

- **Human kapital** kan her nyttast som eit uttrykk for dei tilsette sine kunnskarar og ferdigheiter i bedrifta eller kommunen. Denne kapitalen kan aukast gjennom utdanning og opplæring. Kostnadar til dette er dermed ei investering i human kapital med økt verdiskaping som forventa effekt.
- Både **formell og uformell kompetanseutvikling** og økt bruk av medarbeidarane sine kunnskarar og ferdigheiter gjennom involvering, vil styrke verksemdas samla human kapital. Sosial kapital handlar om tillit, kommunikasjon, og felles kompetanse.
- **Sosial kapital** utviklast av organisatoriske løysningar og leiing som fremjar involvering av alle på arbeidsplassen i spørsmål om utforming av arbeidsoppgåver og utviklingsarbeid /prosjekter. Auka sosial og human kapital, aukar meistringskjensla, evne og vilje til å ta ansvar, og til å bidra med forslag som kan skape **innovasjon**.
- På bakgrunn av dette vil **systematisk kompetanseplanlegging** innebere planar for rekruttering, etter- og vidareutdanning, utarbeiding av stillingsbeskrivelsar, samt gjennomføring av utviklingssamtalar og kompetanseutvikling gjennom konkrete opplæringstiltak (t.d fagleg oppdatering, IKT-oppdatering, smittevern, brannvern, m.v).



# 3.0 Kompetansestyring

## 3.1 Avdelings- og klinikknivå:

- Kompetanseplanen må inneha analysar av befolkningsutvikling i fylket og kommunane komande 20 år, og konsekvensar/ trendar i høve behovet for spesialisthelseteneste knytt til aktuell verksemd.
- Det må som ein har nemnt i høve metode, føreligge skildring av dagens kompetansesituasjon og kompetansebehov i framtida. Eventuelle gap mellom noverande og framtidig kompetanse må kartleggjast, ved bruk av tilrådde analyseverky.
- Sørgje for at det vert etablert ei planmessig arbeidsfordeling mellom personellet, gjennom kartlegging av arbeidsplanar og stillingsbeskrivingar, for å sikre god ressursutnytting og best mogleg kvalitet i behandling, pleie og omsorg.

## 3.2 Betydinga av kompetanseplanar

### 3.2.1 Sikre rekruttering og stabilisering

- Ein kompetanseplan, bør innleiingsvis skildre kva betyding den har for rekruttering og stabilisering av personell i spesialisthelsetenesta.
- I rekrutteringsperspektiv, bør den fokusere på naudsynet av å ha gode, og mange nok lærlingplassar, praksisplassar for studentar, tilrettelagte arbeidsplassar for personar med redusert funksjonsevne, og personar NAV har avklart.
- Planen bør skildre policy for tilsette knytt til stipendordningar, bindingstid, eiga fagleg utvikling, forpliktelsar og spreing av tilegna kompetanse.

### 3.2.2 Arbeidsmiljø og sjukefråver

- Planen bør skildre korleis ein gjennom tilrettelegging for kompetanseheving i større grad vil bidra til å møte behova til den moderne arbeidstakar i form av personlege utviklingshøve. Dette vil sannsynlegvis bidra til auka trivsel og betre, meir attraktivt arbeidsmiljø, noko som jmf. NOU 2010:13 kan bidra til lågare sjukefråver i sektoren.

### 3.2.3 Sikre kompetanseutvikling

- Å utvikle ein god kompetanseplan signaliserar profesjonalitet i tenesteproduksjon og kunnskapsutvikling, samt bidreg til identitetsbygging hjå tilsette.
- Føretaket sin kunnskapskapital vert framheva og menneska i organisasjonen synleggjort. Personleg utvikling hjå tilsette vert oppfatta som eit viktig kriterium for motivasjon, arbeidsmiljø og konkurransedyktigheit.
- Oppdatert og godt forankra kompetanseplan i føretaket er anteken å medføre auka etterspurnad hjå tilsette i høve dyktiggjering i tenesteproduksjon.
- Aktivt fokus på strukturert og målretta kompetanseplanlegging vil synleggjere tilsette sine høve for etter- og vidareutdanning både på vidaregåande skule nivå og på høgskule- og universitetsnivå.

### 3.2.4 Viktig for omdømmebygginga

- Specialisthelsetenesta er ei teneste som har store utfordringar knytt til omdømmebygging. Professor Kjell-Arne Røvik (2007, side 63) definerar omdømme som: *"Summen av omgivelsenes oppfattede erfaringer med organisasjonen."*
- Oppdatert og oversiktleg kompetanseplan vil bidra til eit godt omdømme for føretaket, ved at ein viser seg som viktig tenesteleverandør i velferdssamfunnet, og signaliserar at føretaket er kvalitetsbevisst i høve tenesteutviklinga.

### 3.2.5 Tilråding ifrå internrevisjonen Helse Midt-Noreg 2011:

1. Helseføretaket bør starte eit arbeid med kompetanseplanar, og sikre at dette arbeidet vert gjennomført i heile organisasjonen.
2. Som eit grunnlag for gode kompetanseplanar, bør helseføretaket kartlegge tilgjengeleg kompetanse og framtidige kompetansebehov med tanke på å identifisere eit eventuelt gap mellom noverande kompetansebeholdning og framtidige behov.
3. Helseføretaket bør sørge for at det vert etablert ei planmessig arbeidsfordeling mellom personellet, som sikrar god ressursutnytting og best mogleg behandling, pleie og omsorg.

# 4.0 Målretta strategisk kompetanseutvikling

## 4.1 Litt om tilrådte metodiske tilnærmingar:

- **Gap-analyse** er eit verkty for å finne ut i kva retning ein treng å utvikle avdelinga, og kva tiltak som kan bidra til å kome dit. Det er eit nyttig verkty for å mobilisere medarbeidarane i dette arbeidet, og få til eigarskapskjensle til dette. Verktøyet kan nyttast i høve mål- og strategiarbeid eller annan type avdelingsutvikling.
- **SWOT/SOFT** er ei engelsk forkorting for styrkar og svakheiter no, og moglege løysningar og farar i framtid. Metoden er nyttig for å få ei felles forståing av kvar ein er og kvar ein vil.
- **Risiko og sårbarheitsvurdering (ROS)**

# Maldokumentet og planen i EQS skal:

- Sikre at tiltak for å utvikle medarbeidaren si kompetanse er målretta, forutsigbar og kan evaluerast.
- Bestå av tiltak som er periodisert, kostnadsberegna og prioritert.
- Bidra til å utvikle og nytte sjukhuset sin samla kompetanse.
- Bidra til at føretaket får løyst sine oppgåver og når sine mål. Dette dokumentet utgjør den overordna kompetanseplan for føretaket, med ein generell del.
- I den generelle delen skildre helsepolitiske føringar, trendar, ansvar og forpliktelsar samt forklare ord og uttrykk knytt til kompetansebegrepet.
- Vidare vil bestå av ei rettleiing og ein mal for klinikkvise kompetanseplanar.
- I tillegg til føringane i den generelle delen, innehalde fagspesifikke nasjonale føringar for det enkelte fagfelt.



# 5.0 Nasjonale føringar

- **Myndighetene** har overordna ansvar overfor utdanningsinstitusjonane med tanke på å dimensjonere utdanningar for å sikre tilstrekkeleg og kompetent personell i helsetenesta.
- **Den enkelte helseinstitusjon** må i tillegg møte kompetansebehovet med eit breitt spekter av tiltak.
- Verksemda si evne til målrealisering vil avhenge av i kva grad verksemda klarer å rekruttere, disponere, forvalte og utvikle kompetansen gjennom vidareutdanning og etterutdanning.
- **Kommunehelsetenesta** er fundamentet i det samla helsetenestetilbodet.
- **Spesialisthelsetenesta** løyser oppgåver i helsetenesta som krev kompetanse og ressursar utover det kommunehelsetenesta er satt opp med. Tenesta skal bistå med rettleiing til pasientar og kommunalt tilsett helsepersonell, som i enkeltsituasjonar og som kompetansehevande tiltak på ein systemretta måte. Spesialisthelsetenesta skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasientar med akutte, alvorlege og kroniske sjukdomar og helseplager.

Spesialisthelsetenestelova § 3-8 skildrar føretaka sine hovudoppgåver:

1. Pasientbehandling
2. Forsking
3. Utdanning av helsepersonell
4. Opplæring av pasientar og pårørande

## 5.0 Nasjonale føringar forts.

- **Nasjonal helseplan** skildrar helsetenesta som ei kunnskapsverksemd med personell som viktigaste innsatsfaktor, grunnmur og verdiskapar. Den formelle og reelle kompetanse, og kor vidt personellet er eigna, utgjer gunnlaget for all verdiskaping i tenesta. Helsetenesta har viktige utdanningsoppgåver, både i høve grunnutdanning, turnusteneste, vidareutdanning og etterutdanning av personellet.
- I Nasjonal helseplan føreset ein at helseføretaka og kommunane, som arbeidsgjevar og avtalepart, planlegg og eventuelt etablerar kompetansestrategiar slik at tenesta si samla kompetanse står i forhold til dei oppgåver dei har og dei framtidige utfordringar dei står overfor. Føringane i Nasjonal helseplan vert fulgt opp i det årlege "Oppdragsdokumentet" til dei regionale helseføretaka og vert konkretisert vidare gjennom Styringsdokumentet til dei enkelte helseføretak. Tilsvarande konkretisering skjer overfor universitet og høgskolar.
- Vi vil også vise til Nasjonale mål og prioriterte område for helse og omsorg. Helsedirektoratet lagar rundskriv for dette kvart år, til administrativ og politisk leiing i kommunane, og fylkeskommunane, samt administrativ leiing i dei regionale helseføretaka og hjå fylkesmennene. Rundskriv IS-1/2011.

## 5.1 Trendar i høve demografisk utvikling

- Det er ei ynskt utvikling at både utreiing, behandling, rehabilitering, omsorg og pleie skal kunne ytast så nær pasienten sin heim som mogleg.
- Kunnskapstilfanget i helsesektoren akselererar. Det er 93 000 årsverk i spesialisthelsetenesta. Dei kommunale tenestene vil auke, hovudsakleg innan helsefagarbeidarar, tilsette med helse- og sosialutdanning og vidareutdanning. Dette kan bety at spesialisthelsetenesta vert ytterlegare spesialisert.
- Det er ei overordna politisk målsetjing å redusere andelen ufriviljug deltid. Befolkning eldre enn 70 år vil auke frå ca år 2010. Den yrkesaktive delen av befolkninga vil ikkje auke tilsvarande.
- F.o.m. 2014 vil avstand mellom omfang av omsorgsbehov hjå eldre og talet på omsorgsgjevarar auke. Det vil verte mangel på arbeidskraft, og helsesektoren vil måtte konkurrere med andre sektorar i høve utdanningsval, yrkesval og rekruttering.

## 5.2 Framtidas helse- og omsorgsutfordringar

- St.meld. nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreforma – skildrar at hovudutfordringane innan helse- og omsorgstenestene er knytt både til eit pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv. Meldinga tilkjenner at betre samhandling er naudsynt, og bør være eit av helse- og omsorgssektorens viktigaste utviklingsområde framover. Det er ei god helse- og omsorgsteneste, som skal gjerast betre.
- Reforma er i hovudsak ei kommunehelsereform og kommunane sine skildringar av framtidas utfordringar bør bygge på reforma sin intensjon og mål.
- Samhandlingsreforma byggjer mellom anna på forskning som visar at dei største utfordringane i framtida ligg i dei store befolkningsgruppene som vil rammast av livsstilsjukdommar som KOLS, diabetes og overvekt, samt personar som rammast av kreft, demens, rusproblematikk og psykiske lidningar. Desse gruppene vil ha eit særskilt behov for helsehjelp på kommunalt nivå.
- Det er viktig at kommunane sine kompetanseplanar skildrar forventna utvikling i kommunen, mellom grupper med særskilt behov for helsehjelp. I tillegg til dei store gruppene som reforma skildrar, vil det vere viktig å ha fokus på førekomst av t.d. trafikkskadde, asylsøkarar og flyktningar. Dersom kommunen har brukargrupper som krev anna fagpersonell enn det ein tilbyr i dag, er det viktig å skildre dette i kompetanseplanen, foreslå ein faglig profil og breidde som kan ivareta tenestebehovet til desse brukargruppene.

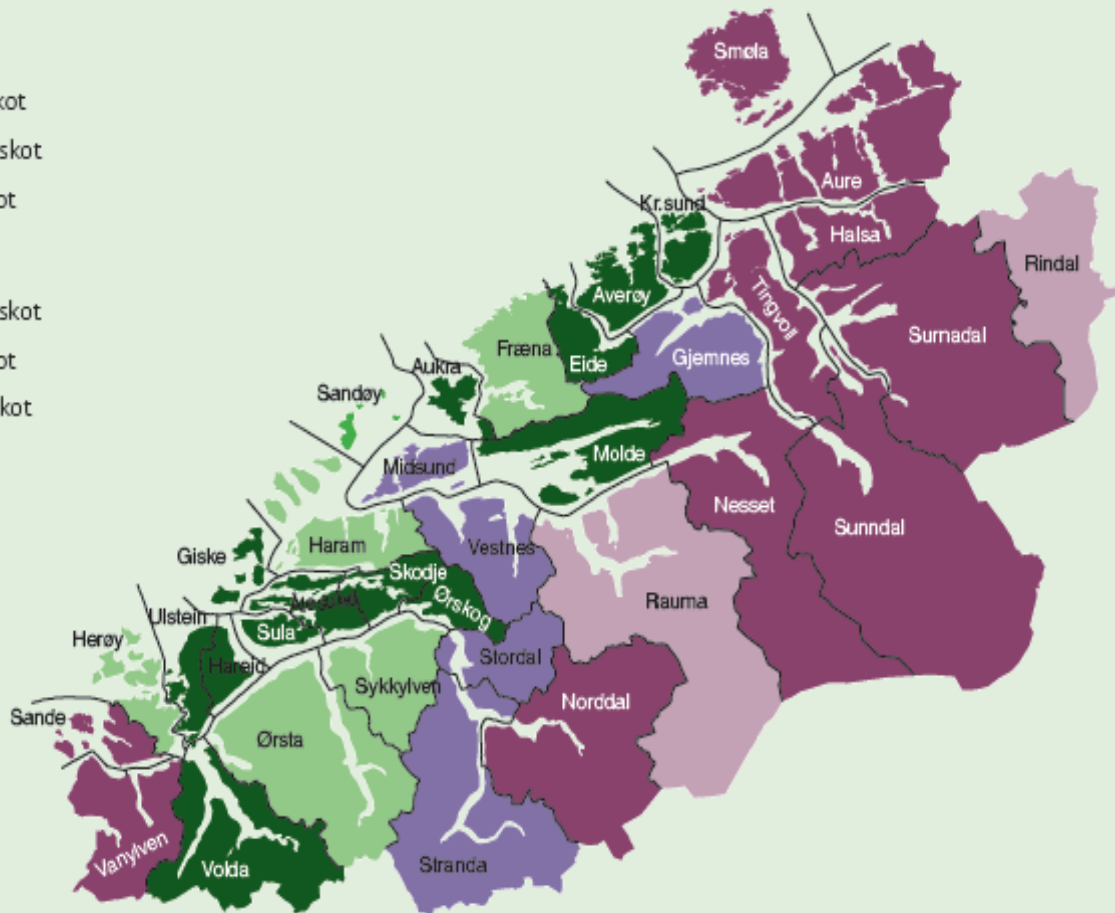
### Befolkningsendring etter nettoflytting og naturleg tilvekst 2000 - 2010

#### Befolkningsvekst med

- Netto innflytting og fødselsoverskot
- Netto innflytting og fødselsunderskot
- Netto utflytting og fødselsoverskot

#### Befolkningsnedgang med

- Netto innflytting og fødselsunderskot
- Netto utflytting og fødselsoverskot
- Netto utflytting og fødselsunderskot



## 8.0 Samla oversyn på kompetansesamansetjing i føretaket

### Kompetansesamansetjing årsverk totalt i føretaket:

Yrkesgrupper	2005	2012	Endring
Leger	354	480	126
Sjukepleiarar	1515	1673	158
Hjelpepleiarar	378	237	-141
Bioingeniør	151	170	19
Psykologer	64	100	36
Fysioterapeuter	80	94	14

# 8.1 Tal tilsette i deltidstillingar prosentvis totalt i føretaket

- Problemstillingar knytt til uønska deltid og ulike turnusordningar er tilbakevendande tema i faglege diskusjonar. Erfaringar har vist at å auke stillingsprosent og redusere talet på deltidstillingar kan vere eit godt strategisk grep for kommunen framfor å opprette nye stillingar. Ein strategi der føretaket satsar på arbeidstakarar som allereie er i organisasjonen, vil vere effektiv både i høve kompetanseheving og rekrutteringsarbeid.
- Planen bør skildre korleis føretaket kan arbeide med reduksjon av deltidstillingar, og kva positive konsekvensar dette kan gje. Større stillingsandelar er også viktig av hensyn til brukarane sine ynskje og behov for færrast mogleg tenesteytarar å forholde seg til.
- Eit aktivt fokus på reduksjon av deltidstillingar er vesentleg i høve arbeidet med nyrekruttering av fagpersonell og reduksjon av sjukefråver. Kommunen bør også kartlegge kor stor andel av dei ansatte som arbeidar deltid som ynskjer større stillingsdel.



# Tabell?



# 9. Oppsummering generell del

- Kompetanseplanar tek utgangspunkt i sjukehuset sine lovpålagte oppgåver, overordna mål og strategiar, satsingsområde, prioriterte oppgåver og styringskrav frå eigar. Planar må ta høgde for befolknings- og sjukdomsutvikling, fagleg og teknologisk utvikling, samt arbeidsmarknad. Ikkje minst har helselovene og tilhøyrande forskrifter, klare forventningar til at kvalitet og naudsynt kompetanse fins. Det er også ei klar forventning om at organisasjonen er endringsvilleg og tek i bruk erfaringar og ny kunnskap. Klinikkvise kompetanseplanar, som ein integrert del av klinikkane sine verksemdsplanar, vil danne grunnlag for ein overordna kompetanseplan for føretaket.
- Ved behov ber ein om at avdelingssjef eller klinikk-sjef tek kontakt med HMS-koordinator Hanne Sofie Myrliie eller opplæringsleiar Bodil Haugen Våge for eit dialogmøte kring bruken av verktøyet.

*Lukke til med det gode arbeidet!*