



Rapport 2019/27 | For Norsk Sykepleierforbund



## Ingen går i fakkeltog for pleie og omsorg!

Sykepleiemangelen vil gjøre det stadig mer krevende å sikre forsvarlige og likeverdige helse- og omsorgstjenester

Anette Kristiansen, Ingeborg Rasmussen og Inger Lande Bjerkmann

# Dokumentdetaljer

Tittel	Ingen går i fakkeltog for pleie og omsorg!
Rapportnummer	2019/27
ISBN	978-82-8126-423-6
Forfattere	Anette Kristiansen, Ingeborg Rasmussen og Inger Lande Bjerkmann
Prosjektleder	Ingeborg Rasmussen
Kvalitetssikrer	Sidsel Sverdrup
Oppdragsgiver	Norsk Sykepleierforbund
Dato for ferdigstilling	7.juni 2019
Kilde forsidefoto	Pexels.com

## Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk utredning, evaluering, rådgivning og forskning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder omfatter klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, byutvikling og velferd.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

# Forord

På oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund har Vista Analyse undersøkt kommunenes muligheter til å gi et likeverdig tjenestetilbud innen helse og omsorg gitt utfordringene sektoren står overfor nå og i årene som kommer. Vi har også sett på hva som skal til for å rekruttere og beholde fagkompetanse gitt utfordringene og hvorvidt vi ser en todeling av markedet i de undersøkte kommunene.

Arbeidet er gjennomført av Anette Kristiansen, Ingeborg Rasmussen og Inger Lande Bjerkmann. Sidsel Sverdrup har vært prosjektets kvalitetssikrer. Arbeidet startet opp i november 2018 og ble sluttført i april 2019. Vi takker Bjørn Lydersen, Nina-Merete Kristiansen og Jon Fredrik Konstali i Norsk Sykepleierforbund som har utgjort prosjektets referansegruppe og vært viktige diskusjonspartnere for oss. Endelig vil vi takke Norsk Sykepleierforbund ved Arvid Libak, Kari Elisabeth Bugge og Harald Jesnes for et spennende oppdrag.

***Ingeborg Rasmussen***

Prosjektleder og partner i Vista  
Vista Analyse AS

# Ordliste

---

<b>Omsorgs- trappa</b>	Et begrep som viser det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede
<b>Hverdagsre- habilitering</b>	Hverdagsrehabilitering skjer i et tverrfaglig samarbeid der brukeren selv setter målene for rehabiliteringen og helseteamet arbeider sammen mot å nå disse.
<b>Helsesyke- pleier</b>	Ny benevnelse på helsesøster fra 1.1.2019
<b>KAD-plasser</b>	Kommunale akutte døgnplasser

---

# Innhold

Sammendrag og konklusjoner .....	7
<b>1 Innledning .....</b>	<b>13</b>
1.1 Mandatet	13
1.2 Avgrensning og metode	14
1.3 Rapportens oppbygging	14
<b>2 Hva betyr det at helse- og omsorgstjenester er likeverdige? .....</b>	<b>15</b>
<b>3 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten .....</b>	<b>18</b>
3.1 Helse- og omsorgstjenesten	18
3.2 Utgiftsandelen til helse- og omsorgstjenester ligger fast	19
3.3 Stadig flere yngre brukere og brukere med mer omfattende behov	21
3.4 Tjenestetilbudet har endret seg	23
3.5 Variasjon i tjenestetildelingen grunnet ulike behov og tilgjengelige ressurser	24
<b>4 Utfordringsbildet for kommunale helse- og omsorgstjenester .....</b>	<b>26</b>
4.1 En aldrende befolkning som treffer kommunene med ulik styrke	26
4.2 Et endret sykdomsbilde	26
4.3 Flere yngre brukere	27
4.4 Tilgangen på personell	27
<b>5 Kapasitet, kvalitet og kompetanse i tjenestene: vurderinger fra kommunalt ansatte .....</b>	<b>29</b>
5.1 Brukere med stadig mer omfattende behov	29
5.2 En tjeneste i stadig endring	30
5.3 God oversikt over behovene en forutsetning	31
5.4 Mangfold, individuell tilpasning og et mangefasettert tilbud	31
5.5 Det prioriteres daglig i sektoren	34
5.6 Fagkompetanse er alfa og omega	35
5.7 Heltidskultur er et godt grep, men kommunene har fortsatt et stykke å gå	37
5.8 Samarbeid på spesialisthelsetjenesten sine premisser	39
5.9 Bruk av private: et tveegget sverd	39
<b>6 Tjenester på strekk.....</b>	<b>41</b>
6.1 Mer omfattende behov, samme relative økonomiske rammer	41
6.2 Velferdsteknologi er noe av løsningen, men ikke alene	43
6.3 Kommunene har store utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig med fagkompetanse	44
6.4 Kommunene synes ikke rustet for oppgave- og ansvarsoverføringen fra spesialisthelsetjenesten	46
6.5 På vei mot en todeling innenfor helse- og omsorgstjenestene?	47
<b>Referanser .....</b>	<b>49</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>52</b>
A Vedlegg Intervjuguiden	52

## Figurer

Figur 3.1	Utgifter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Faste 2017 priser (mill. kroner) .....	19
Figur 3.2	Andel av brutto driftsutgifter til de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene 2009-2017 .....	20
Figur 3.3	Utgiftene i helse relativt til totale utgifter i offentlig forvaltning .....	21
Figur 3.4	Andel brukere med ulike bistandsbehov 2009-2017 .....	22
Figur 3.5	Mottakere av hjemmetjenester etter bistandsbehov og alder i perioden 2009-2017 (per 1000 innbyggere) .....	23

## Tabeller

Tabell 3.1	Brukere av pleie- og omsorgstjenester etter alder .....	21
Tabell 3.2	Brukere av pleie- og omsorgstjenester etter type tjeneste .....	24

# Sammendrag og konklusjoner

*Kommunale helse- og omsorgstjenester behandler stadig sykere brukere og mer komplekse tilstander. Kommunene erfarer at behovene øker innenfor alle aldersgrupper. Samtidig har kommunene store utfordringer med å rekruttere og beholde nødvendig fagkompetanse som sykepleiere og spesialsykepleiere.*

*Vista Analyse har gjennomført en intervju-undersøkelse som viser at kommunene forsøker å løse utfordringene gjennom tiltak som god planlegging, tidlig innsats, forebygging, velferdsteknologi og rehabilitering for å utsette behovet for kostnadskrevede og omfattende tjenester. Samtidig sier flere informanter at det er krevende å dimensjonere tjenestene rett. Brukere som egentlig burde hatt sykehjemsplass, mottar tjenester hjemme.*

*Med mangelen på sykepleiere, er det helt essensielt at fagkompetansen brukes riktig, uttrykkes det fra kommunalt hold. Sykepleiere må få gjøre sykepleieroppgaver. Flere kommuner satser også på heltidskultur hvor de ansatte tilbys hele, faste stillinger. Dette har god effekt på så vel kvaliteten på tjenestene som på arbeidsforholdene.*

*Likevel erfarer man i kommunene at tjenestene er på strekk. Det er en kontinuerlig prosess med å tilpasse tjenestene til de krav som stilles og til brukernes behov innenfor budsjettammen. Flere informanter uttrykker at ingen sektorer egentlig har tilstrekkelig med ressurser. Dette gjør at rammene for helse- og omsorgssektoren oppleves som stramme, og til dels svært stramme. Summen av statlige føringer og pålegg går ikke opp med beløpet som samlet stilles til rådighet for kommunen. Bemanningnormene som gjelder for andre sektorer, gjør det vanskeligere å sørge for tilstrekkelige rammer til helse og omsorg. Bemanningnormene binder opp midler til andre sektorer, og gjør at helse- og omsorgssektoren er utsatt for kutt og nedprioritering.*

*Selv om flere kommuner satser på heltidskultur, er det fortsatt slik at om lag halvparten av alle utlyste sykepleierstillinger i kommune-Norge er deltidsstillinger. Vikarbruk er utbredt og sykefraværet høyt. Ansatte som jobber i sektoren er utsatt for sykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager, angst og depresjon. Lave lønninger i forhold til ansvar og belastning, utstrakt bruk av deltid, lav bemanning, høyt sykefravær, lite rom for faglig sparring og utvikling bidrar til at norske kommuner sliter med å rekruttere og beholde sykepleierne.*

*Dersom kommunebudsjettene ikke legger til rette for å behandle og følge opp stadig sykere pasienter, vil dette gjøre rekrutteringen av sykepleiere og annet nødvendig personell enda vanskeligere enn det er i dag. Utilstrekkelig finansiering og rekruttering vil kunne resultere i et minimumstilbud av tjenester i kommunene som på sikt legger til rette for en todeling av helse- og omsorgstilbudet, der de som har råd til det kjøper seg tjenester privat. Likeverdigheten kan opphøre.*

## Innholdet i undersøkelsen

Utfordringsbildet i den kommunale helse- og omsorgssektoren er dokumentert i flere meldinger, NOUer og kartlegginger. I vår undersøkelse har vi intervjuet kommunalsjefer, hovedtillitsvalgte for NSF, enhetsledere og enkelte politiske ledere i åtte kommuner. Vi har fått høre hvordan kommunene

erfarer utfordringene i helse- og omsorgssektoren og hva de gjør for å sikre tjenester med tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og kvalitet. Vi har vært interessert i hvorvidt det skjer en todeling av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Dette drøftes i rapporten.

## Kommunenes brukere har mer omfattende og sammensatte behov enn tidligere

Kommunene bekrefter bildet fra tidligere undersøkelser. Utfordringene er store i så vel små som i store kommuner over hele landet. Samtlige informanter beskriver et stort press på helse- og omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen har medført at kommunene har fått flere og mer omfattende oppgaver enn tidligere, uten at budsjettene er styrket nevneverdig. Det har blitt stadig flere yngre brukere i sektoren. Kommunene har også fått et større ansvar for oppfølging av brukere med omfattende behov innenfor rus og psykiatri.

Kommunene står samtidig foran utfordringer med stadig flere eldre. Behovene øker innenfor alle brukergrupper, og at det er krevende å få til en rett dimensjonering av tjenestetilbudet innenfor budsjetttrammene. Utfordringene har økt i omfang og styrke i de siste årene. En informant sa det slik:

“ Plutselig er det over oss – vi hadde trodd at økningen først skulle slå skikkelig til fra 2020-2025.

*Tillitsvalgt, Midt-Norge*

## Kommunene har store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere

Samlet sett trenger brukerne flere, mer komplekse og sammensatte tjenester enn tidligere. Dette medfører at behovene for sykepleiere og spesialsykepleiere øker. Uten sykepleierne, er det ikke lenger mulig å levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester, ifølge informantene vi har intervjuet. En informant uttrykte det slik:

“ Uten fagkompetansen som sykepleierne og spesialsykepleierne besitter, stopper tjenestene opp

*Kommunalsjef, Nord-Norge*

Til tross for denne erkjennelsen, beskrives det å rekruttere og beholde fagpersonell som en daglig kamp.

## Tjenester må gis på et så lavt omsorgsnivå som mulig

Flere av informantene oppgir at tjenester på et så lavt nivå som mulig kan redusere behovet for kostnadskrevenne tjenester på et høyere nivå, eller iallfall utsette det. Flere verktøy har kommet til de senere årene som hverdagsrehabilitering, dagaktivitetstilbud, kartleggingsteam, demensteam, korttidsavdelinger, bruk av velferdsteknologi m.m. Målet er egenmestring og mest mulig selvhjulpne brukere som blir boende i eget opprinnelige hjem.



Like fullt er det flere informanter som mener at terskelen for å motta tjenester er blitt høyere og at det er krevende å få til rett dimensjonering av tidlig innsats og tjenester på de høyeste omsorgsnivåene.

## Heltidskultur trekkes fram som en viktig del av løsningen

For å lykkes med å rekruttere og beholde sykepleiere, samt tilby brukerne forsvarlige tjenester av god kvalitet, satser flere kommuner på heltidskultur. Heltidskultur innebærer færre ansatte som jobber mer eller mindre fullt.

Flere, hele stillinger gjør at brukerne får færre ansatte å forholde seg til. Dette gir trygghet og kvalitativt bedre tjenester for brukerne.

Færre ansatte med god fagkompetanse gjør også at de ansatte kjenner hverandre og brukerne. De får mer stabile arbeidsforhold og større rom for faglig sparring. De ansatte erfarer at arbeidsmiljøet blir bedre. Heltidskultur oppgis å ha bidratt til lavere sykefravær. En informant sa det slik:

“ Sykefraværet har gått ned med 5 prosentpoeng som følge av at kommunen tilbyr langvakter, heltid og at ansatte får være med å velge turnusordning.»

*Hovedutvalgsleder helse og sosial, Nord-Norge*

Samtidig er det ikke alle kommunene som har økonomiske rammer til å tilby heltid til alle. Å få turnusen til å gå rundt er også et forhold som gjør det vanskelig å tilby heltid.

## Sykepleierkompetansen må brukes rett

Intervjuundersøkelsen peker på at sykepleierkompetanse er helt sentralt for at kommunen skal kunne levere forsvarlige og likeverdige tjenester. Når tjenestene som ytes er av mer kompleks karakter enn tidligere, blir behovet for nok sykepleiere enda viktige.

Kommunene har store utfordringer med å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere. Da er det helt essensielt at fagkompetansen brukes riktig. Dette poenget vektlegges av flere av informantene. En informant uttrykte det slik:

“ Vi må slutte å gå i den fella som nesten hele kommune-Norge har gått i. Sykepleiere og vernepleiere må slutte å gjøre det samme som alle andre som jobber i sektoren. En sykepleier eller vernepleier skal ikke måke snø!

*Kommunalsjef, Sentrale-Østlandet*

Like fullt er det enkelte informanter som beskriver en hverdag der bemanningen er «skåret ned til beinet» og sykepleiere gjør oppgaver som burde vært utført av andre faggrupper. Dette bidrar til økt belastning på sykepleierne.

## Budsjettandelen ligger fast

Det er en kontinuerlig prosess med å tilpasse tjenestene til de krav som stilles og til brukernes behov innenfor budsjettammen som gjøres tilgjengelig for tjenesten. En informant sa det slik:

“ Vi blir dobbelt så mange eldre framover, men jeg kommer ikke til å få doble budsjetter.

*Kommunalsjef, Nord-Norge*

Flere informanter uttrykker at ingen sektorer egentlig har tilstrekkelig med ressurser tilgjengelig. Dette gjør at rammene for helse- og omsorgssektoren erfares som stramme, og til dels svært stramme. Summen av statlige føringer og pålegg går ikke opp med beløpet som samlet stilles til rådighet for kommunene.

Flere informanter mener at bemanningsnormene som gjelder for andre sektorer, gjør det enda vanskeligere å sørge for tilstrekkelige rammer til helse og omsorg. Bemanningsnormene binder opp midler til andre sektorer, og gjør helse- og omsorgssektoren utsatt for kutt og nedprioritering.

Enkelte informanter mener også at andre sektorer får større oppmerksomhet i kommunen. En informant sa det slik:

“ Det er ingen som går i fakkeltog for pleie og omsorg.

*Enhetsleder, Østlandet.*

## Konklusjoner og veien videre

### Terskelen for å få tjenester har økt

En stadig større andel av brukerne i helse- og omsorgstjenestene har omfattende behov. Kommunene har fått større ansvar og flere oppgaver som følge av samhandlingsreformen. Presset på kommunale tjenester forsterkes av en utvikling innenfor spesialisthelsetjenesten med flere polikliniske konsultasjoner og færre liggedøgn så vel i somatiske institusjoner som innenfor psykisk helsevern.

Kommunene beskriver det som krevende å få til rett dimensjonering av tidlig innsats og tjenester på et høyt omsorgsnivå. Flere kommuner beskriver at de som tildeles sykehjemsplass er langt sykere enn før og at flere som skulle hatt sykehjemsplass mottar tjenester hjemme. De første nasjonale ventelistetall fra mai 2018 bekreft dette. 44 prosent av kommunene hadde personer på venteliste til langtidsplass i sykehjem.

Flere brukere har mer omfattende behov enn før og flere mottar hjemmesykepleie. Utviklingen fortrenger trolig mottakere med mindre omfattende behov. Tildelingen av praktisk bistand går ned og bekrefter inntrykket. Nedgangen er på om lag 20 prosent siden 2010. Terskelen for hva man får hjelp til er hevet.

## Arbeidsbetingelsene sikrer ikke tilstrekkelig med sykepleiere

Fortsatt er det slik at om lag halvparten av alle utlyste sykepleierstillinger i kommune-Norge er deltidsstillinger. Vikarbruk er utbredt og sykefraværet høyt. Ansatte som jobber innenfor helse- og sosialsektoren er utsatt for sykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager, angst og depresjon. De ansatte er høyt eksponert for psykososiale og organisatoriske risikofaktorer på arbeidsplassen.

Hovedtillitsvalgte spesielt, erfarer at lønnen ikke står i forhold til det ansvaret sykepleierne har i kommunene, og den belastningen yrket innebærer. Noen av kommunene tilbyr en begynnerlønn med en ansiennitet svarende til 8 år i yrket. Andre kommuner tilbyr sykepleierstillinger hvor det gis rom til å gjennomføre et spesialiseringsløp med tilsvarende økt lønn. Dette har en positiv effekt på rekrutteringen. Til tross for dette fremstår flere av kommunene som rådville når det gjelder lønn. Det pekes på at sektoren er så stor at det er vanskelig å tilby særlig mer lønn innenfor budsjettene.

Lave lønninger i forhold til ansvar og belastning, utstrakt bruk av deltid, lav bemanning, lite rom for faglig sparring og utvikling bidrar til at norske kommuner sliter med å rekruttere og beholde fagpersonell. Ugunstige arbeidsforhold resulterer i høyt sykefravær og høy vikarbruk. Dette kan være et dyrt alternativ på sikt.

## Kommunene prioriterer ikke nødvendigvis helse og omsorg

Tall fra Samdata viser at det er store variasjoner mellom kommunene i nivået på helse- og omsorgstjenester. Menon (2018) viser at det er en negativ sammenheng mellom nivået på frie inntekter per innbygger og andelen av kommunens utgifter til helse- og omsorgstjenester.

En kommunalsjef uttrykker at budsjettet til helse og omsorg ikke vil dobles selv om det blir flere eldre. De kommunale lederne synes å akseptere at det er slik. Andre sektorer med større politisk oppmerksom, sterkere talerør og med bemanningsnormer, prioriteres høyere.

Tilsvarende funn framkommer i en svensk undersøkelse gjennomført i 59 kommuner. Her har man sammenlignet teknisk etat og hjemmetjenestene. Undersøkelsen viser at i hjemmetjenesten har sjefene flere medarbeidere, arbeidssituasjonen for både sjefer og medarbeidere er mer presset, mulighetene for å påvirke egen arbeidssituasjon er mindre og tilgjengelige ressurser er mindre. Helse- og omsorgstjenestene er ikke den kommunale sektoren som prioriteres høyest.

## Flere grep er nødvendige om resultatet ikke skal bli en todelt helse- og omsorgstjeneste

For å legge til rette for forsvarlige og likeverdige helse- og omsorgstjenester er flere grep nødvendige. Kommunene peker på behovet for tidlig innsats, nye og varierte tjenestetilbud, velferdsteknologi og tjenestetildeling på et så lavt omsorgsnivå som mulig. Samtidig er det utfordrende å få til en riktig dimensjonering av tidlig innsats og tjenester på et høyt omsorgsnivå. God planlegging er nødvendig, men også budsjetter som muliggjør tidlig innsats og finansiering av de mest ressurskrevende tjenestene

Sykepleierkompetanse er alfa og omega for at kommunene skal kunne yte forsvarlige tjenester. Fagkompetansen må brukes rett. Sykepleiere må gjøre sykepleieroppgaver. Spesielt er det viktig å ar-

beide for tilrettelegging av heltidskultur. Kommunene må tilby hele, faste stillinger for å kunne rekruttere og beholde personell. Samtidig synes lav bemanning, fortsatt utstrakt bruk av deltid, høyt sykefravær, lite rom for faglig sparring og utvikling, samt en lønn som ikke står i forhold til ansvaret, å være utfordringer som hindrer sykepleiere fra å søke seg til kommunen og bli i kommunen. Uten en finansiering som legger til rette for gode arbeidsbetingelser for sykepleiere i kommunene, vil kommunene få store utfordringer med å rekruttere og beholde dem.

KANTAR TNS Helsepolitiske barometer fra januar 2019 viser at mer enn seks av 10 mener at vi har et todelt helsevesen der personlig økonomi har betydning for hvor god behandling man får, og andelen er økende. I vår undersøkelse finner vi ikke at kommunene i dag benytter private aktører i utstrakt grad. I hvor stor grad brukerne kjøper tilleggstenester i det private markedet er ikke kartlagt.

Menon (2018) har i en tidligere undersøkelse påvist at driftsmarginene i sykehjem og hjemmebasert omsorg er små. Årsaken til dette kan være at kommunene allerede driver med svært lave kostnader og at det derfor er lite å hente. Funn fra vår undersøkelse tyder på dette. Det finnes eksempler der konkurranseutsetting synes å ha bidratt til at bemanningen er sterkt redusert. Kraftig innslag av konkurranse kan slå uheldig ut dersom det ikke er stilt tilstrekkelig krav til standard på tjenesten, bemanningskrav eller kompetansekrav.

Vi ser en kraftig nedgang i tildelingen av praktisk bistand, særlig blant de eldre brukerne. Trolig er det likevel sånn at det fortsatt er mange eldre som trenger bistand til husvask, vindusvask, handling og tilsvarende tjenester og anskaffer dette selv. En slik utvikling trenger ikke å være uheldig i seg selv og bidrar til å avlaste tjenestene. Utviklingen kan imidlertid bidra til at de som har råd til det kjøper seg privat hjelp, mens de som ikke har råd, må nøye seg med et svært lavt tjenestenivå. I praksis kan vi dermed få en todelt helse- og omsorgstjeneste.

# 1 Innledning

I årene som kommer står vi overfor flere utviklingstrekk som vil utfordre helse- og omsorgstjenestene og muligheten for å tildele likeverdige, forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester. Befolkningen blir eldre. Dette er i seg selv positivt og tyder på at helsen er god i befolkningen. Mange eldre gjør også en stor innsats som arbeidskraft, frivillige og pårørende. Samtidig vil flere eldre trenge helse- og omsorgstjenester. Aldringen treffer kommunene ulikt og til ulik tid.

En stadig større andel av brukerne av helse- og omsorgstjenester er også yngre. Dette har forsterket seg over tid. I tillegg er sykdomsbildet i endring og kommunene skal ivareta sykere brukere med mer komplekse og sammensatte lidelser enn tidligere.

En god del kommuner sliter allerede med å rekruttere tilstrekkelig med helsepersonell. Spesielt gjelder dette rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere. Det er forventet stor mangel på helsepersonell i årene som kommer. Dette skjer samtidig som det i perspektivmeldingen antas at presset på offentlige finanser tiltar.

Utviklingen bekymrer Norsk Sykepleierforbund (NSF). NSF jobber for at kommunale helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige og forbli offentlige. Kapasitet, kvalitet og kompetanse er helt sentralt for å sikre dette. NSF er derfor opptatt av hvordan kommunene jobber med å rekruttere og beholde sykepleiere og annet helsepersonell for å sikre likeverdige og forsvarlige tjenester nå og framover.

I denne rapporten forsøker vi å svare på hva som skal til for at kommunene skal kunne yte likeverdige helse- og omsorgstjenester i årene som kommer. For å besvare dette har vi intervjuet kommunalt ansatte og hovedtillitsvalgte for NSF i et utvalg av kommuner, samt enkelte politiske ledere. Til sammen har vi gjennomført intervjuer med 25 informanter. De er spurt om hvordan kommunene erfarer utfordringene i helse- og omsorgssektoren og hva de gjør for å sikre tjenester med tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og kvalitet. Vi har vært interessert i hvorvidt informantene erfarer at det skjer en todeling av helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

For å kunne yte likeverdige helse- og omsorgstjenester, er det en forutsetning at kommunene har tilstrekkelig med fagpersonell. Vi har derfor også stilt spørsmål om hvordan det jobbes med å rekruttere og beholde nok helsepersonell for å sikre kompetanse, kvalitet og kapasitet i tjenestene.

## 1.1 Mandatet

Norsk Sykepleierforbund har tidligere fått gjennomført utredninger som tyder på at helse- og omsorgstjenester ikke er tilstrekkelig prioritert i kommunene. Norsk Sykepleierforbund er bekymret for utviklingen og frykter at vi får en offentlig helsetjeneste som kun leverer minimumsløsninger. Dette kan over tid føre til en todeling av markedet der de som har råd til det, kjøper seg helsetjenester utover det som kommunene kan tilby. Dette vil i så fall utfordre målet om at alle skal ha tilgang på likeverdige helse- og omsorgstjenester. Kommunene har allerede i dag store problemer med å rekruttere og beholde sykepleiere og annen nødvendig fagkompetanse.

I mandatet er vi derfor bedt om å se på hva utfordringsbildet sektoren står overfor betyr for mulighetene til å levere et likeverdig tjenestetilbud til alle innbyggere og brukere og sørge for tilstrekkelig med kompetanse, kvalitet og kapasitet i tjenestene.

## 1.2 Avgrensning og metode

Utfordringsbildet er godt beskrevet i en rekke tidligere utredninger og rapporter. Vi har gjennomgått sentral litteratur og statistikk, og beskrivelsen av utfordringsbildet i denne rapporten bygger på slike sekundærdata, samt det vi har funnet gjennom vår undersøkelse.

Vi har valgt en tilnærming der vi har henvendt oss til ansatte i kommunene. Åtte kommuner har inngått i undersøkelsen. Disse har variert med hensyn til kommunestørrelse, sentralitet, frie og bundne utgifter, vektlegging av institusjon versus hjemmetjenester og ressursbruk per bruker blant annet. Vi har hentet informasjonen fra kommuner i ulike deler av landet. Kommuner fra Finnmark, Troms, Agder, Hedmark, Telemark, Akershus, Hordaland og Trøndelag inngår i undersøkelsen.

I de utvalgte kommunene har vi intervjuet kommunalsjefer for helse og omsorg, hovedtillitsvalgte for NSF i kommunen og enhetsledere for hjemmetjenester og institusjonstjenester. Vi har også intervjuet enkelte ordførere og andre representanter for politisk ledelse.

Vi har gjennomført intervjuer basert på en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden er utarbeidet i samråd med oppdragsgiver og ligger vedlagt. Dessuten har vi gjennomgått kommuneplaner for helse og omsorg og andre relevante plandokumenter i kommunepanelet.

## 1.3 Rapportens oppbygging

Bakgrunnen for rapporten, er kravet om å tilby likeverdige helse- og omsorgstjenester i kommunen. I kapittel 2 drøfter vi derfor hva det betyr at helse- og omsorgstjenestene er likeverdige. I kapittel 3 presenterer vi nasjonal statistikk om kostnader, brukere, variasjon og prioriteringer innenfor tjenestene. I kapittel 4 presenterer vi utfordringsbildet slik det kommer frem i andre sentrale dokumenter og utredninger. I kapittel 5 presenterer vi utfordringer, tiltak og løsninger sett fra kommunenes side. I kapittel 6 diskuterer vi på grunnlag av funnene i vår undersøkelse, tidligere undersøkelser og statistikk tilstanden i helse- og omsorgstjenestene og utfordringene knyttet til å sørge for tilstrekkelig kapasitet, kvalitet og kompetanse. Hvert kapittel innledes med en kort oppsummering av kapittelinnholdet.

## 2 Hva betyr det at helse- og omsorgstjenester er likeverdige?

*Formålet med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er blant annet å sikre et likeverdig tjenestetilbud. Likeverdige tjenester betyr at like tilfeller skal behandles likt og at det ikke skal gjøres forskjeller på bakgrunn av bl.a. økonomi, sosial status, alder, kjønn eller tidligere helse.*

*Det holder imidlertid ikke at tjenestene er likeverdige uten at de også er forsvarlige.*

### Hva innebærer likeverdige tjenester?

Et av spørsmålene denne utredningen skal vurdere er hvordan utfordringsbildet påvirker kommunenes mulighet til å gi likeverdige helse- og omsorgstjenester.

I Meld. St. 34 (2015-2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* er likeverdige tjenester forstått slik:

«Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha *likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt.* En rettfærdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid. Helsetjenesten er videre del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og *borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv.*»

I NOU 2018:16 *Det viktigste først* heter det blant annet følgende om likeverdige tjenester: «Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helsetjenester, har samme mulighet til å skaffe seg helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet med videre. Til tross for at alle formelt sett har lik rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, vil det være variasjoner i den reelle tilgangen til helse- og omsorgstjenester blant annet som følge av geografiske forskjeller og spredt bosetting. Forutsetningene i kommunene er forskjellige og tjenestetilbudet må derfor utformes ut fra lokale behov og forhold» (side 25).

Bærøe m.fl. (2018) mener at det formale likhetsprinsippet må bety at tilfeller med identiske behov må behandles likt, eller i alle fall gis behandling av lik kvalitet. Lik behandling innebærer også muligheten for å oppsøke, motta og nyttiggjøre seg den helsehjelpen som tilbys. I et rettfærdig fordelingsperspektiv innebærer dette at helsehjelpen man mottar innad i helsetjenesten, ikke bare må ha samme kvalitet ved like behov, men tilgangen til helsetjenestens tilbud må så langt det er mulig, også være den samme for alle.

### Likeverdige tjenester betyr også at rettighetene må være forstått

Formålene med helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og pasient- og brukerrettighetsloven handler om nødvendige tjenester, forsvarlige tjenester, tjenester som utjevner sosiale forskjeller og tjenester som alle har lik tilgang til.

Sverdrup (2014) påpeker imidlertid at benyttelse av rettigheter fordrer at de som omfattes av dem, kjenner til at de eksisterer. Man kan vanligvis ikke regne med at noen informerer en person som har rettigheter om disse. Når det gjelder en del enkeltlover, har imidlertid det offentlige et informasjonsansvar. Informasjonsplikten og informasjonsansvaret kan imidlertid ikke strekkes så langt som at noen har plikt på seg til å holde enkeltindivider løpende oppdatert om deres rettigheter.

Samfunnet stiller med andre ord krav til folks rettskompetanse. Slik rettskompetanse innebærer at lovverket i noe grad forutsetter at folk har innsikt på flere områder. Dersom ikke slik innsikt foreligger, vil ikke lov-virkemiddelet være styrende effektivt. Formell likhet er altså ikke nødvendigvis tilstrekkelig for at vi alle skal få helsetjenester av lik kvalitet.

Betydningen av individet og individuelle forskjeller er også vektlagt i annen forskning. Wester (2018) skriver at sosiale ulikheter i helse er godt dokumentert i Norge. Det er ifølge Wester også mye som tyder på at ulikheter i bruk av helsetjenester kan forklare noe av forskjellene i helse. Flere studier har vist at de høyere sosioøkonomiske klassene i større grad benytter seg av allment tilgjengelige helse-tilbud enn andre grupperinger (Wester, 2018). Gitt denne forklaringen vil hvordan helsetjenestene informerer og møter brukeren være av betydning for å kunne sikre likeverdighet.

## Forsvarlige og nødvendige helsetjenester er også et krav

Det er et mål for tjenestene at de skal være likeverdige, nødvendige og forsvarlige. At tjenester er likeverdige betyr imidlertid ikke nødvendigvis at de er forsvarlige. Like tilfeller kan behandles likt uten at de dermed er forsvarlig behandlet.

I helse- og omsorgstjenesteloven står det at tjenestene skal være forsvarlige. Dette er utdypet gjennom at det heter at tjenestene er tilrettelagt slik at:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

I NOU 2018:16 *Det viktigste først* uttrykkes det slik: «[...]forsvarlighet innebærer at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Kravet til forsvarlighet er en rettslig standard som er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i kravet til forsvarlighet vil dermed endre seg i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.» (side 50)

Pasient og bruker har også et rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Vilkåret for å få rett til kommunale helsetjenester eller omsorgstjenester er at pasient eller bruker har et nødvendig behov. Ifølge NOU 2018: 16 *Det viktigste først* finnes det ikke gitte nærmere kriterier i loven for når tilstanden er å anse som nødvendig. Det sies at denne vurderingen må baseres på en medisinskfaglig, helsefaglig og sosialfaglig vurdering.

I NOU 2018:16 *Det viktigste først* vises det videre til Norsk rettsvidende 1990. s. 874. Her hetet det at: «[...] det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå, og omfang



og nivå på hjelpen må derfor foretas etter en konkret vurdering. Det avgjørende må være den hjelpe-  
trengende sitt behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den  
enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske res-  
surser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til  
dårlig økonomi. Det vises i den forbindelse til «Fusa-dommen.»

I Fusa-dommen fastslo Høyesterett at kommunen ikke kan gi tjenester på et nivå som er under kravet  
til forsvarlighet. Høyesterett mente at det ikke kunne ytes uforsvarlige tjenester av hensyn til kom-  
munens økonomi. Det holder altså ikke at tjenestene er likeverdige uten at de også er forsvarlige.  
Kommunen må også yte nødvendige tjenester selv i en presset kommuneøkonomi.

## 3 Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

*Utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester og til spesialisthelsetjenester ligger på om lag samme relative nivå i perioden 2009-2017. Samtidig har mottakerne av helse- og omsorgstjenester har et mer omfattende behov enn tidligere.*

*Det ytes mer hjemmesykepleie, mens tildeling av praktisk bistand og langtidsopphold i institusjon går ned. Til tross for at befolkningsveksten er størst i aldersgruppen 67-79 år og 90 år og eldre, øker andelen tjenestemottakere under 67 år.*

### 3.1 Helse- og omsorgstjenesten

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Tjenestene kommunen skal tilby er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Det er seks hovedgrupper av tjenester som kommunen skal tilby:

- helsefremmende og forbyggende tjenester; herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste,
- svangerskaps- og barselomsorgstjenester,
- hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder: legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, og psykososial beredskap og oppfølging,
- utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning,
- sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering,
- og andre helse- og omsorgstjenester, herunder: helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon, herunder sykehjem.

Kommunale tjenester er i all hovedsak rammefinansiert. Inntektssystemet som ligger til grunn for finansieringen, har som et viktig formål å bidra til at kommunene kan gi et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne gjennom å kompensere for ufrivillige kostnadsforskjeller. Inntektssystemet for kommunene tar hensyn til en rekke forhold som er knyttet til behovene for helse- og omsorgstjenester ved fordelingen av rammebevilgningen. Blant annet er det tatt hensyn til alderssammensetningen i befolkningen, dødelighet, antall personer med psykisk utviklingshemming m.m. De kommunale skatteinntektene utlignes imidlertid ikke fullt ut. Dette gjør at noen kommuner vil ha mer å rutte med enn andre, og vil kunne bruke mer på helse- og omsorgstjenester.

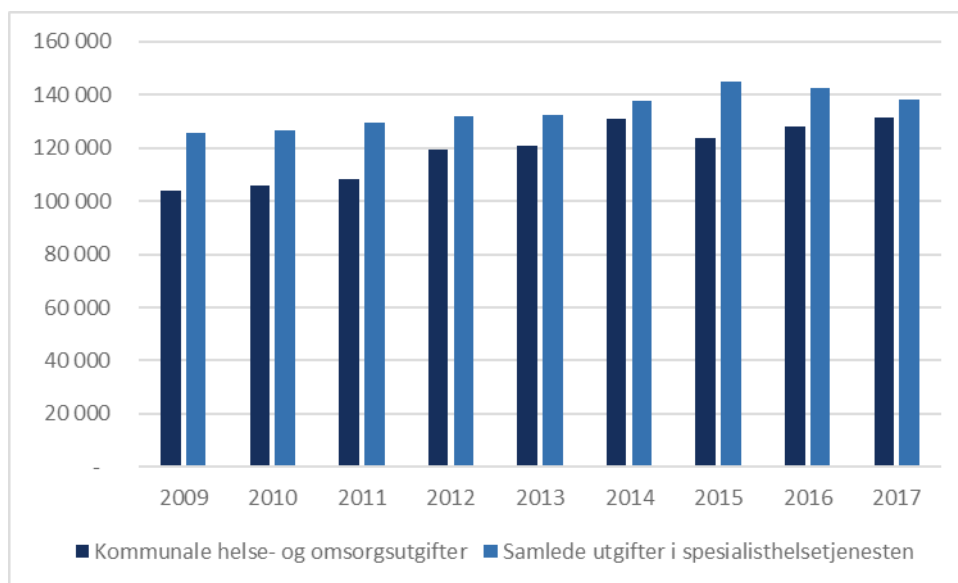
I tillegg til rammefinansiering og tilskuddsordninger, finansieres også tjenestene gjennom egenandeler fra brukerne. Kommunen kan kreve egenandel for opphold i institusjon. Kommunen kan selv fastsette betalingssetter opp til selvkost for praktisk bistand og opplæring som ikke er til personlig stell og egenomsorg. Det kan ikke tas egenandel for helsetjenester i hjemmet/hjemmesykepleie.

### 3.2 Utgiftsandelen til helse- og omsorgstjenester ligger fast

Mens driftsutgiftene til helse- og omsorg økte i årene 2009-2014, sank nivået på utgiftene i årene etter 2014. En del av fallet kan imidlertid forklares med at medfinansieringen av somatiske tjenester falt bort fra 2015.

Samtidig var det en reduksjon i utgiftene til spesialisthelsetjenesten, se Figur 3.1 Dette kan ha sin bakgrunn i samhandlingsreformen. Pasientene flyttes raskere ut av sykehusene, og mer behandling og oppfølging er lagt over til kommunene. Antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten har gått ned fra 19 937 i 2012 til 18 996 i 2017. Antallet liggedager har gått ned fra om lag 6,1 mill. i 2012 til 5,9 mill. i 2017.<sup>1</sup> Kommunene synes dermed å få ansvaret for sykere pasienter enn tidligere.

**Figur 3.1** Utgifter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Faste 2017 priser (mill. kroner)

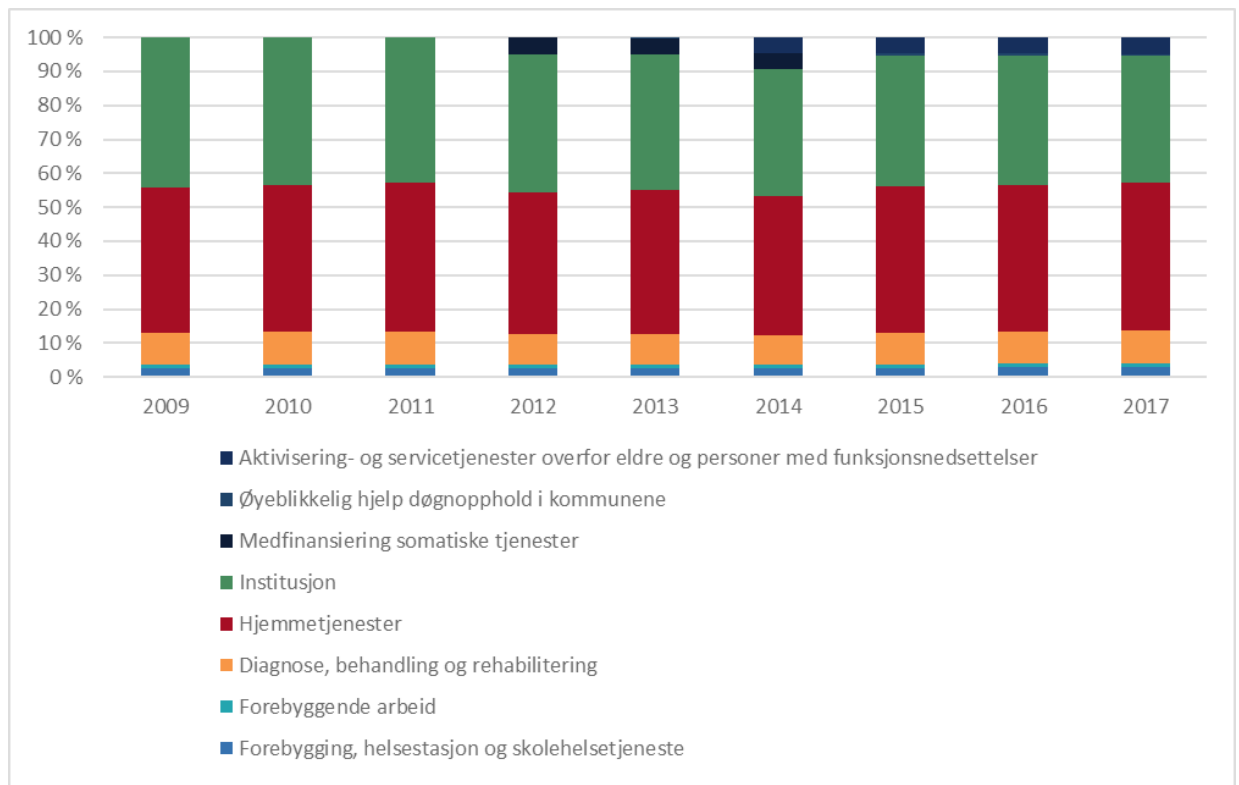


Kilde: SSB (Spesialisthelsetjenesten) og SSB (KOSTRA) (Omregnet til 2017-priser med kommunal deflator)

Figur 3.2 viser samtidig at det har skjedd en endring i tjenestetilbudet i kommunene i årene 2009-2017. Den største utgiftsposten, hjemmetjenestene, står for om lag samme andel av utgiftene hele veien (variasjon fra 41 til 44 prosent), mens andelen til institusjon har falt noe (fra 44 til 37 prosent), på bekostning av aktiviserings- og servicetjenester og øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene som har økt i løpet av perioden. Utgifter til forebygging, inkl. helsestasjon og skolehelsetjenesten har en stabil utgiftsandel i løpet av perioden.

<sup>1</sup> SSB statistikk om spesialisthelsetjenesten. Aktivitet og døgnplasser.

Figur 3.2 Andel av brutto driftsutgifter til de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene 2009-2017



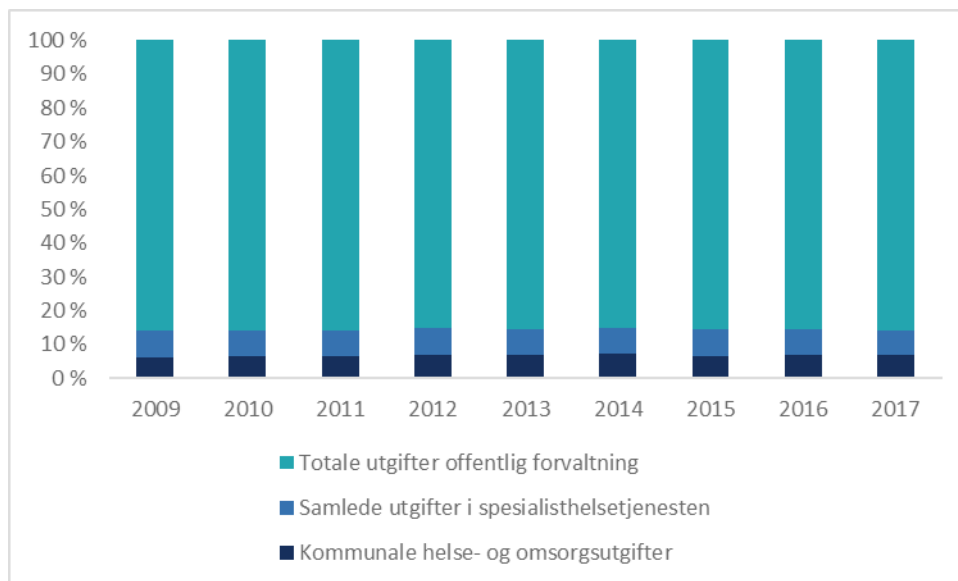
Kilde: SSB (KOSTRA)

Som andel av totale utgifter i offentlig forvaltning er det lite endring å spore i årene 2009-2017 for helses del. Utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester og til spesialisthelsetjenester ligger på om lag samme relative nivå i perioden 2009-2017.

KOSTRA-statistikk viser at helse og omsorg som andel av totale kommunale utgifter utgjorde 30,2 prosent i 2017 mot henholdsvis 30,3 prosent i 2015 og 30,5 prosent i 2016<sup>2</sup>. Til tross for at kommunene har fått flere og tyngre oppgaver enn tidligere, ligger utgiftene til sektoren som andel av offentlig utgifter og som andel av kommunale utgifter på om lag samme nivå som tidligere, se Fig. 3.3.

<sup>2</sup> SSB. Kommuneregnskap

Figur 3.3 Utgiftene i helse relativt til totale utgifter i offentlig forvaltning



Kilde: SSB

### 3.3 Stadig flere yngre brukere og brukere med mer omfattende behov

I perioden 2009 til 2017 har befolkningen økt med om lag 10 prosent. Aldersgruppen 18-49 år og 50-66 år vokser om lag i samme takt som den samlede befolkningsveksten, mens veksten er svakere enn befolkningsveksten for dem i alderen 0-17 år og 80-89 år. Befolkningen har vokst mest i aldersgruppen 67-79 år og 90 år og over. For disse gruppene er befolkningsveksten på henholdsvis 37 prosent og 28,7 prosent i perioden.

I 2017 mottok i overkant av 282 000 personer kommunale helse- og omsorgstjenester. Om lag 40 prosent av disse var under 67 år. Tilsvarende var 36 prosent av mottakerne under 67 år i 2010. Yngre mottakere utgjør altså en stadig større andel av mottakerne, selv om det er den eldre delen av befolkningen som vokser klart mest.

Tabell 3.1 Brukere av pleie- og omsorgstjenester etter alder

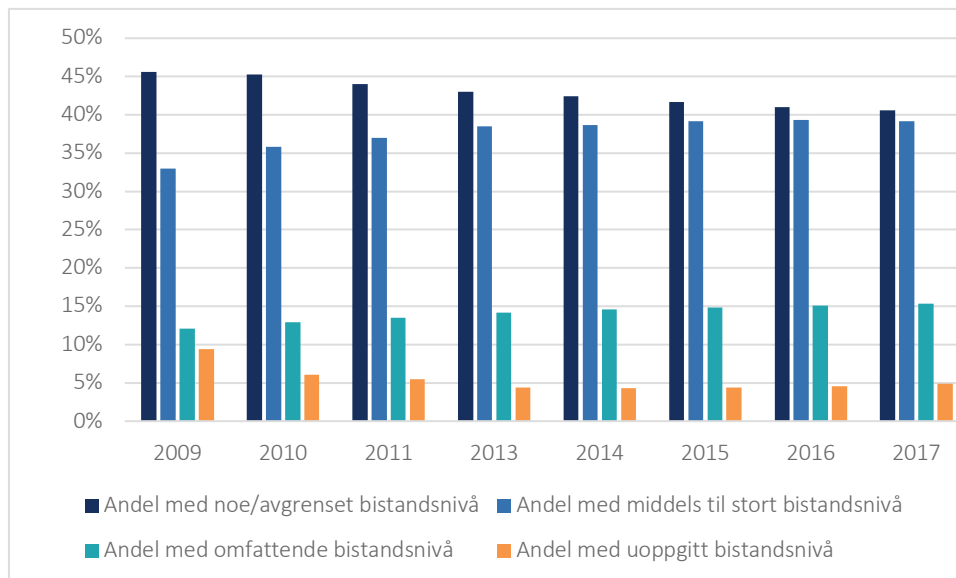
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I alt	265 723	268 778	271 503	271 412	272 357	275 200	278 017	282 302
0-49 år	62 094	64 155	66 054	66 653	67 677	69 994	71 373	73 602
50-66 år	34 465	35 544	36 417	36 402	37 072	37 701	38 577	39 543
67-79 år	46 789	46 802	47 473	48 155	48 936	50 383	51 923	53 814
80-89 år	89 220	87 749	85 876	83 471	81 272	79 571	78 157	77 510
90 år eller eldre	33 154	34 527	35 683	36 730	37 399	37 550	37 986	37 832

Kilde: SSB (KOSTRA)

Tall fra SSB viser også at det var 53,31 mottakere av kommunale omsorgstjenester per 1000 innbyggere i 2017 mot 54,84 mottakere per 1000 innbyggere i 2009. Nivået i 2009 er det høyeste i hele

perioden 2009-2017.<sup>3</sup> Brukernes bistandsbehov har imidlertid endret seg, slik figur 3.5 viser. Relativt sett flere av hjemmetjenestens brukere har et omfattende bistandsbehov enn tidligere.

Figur 3.4 Andel brukere med ulike bistandsbehov 2009-2017

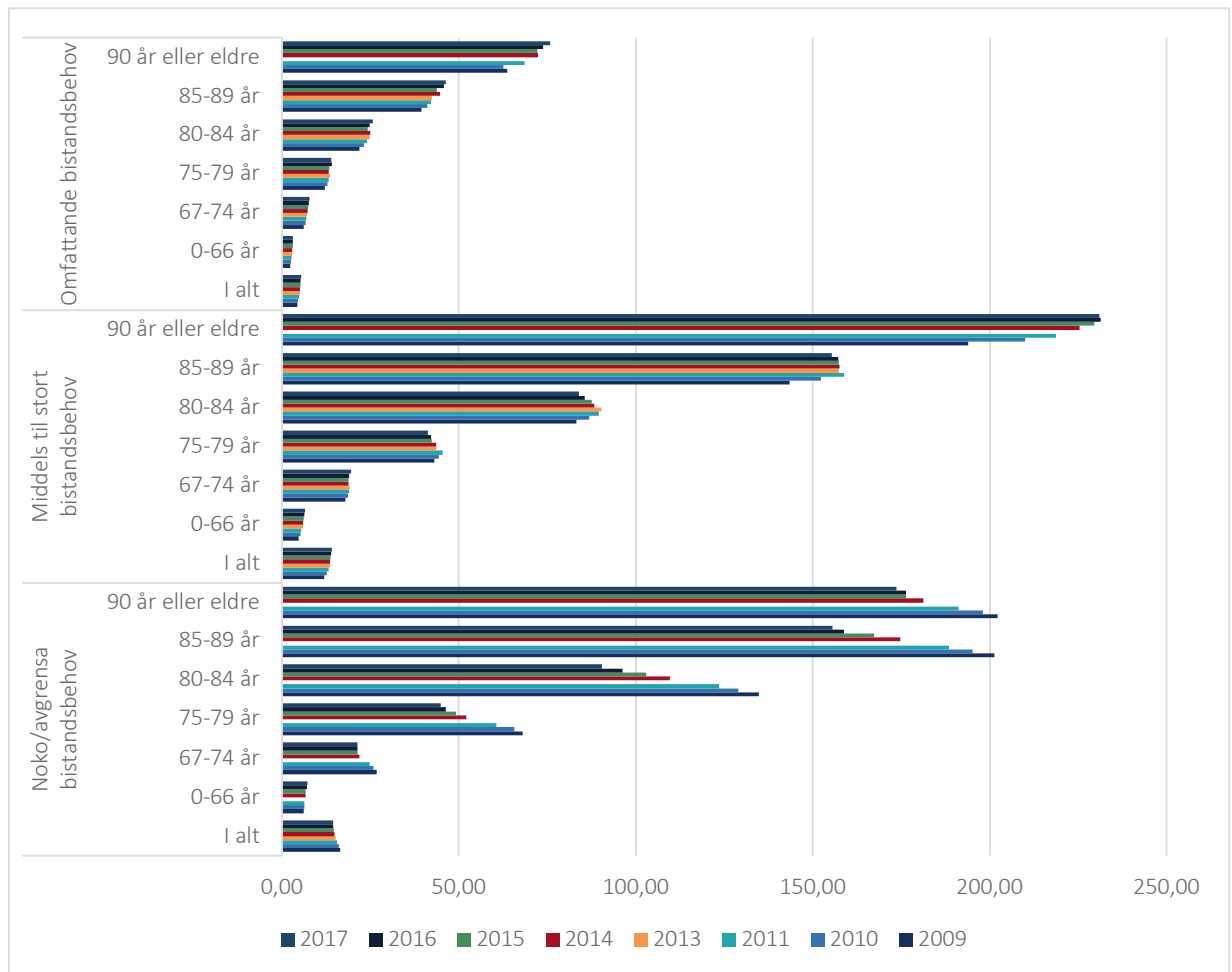


Kilde: SSB (KOSTRA) Det finnes ikke tall for 2012

Figur 3.4 viser at det har blitt flere med omfattende bistandsbehov i 2017 enn i 2009. Dette gjelder for samtlige brukergrupper. På den annen side blir det relativt færre av mottakerne som har noe/avgrenset bistandsnivå. Dette gjelder for samtlige brukergrupper med unntak av for dem i alderen 0-66 år.

<sup>3</sup> <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/tableViewLayout1/>

**Figur 3.5** Mottakere av hjemmetjenester etter bistasbehov og alder i perioden 2009-2017 (per 1000 innbyggere)



Kilde: SSB (IPLOS/KOSTRA). Det finnes ikke tall for 2012

Dette tyder på at de som mottok hjemmetjenester i 2017 krevde mer ressurser enn tidligere. Til tross for relativt flere brukere med omfattende behov, ligger de kommunale utgiftene til helse- og omsorg sett opp mot samlede kommunale utgifter på om lag samme nivå som tidligere.

### 3.4 Tjenestetilbudet har endret seg

Hvilke tjenester som ytes har endret seg. Det er en nedgang i mottakere av praktisk bistand på om lag 20 prosent i perioden 2010 til 2017. Imidlertid er det sterk vekst, om lag 35 prosent, i mottakere av kun hjemmesykepleie.

For de andre tjenestene er utviklingen mer stabil. Det er imidlertid verdt å merke seg at mottakere av langtidsopphold i institusjon har gått ned de siste sju årene, mens det har vært en vekst i tidsavgrenset opphold i institusjon i perioden.

Tabell 3.2 Brukere av pleie- og omsorgstjenester etter type tjeneste

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bare praktisk hjelp	44 558	43 337	42 148	40 989	39 155	37 663	35 954	35 489
Bare heimesjukepleie	67 376	70 183	73 314	75 029	78 074	82 400	87 199	90 924
Både praktisk hjelp og hjemmesykepleie	62 636	63 574	63 225	63 841	63 215	62 437	62 352	63 107
Tidsavgrensa opphold i institusjon	9 039	9 192	9 907	9 080	9 255	9 303	9 550	9 359
Langtidsopphold i institusjon	34 469	34 214	34 012	33 968	33 882	33 547	33 094	32 733
Andre tjenester til hjemmeboende	47 645	48 278	48 897	48 505	48 776	49 850	49 868	50 690

Kilde: SSB (KOSTRA)

Hvem som mottar hva varierer med alder. Tall fra SSB viser at antall brukere som får praktisk bistand synker for alle aldersgrupper med unntak av aldersgruppen 0-49 år der det har vært en vekst på 12 prosent. Hjemmesykepleie er den tjenesten som vokser mest målt i antall brukere, men omfanget av veksten varierer med alder. Veksten er høyest i aldersgruppen 90 år og eldre (over 60 prosent). Veksten for de øvrige alderskategoriene ligger rundt 40 prosent, med unntak av aldersgruppen 80-89 år som skiller seg ut med lavere vekst (16 prosent). Det siste henger nok sammen med at denne aldersgruppen har hatt negativ befolkningsutvikling det siste tiåret. Mottakere av langtidsopphold i institusjon går ned i aldersgruppen 80-89 år i perioden, men ligger omtrent på samme nivå for mottakere over 90 år.

### 3.5 Variasjon i tjenestetildelingen grunnet ulike behov og tilgjengelige ressurser

Samdata har gjennomført en rekke undersøkelser av kommunale helse- og omsorgstjenester. Ifølge Samdata handler kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester i større grad om at noen kommuner har et avvikende høyt nivå av enkelte tjenester enn at noen kommuner har et avvikende lavt nivå av tjenester.

Samdatas analyser for 2018 viser at det er betydelig variasjon mellom kommunene i nivået av helse- og omsorgstjenester. Små kommuner har ofte et høyere nivå av tjenestemottakere enn større kommuner, men forskjellene forklares langt på vei av ulikheter i behov for tjenester. Det er imidlertid et tydelig trekk at de aller største kommunene har et lavere nivå på antall mottakere av helsetjenester i hjemmet enn de andre kommunegruppene, også når man korrigerer for ulikt behov.

Det er en tendens i alle regioner at gjennomsnittlig antall mottakere per 1 000 innbyggere 80 år og eldre er høyere i de små kommunene enn i de større. Mottakere av helsetjenester i hjemmet 80 år og eldre varierer fra 185 til 653 mottakere per 1 000 innbyggere.

Det er betydelig variasjon mellom kommunene i hvor stor andel av de eldste som mottar et tilbud om institusjonsopphold, både korttids- og langtidsopphold. For langtidsopphold synes det være de mellomstore kommunene som har et noe lavere gjennomsnittsnivå enn både små og store kommuner, ifølge Samdata.



I Samdata 2017 er det fremstilt hvordan kommunene prioriterer kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunenes prioriteringer fremstilles som avviket mellom faktiske netto driftsutgifter og beregnet utgiftsbehov korrigeret for forskjeller i kommunenes frie disponible inntekter.

Ifølge Samdata er det høyere ressursbruk enn forventet innenfor alle kommunestørrelser i region Nord. Mønsteret er motsatt i Midt-Norge, her er ressursbruken mindre enn forventet.

For region Vest er ikke bildet enhetlig. Her er det noen kommuner som har en ressursbruk over beregnet utgiftsnivå, og noen under. De største avvikene fra beregnet utgiftsbehov finner Samdata i de små kommunene. Disse har høyere ressursbruk enn forventet.

Innenfor Sør-Øst er det noe lavere ressursbruk enn beregnet behov skulle tilsi for alle kommunestørrelser med unntak av de minste kommunene.

Samdata finner det største avviket mellom faktiske utgifter og beregnet utgiftsbehov i de kommunene som har høyest frie disponible inntekter. I disse 10 kommunene brukes det i gjennomsnitt 9 000 kroner mer per innbygger enn hva man skulle kunne forvente ut fra utgiftsbehovet. Samtidig har Menon (2018) vist at det er en negativ sammenheng mellom nivå på frie inntekter per innbygger og andelen av kommunens utgifter til helse- og omsorgstjenester. Mye av de frie inntektene benyttes til andre formål enn helse og omsorg.

## 4 Utfordringsbildet for kommunale helse- og omsorgstjenester

*I en rekke stortingsmeldinger, rapporter og nå sist i NOU 2018: 16 Det viktigste først, pekes det på en rekke trekk i samfunnsutviklingen som vil by på utfordringer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette handler om at befolkningen blir eldre, men også at økningen i antallet eldre treffer ulike deler av landet med ulik tyngde og til ulik tid. Det blir flere yngre brukere, og forventninger og krav øker. Samtidig avtar utsiktene for norsk økonomi og det er vanskelig å rekruttere tilstrekkelig med personell.*

*Utfordringene med et økende antall eldre og behovet for personell er utfordringer som vil gjøre seg mer og mer gjeldende framover, mens utfordringene med et endret sykdomsbilde, sykere utskrivningsklare og flere yngre brukere allerede er kommet og er utfordringer kommunene står midt oppe i.*

### 4.1 En aldrende befolkning som treffer kommunene med ulik styrke

På nasjonalt nivå utgjør eldre over 65 år nesten 17 prosent av befolkningen i dag, og både antallet og andelen eldre forventes å øke fram mot 2040. I 2040 vil det, ifølge hovedalternativet i 2016-framskrivningen fra SSB, være mer enn 1,4 millioner som er i denne aldersgruppen i Norge. Antallet personer 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 personer i 2000 til i overkant av 590 000 i 2050 (Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet*).

I rapporten *Framtidens eldre i by og bygd* (SSB 2017) beskrives den geografiske fordelingen og variasjonen i den eldre befolkningen i dag, samt at det gjøres antakelser om hvordan dette kan tenkes å utvikle seg framover mot 2040. Befolkningen i Norge blir eldre, men det vil bli store geografiske variasjoner i aldringsmønsteret. Utfordringene med en aldrende befolkning tiltar med synkende grad av sentralitet. Særlig små kommuner i innlandet og Nord-Norge vil oppleve at den eldre befolkningen blir relativt sett vesentlig større i årene som kommer.

Ifølge SSBs hovedalternativ vil omsorgsbyrden for eldre øke over de neste par tiårene i alle fylker. I fylker med storbyer forventes omsorgsbyrdene å øke saktere eller i omtrent samme takt som i de øvrige fylkene. I fylker med mer rurale bosettingsmønster forventes forholdstallet mellom eldre og yngre å øke markant.

### 4.2 Et endret sykdomsbilde

Mer enn halvparten av den samlede sykdomsbyrden kan knyttes til ikke-dødelig helsetap. Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap i nesten alle aldersgrupper. Forekomsten av demenssykdom og hjerneslag øker som følge av en eldre befolkning. Antallet tilfeller med kreft øker, men med forbedret behandling lever stadig flere med sin kreftsykdom. Psykiske lidelser og rusproblematikk er utbredt i befolkningen. I tillegg til at vi får flere eldre

framover, vil antallet med sammensatte behov øke, og antallet som lever lenger med kroniske lidelser vil øke. Personer med sammensatte behov og kroniske tilstander finnes i alle aldersgrupper, og de kan ha et bredt spekter av utfordringer. Mange pasienter/brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har flere sykdommer/tilstander samtidig. Over 90 prosent av brukerne av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har multisykdom, gjennomsnittlig 4-5 enkeltdiagnoser (Grimsmo gjengitt i NOU 2018: 16 *Det viktigste først*).

### 4.3 Flere yngre brukere

Som omtalt i kapittel 3 utgjør yngre mottakere en stadig større andel av mottakerne av helse- og omsorgstjenester selv om det er den eldre delen av befolkningen som vokser mest.

Yngre mottar også tjenester som de eldre brukerne ikke får i samme grad. Antall mottakere av praktisk bistand har vokst i aldersgruppen 0-49, mens det er nedgang i antallet mottakere for alle andre aldersgrupper. Det er ikke gjort mange undersøkelser av hvorfor det er slik, men det er blant annet pekt på at det er flere som vokser opp og lever lenger med tunge diagnoser enn de gjorde før, og sterke pårørende er med å sørge for tjenester til sine barn og unge.

Hamran og Moe (2012) har undersøkt nærmere årsakene til ulikhetene i tjenestetilbudet til yngre brukere sammenlignet med eldre brukere. Et sentralt funn er at alder utgjør en uttalt norm som blir lagt til grunn for vurdering av bistandsbehov. Sett fra tjenesteytternes side er målet med tjenestene at yngre brukere, så langt det lar seg gjøre, skal kunne leve mest mulig som andre yngre personer uten nedsatt funksjonsevne. Derfor trengs omfattende bistand.

Eldre brukere er mindre kjent med sine rettigheter og stiller ofte ikke krav. Behov hos eldre brukere vurderes heller ikke ut fra samme målestokk eller norm som hos yngre brukere. Undersøkelsen av Hamran og Moe (2012) avdekket at en rekke «behov» hos eldre brukere kan være underkommunisert, oversett, ikke vurdert, eller regnes som en uløselig del av livet selv. Forskerne peker på at behovene oppfattes forskjellig og at dette gir utslag i vekst i tjenester til de yngre, ikke bare behovet i seg selv.

### 4.4 Tilgangen på personell

SSBs framskrivninger viser at antallet mottakere av kommunale omsorgstjenester vil øke med nærmere 25 prosent fram til 2030, og i overkant av 80 prosent fram til 2060 (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Dette omfanget kan det bli svært krevende for kommunene å møte. Ifølge Kommunesektorens arbeidsgivermonitor (KS 2017) erfarer 65 prosent av kommunene at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere. Flere undersøkelser, blant annet NAVs årlige bedriftsundersøkelser, viser at det er stor mangel på sykepleiere. Antallet ubesatte stillinger har økt gjennom flere år. Undersøkelsen som ble publisert i mai 2018, viste at mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere øker, og er beregnet å være på 5900 ansatte for helsetjenesten samlet. Det er også mangel på helsefagarbeidere.

Det kan særlig bli vanskelig for de kommunale helse- og omsorgstjenestene å rekruttere sykepleiere framover. Norsk Sykepleierforbund gjennomfører en årlig undersøkelse blant nyutdannede sykepleiere. Undersøkelsen for 2018 viste at bare 20,6 prosent av de spurte har sykehjem eller hjemmesy-

kepleie som førstevalg som arbeidsplass etter endte studier, mens 59,4 prosent har sykehus - somatikk. Mulighetene for heltidsstilling, kompetanseutvikling og et godt arbeidsmiljø påvirker studentenes ønsker. Retriever undersøker utlyste stillinger for Norsk Sykepleierforbund. Undersøkelsen fra oktober 2018 viser for eksempel at det ble utlyst 1850 sykepleierstillinger, utenom ekstravakter og sesongstillinger. 47 prosent av disse var deltidsstillinger.

Ifølge KS' arbeidsgivermonitor 2017 vil det å få utløst reservearbeidskraften de deltidsansatte representerer, være et viktig bidrag for å møte behovet for arbeidskraft framover. KS' beregninger viser at én times ekstra arbeid per uke blant deltidsansatte vil redusere rekrutteringsbehovet med om lag 4 400 årsverk per år. En økning i gjennomsnittlig stillingsstørrelse til 90 prosent vil redusere rekrutteringsbehovet med om lag 35 000 årsverk per år. Tallene hensyntar ikke at enkelte i deltidsstillinger allerede tar ekstravakter. Dette vil kunne modere tallene noe.

Gautun mfl (2016) og Ugreninov (2017) har kartlagt statusen for sykepleiere ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelsene deres viser stor mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. I 2015 hadde helse- og sosialtjenesten problemer med å rekruttere 6100 personer. 2350 var sykepleierstillinger og 200 var spesialsykepleierstillinger. Helse- og sosialnæringen var den næringen av 23 næringer som hadde størst mangel på arbeidskraft og særlig sykepleiere. 12 prosent av alle sykepleierstillinger gikk bort på grunn av langt fravær i 2015. NOVA referer også til undersøkelser av korttidsfraværet som er gjennomført av tillitsvalgte. Undersøkelsen viser at korttidsfraværet var på 24 prosent i undersøkelsesperioden og at i snitt ble 18 prosent av disse vaktene ikke dekket opp. Mesteparten av vaktene som ble dekket opp, ble dekket av personell med lavere kompetanse. NOVA undersøkte også hvorfor sykepleiere arbeidet der de gjorde og om de ønsket å fortsette i jobben. 6 av 10 ønsket å slutte eller var usikre på om de ville fortsette. Årsaker til at de ønsket å slutte/var usikre var at arbeidsbelastningen var stor og at tidspresset var for stort til at de kunne gi pasienten det den trengte. Andre forhold som ble trukket fram var for få sykepleiere, for få kompetansehevende tiltak i tjenesten og lite mulighet til å utvikle tjenesten. En hovedkonklusjon i NOVA sin studie er at underbemanning er selvforsterkende.

SSB (2017b) har fulgt et kull sykepleiere som ble utdannet i 2004 over en tiårsperiode. Våren 2004 ble det utdannet 3452 sykepleiere. Ti år etter endt utdanning hadde 20 prosent forlatt helsetjenesten. Av disse gikk halvparten ut av arbeidslivet, mens den andre halvparten jobbet i andre næringer. Noe av årsaken kan ligge i rammebetingelsene for sykepleieryrket. I STAMI (2018) heter det at ansatte som jobber innenfor helse- og sosialsektoren er utsatt for sykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager på grunn av høy forekomst av mekanisk eksponering. Sykefraværstilfeller grunnet angst og depresjon er utbredt i mange yrker innenfor helse- og sosialsektoren. Mange ansatte i denne sektoren jobber i yrker med høy eksponering knyttet til flere psykososiale og organisatoriske risikofaktorer på arbeidsplassen.

For å legge til rette for tilstrekkelig med kompetanse er det inntatt følgende i Hovedtariffavtalen mellom KS og NSF under pkt. 3.3: (...) *Arbeidsgiver har ansvar for å kartlegge de ansattes kompetanse og analyser kommunens/fylkeskommunens kompetansebehov. På denne bakgrunn og etter drøftinger med tillitsvalgte, skal det utarbeides en plan for gjennomføring av kompetansehevende tiltak.*

I 2018 ble dette forsterket i 3.2 Lokal lønnspolitikk: *Det gjennomføres årlige drøftingsmøter om rekrutteringssituasjonen og om framtidig kompetansebehov/kompetanseutviklingsbehov for ulike stillingsgrupper i kommunen/fylkeskommunen/bedriften.*

## 5 Kapasitet, kvalitet og kompetanse i tjenestene: vurderinger fra kommunalt ansatte

*I vår undersøkelse har vi vært opptatt av hva sentrale representanter fra kommunene mener er de store utfordringene for sektoren, hva de gjør for å sørge for likeverdige tjenester, og hvordan de arbeider med å rekruttere og beholde fagpersonell. For å få svar på dette har vi intervjuet kommunalsjefer for helse og omsorg, hovedtillitsvalgte for NSF, enhetsledere for hjemmetjenester og institusjonstjenester og med politikere fra åtte kommuner. I dette kapitlet presenterer vi funnene.*

*Utfordringene sett fra kommunene er flere eldre brukere på sikt, flere yngre brukere, syke brukere og større ansvar innenfor rus og psykiatri. Behovene oppleves å øke i alle aldersgrupper. Utfordringene forsterkes av at det oppleves som en daglig kamp å skaffe til veie nok fagkompetanse, spesielt sykepleiere og spesialsykepleiere.*

*Kommunenes representanter sier at tildelingsprosessen er med på å sikre likeverdige og forsvarlige tjenester. Et stadig mer sammensatt tjenestetilbud er også med å på legge til rette for likeverdigheten fordi ulike brukere har ulike behov.*

*Skal kommunene klare sine oppgaver framover pekes det på tjenester langt ned i omsorgstrappa, tidlig innsats, rett dimensjonering av tjenestene og heltidskultur. Lite tyder på at kommunene tror at sektoren vil tilføres mer ressurser. Følgende utsagn fra en av informantene i undersøkelsen illustrerer dette: «Selv om det blir dobbelt så mange eldre, får ikke jeg dobbelt så stort budsjett».*

### 5.1 Brukere med stadig mer omfattende behov

Samtlige informanter beskriver et stort press på helse- og omsorgstjenestene. Det økte presset skyldes flere forhold. Pasientene kommer tidligere ut fra sykehuset enn før og de er sykere når de kommer ut.

Kommunene skal følge opp flere brukere med store utfordringer innenfor rus og psykiatri enn hva de gjorde tidligere. Samtidig peker flere på at det er blitt langt flere yngre brukere i tjenestene. Slik står man overfor en utfordring som vil gjøre seg stadig mer gjeldende. Det blir dessuten mange flere eldre.

Sykdomsbildet er endret. Kommunene skal følge opp mange pasienter med kreft, kols og demens.

Samlet oppleves brukerne å ha mer omfattende behov enn før. Brukerne trenger flere og mer sammensatte tjenester enn tidligere. Dette gjør igjen at det er behov for en annen type kompetanse enn tidligere. Fagkompetanse beskrives som helt essensielt for tjenestene i dag. Uten sykepleiere og spesialsykepleiere stopper tjenestene opp, sies det. Det pekes også på et økt behov for vernepleiere, leger og helsefagarbeidere. Det å rekruttere og beholde tilstrekkelig med fagkompetanse beskrives som en helt stor utfordring av samtlige informanter.

Mange av utfordringene skyldes samhandlingsreformensom har medført at flere og tyngre oppgaver er pålagt kommunene. En informant sier det slik:

«Med reformen har vi fått flere og tyngre oppgaver som skal løses med de samme ressursene vi hadde tidligere.»

En annen informant sier:

«Samhandlingsreformen har ikke vært en samhandlingsreform, men en oppgaveoverføringsreform.»

## 5.2 En tjeneste i stadig endring

Helse- og omsorgstjenesten er endret gjennom en utviklingsprosess som har pågått over ti år. En informant beskrev det på følgende måte:

«Tidligere drakk man kaffe med brukerne, nå gir vi intravenøs behandling og gjennomfører avanserte sykepleierprosedyrer.»

Det gjøres endringer for å møte behovene til brukerne og ruste kommunene for oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. En informant ordla seg slik:

«De som er på sykehjem nå, var på sykehus før. De som var på sykehjem før, er hjemme nå. De som er på intensiv nå, døde før.»

Sykehjemmene er blitt minisykehus, sies det. Samtidig er mye av det man tidligere gjorde i sykehjemmene, flyttet ut i hjemmetjenestene. Det er hjemmetjenestene det satses på. Det er her veksten kommer og ressursene settes inn. Informantene gir uttrykk for at dette ansees å være et kvalitativt bedre tilbud for brukerne så lenge de føler seg trygge. Det oppgis også at dette er et rimeligere tilbud enn institusjon.

I hjemmetjenestene gjøres det langt mer avanserte medisinskfaglige oppgaver enn før. Samtidig skal hjemmetjenestene ha fokus på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og mestring. Dette krever totalt sett mer omfattende, sammensatt og spesialisert fagkompetanse.

Prosjekter er det mye av i sektoren. Kommunene søker på tilskuddsordninger for å skaffe seg midler til å prøve ut nye tjenester og nye måter å jobbe på. Det er igangsatt prosjekter på velferdsteknologi, ny organisering i hjemmetjenesten, brukerinvolvering med mer. Nye team er utviklet, og det arbeides mer med kartlegging.

Tjenestene utsettes for mange endringer, og det er en kontinuerlig prosess med å tilpasse tjenestene til de krav som stilles til dem og de brukerne som er der innenfor de budsjetttrammene som gjøres tilgjengelig for tjenesten.

Som en av informantene beskriver det: «Vi lander aldri.»

### 5.3 God oversikt over behovene en forutsetning

For å kunne møte utfordringene, fordres det at kommunene har god oversikt over behovene i kommunen. Informantene mener kommunene har god oversikt over behovene slik de er i dag. Kommunene benytter folkehelseprofilene, data over demografi som Kompass, KOSTRA- og IPLOS-statistikk og tall fra SSB på befolkningsframskrivninger. Tildelingskontorene har god oversikt over behovene gjennom søknadsbehandling, innhenting av informasjon fra de ansatte i tjenestene og fra pårørende og brukere selv. Selv om man fra kommunalt hold mener å ha god oversikt, er det også informanter som oppgir at behovene har oppstått tidligere enn de hadde trodd, illustrert gjennom følgende uttalelse:

«Plutselig er det over oss – vi hadde trodd at økningen først skulle slå skikkelig til fra 2020-2025».

Det er imidlertid ikke lett å få oversikt over de framtidige behovene. Selv om det i kommuneplanene og tilsvarende dokumenter gjøres behovsanslag, er dette krevende. En informant fra politisk nivå ga uttrykk for at det må arbeides mer systematisk med å få slike oversikter. Prognosene er ikke nøyaktige nok, og tallene er ikke gode nok for å kunne planlegge tjenesten, behovet for sykehjems plasser m.m. Informanten opplevde ikke registreringssystemet som godt nok.

For å kunne svare på behov og møte utfordringene, må kommunene ha oversikt over hvordan brukerne erfarer tjenestene. Alle kommunene, med ett unntak, gjennomfører brukerundersøkelser. Noen kommuner har gjort dette lenge, mens for andre er det relativt nytt, og det er ikke innført for alle tjenesteområder ennå. I en kommune har de også intervjuet alle beboere i sykehjemmene for å få mer inngående kjennskap til hvordan tjenesten fungerer sett fra brukernes perspektiv. De fleste oppgir å få gode skår i undersøkelsene. Enkelte uttrykker imidlertid usikkerhet på hvor reell skåren er, noe som illustreres i dette utsagnet:

«Brukerne sier de vil jo ikke klage, dere gjør jo så godt dere kan».

Andre understreker at det brukerne og pårørende først og fremst kan svare for, er følelsen av å bli ivaretatt. Det medisinskfaglige kan man ikke forvente at de skal være i stand til å vurdere å gi tilbakemeldinger på.

Kommunen som ikke benytter brukerundersøkelser, har istedenfor innført pårørende- og brukerråd ved alle sykehjem og pårørendepaneler med enkelte brukere i hjemmetjenestene. Informanter fra denne kommunen mener tilnærmingen bidrar til langt bedre bruker- og pårørendeinvolvering.

### 5.4 Mangfold, individuell tilpasning og et mangefasettert tilbud

Kommunene skal legge til rette for likeverdige helse- og omsorgstjenester. De aller fleste informanter mener likeverdige tjenester innebærer forskjeller fordi forskjellige mennesker har forskjellige behov. Målet er at brukerne skal få det de faglig sett har behov for, men de kan likevel få det på forskjellige måter.

Samtidig handler likeverdige tjenester om at brukeren skal møtes på samme vis. Inntekt, utdanning, bosted og bakgrunn skal ikke ha betydning for hvilke tjenester man mottar, illustrert i nedenstående uttalelse:

«Det skal ikke være forskjell på kong Salomon og Jørgen hattemaker.»

Like fullt kan det være krevende å få dette til i praksis. Geografiske avstander kan få betydning for innretningen av tjenestene, og det er ikke alltid at informantene erfarer at tilbudet blir likeverdig da.

Informantene beskriver tildelingsprosessen som helt sentral for å sikre likeverdige og forsvarlige tjenester. De som jobber med tildelingen kjenner brukerne og vet hva de må ha av tjenester. Tildelingskontoret samler inn informasjon gjennom henvendelser fra brukere, pårørende, fastleger og andre som jobber i tjenestene. Ved noen tildelingskontorer drar de ansatte ut og kartlegger selv, mens ved andre tildelingskontorer henter de inn informasjon fra andre som jobber i tjenestene og fra brukerne og pårørende.

En enhetlig måte å jobbe på er med å legge til rette for likeverdigheten. Kommunene viser også til tildelingskriterier for de ulike tjenestene, tjenestestandarder og tjenestebeskrivelser for å sikre et likeverdig tjenestetilbud.

Vedtaket fattes på bakgrunn av en individuell vurdering. En god faglig dialog og tildelingsmøter må derfor til for å sikre lik praksis i størst mulig grad. En informant opplyste at man i kommunen hadde redusert antallet tildelingskontorer fordi man med flere kontorer hadde sett at like tilfeller ikke ble behandlet likt.

Samtidig er det også informanter som sier at tildelingskontoret er så presset på ressurser at fagpersonellet mener brukerne tildeles for lite tjenester. En informant uttrykte det slik:

«Alt handler om økonomi.»

Det er ikke bare tilstrekkelig med gode vedtak, kvaliteten på selve utøvelsen er avgjørende for at tjenestene skal være forsvarlige og likeverdige. Kommunene har mange ulike tilbud og virkemidler som skal sikre at brukerne får det de har behov for. De senere årene har dette blitt utvidet, blant annet i form av korttidsavdelinger, hverdagsrehabilitering, dagaktivitetstilbud, avansert medisinsk behandling, demensteam, krefteam, kartleggingsteam m.m.

For å sikre de sykere pasientene som kommunen nå har et ansvar for, er det medisinskfaglige tilbudet økt i omfang og dybde. Ved sykehjemmene er korttids plassene og -avdelingene kommet til. Det er egne plasser for rehabilitering og opptrening. Disse skal blant annet sørge for at det ikke blir overliggendøgn ved sykehusene. Dette er «minisykehus» som skal bidra til å få de syke i stand til å bo hjemme igjen. Disse enhetene stiller også andre krav til fagkompetanse og spesialisering på avdelingene.

Ved sykehjemmene er utbredelsen av egne demensavdelinger blitt vanlig. I kommunene vi gjennomførte intervjuer i er det flere som har utvidet/er i ferd med å utvide tilbudet som er rettet mot brukere med en svært alvorlig demenslidelse.

Enkelte kommuner har en god dekning av sykehjemsplasser. I et par av kommunene er det likevel slik at tilbudet beskrives som utilstrekkelig og at det er behov for flere plasser. Brukere som burde hatt tilgang på en institusjonsplass får i stedet hjemmetjenester. Mangelen på sykehjemsplasser forplanter seg til korttidsavdelinger, omsorgsboliger og hjemmetjenester. Disse enhetene er ikke dimensjonert for dette. Verken fagkompetansen eller bemanningssituasjonen tilsier at de skal ivareta denne typen brukere. Selv om hjemmetjenester er målet, synes det å være en oppfatning at man ikke kommer utenom institusjonsplasser. Hvor grensen går er vanskelig å definere, og det kan være krevende å dimensjonere riktig mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester.



Selv om sykehjemmene i større grad er blitt minisykehus, er det også forventet at stadig sykere pasienter skal følges opp av hjemmetjenesten, eksemplifisert med intravenøs behandling 4-5 ganger i døgnet, palliativ behandling hjemme og oppfølging av brukere med demens i sitt eget hjem. Dette krever både ressurser og spesialisert kompetanse i hjemmetjenesten.

Flere informanter peker på behovet for å øke omsorgsboligtilbudet sitt for å møte behovene. En gruppe som nevnes spesielt i denne sammenhengen er brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri. Disse har mer omfattende og sammensatte behov enn tidligere, og de skal følges opp i kommunene. Ifølge enkelte informanter skyldes det økte behovet at tilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten legges ned eller oppholdstiden forkortes vesentlig.

Flere kommuner lager nå egne «hus» hvor tilbudet rettet mot barn og unge samles for å møte utfordringene i denne gruppen. Her samler kommunen egne psykologer for barn og ungdom, psykiatrisk sykepleier, PP-tjenesten og andre tilbud til barn og unge. Det pekes også på behovet for å samarbeide godt med oppvekst i kommunen for å sørge for å finne dem som trenger hjelp og koble innsatsen. En kommune oppgir å ha egne kartleggingsteam som jobber inn i barnehagene blant annet for å kartlegge fysiske og psykiske utfordringer. Dette vil kunne gi innsparinger på sikt, pekes det på. En kommune har også valgt å gå for en løsning der helse- og omsorgstjenester til unge samles under en egen kommunalsjef.

For å kunne tilby likeverdige tjenester nå og framover, må det satset på tjenester langt ned i omsorgstrappa, uttrykker flere. Tjenester på et så lavt nivå som mulig, kan redusere behovet for tjenester på et høyere nivå, eller iallfall utsette behovet for tjenester. En informant sa det slik:

«I vår kommune lar vi ikke være å gi praktisk bistand for eksempel. Vi har ikke råd til å la være å gi tjenester på et lavt nivå. I disse tjenestene kan vi drive litt tilsyn, komme tidlig inn, observere, sjekke ernæring. Noe av det viktigste vi gjør, tenker jeg. Vi må tidlig inn.»

Velferdsteknologi er et eksempel på nye tjenester som kan avlaste og redusere kostnadene. Trygghetsalarmer har alle kommuner. Ellers vises det til GPS, elektroniske medisindispensere, fallsensorer, kameraovervåkning m.m. som kan avlaste på sikt. I en kommune har man innført digitalt tilsyn etter ønske fra familien. Informanten sa:

«Det er jo ikke alle som ønsker flest mulig folk hjem til seg, og da kan dette være et godt tiltak, samt gjøre tilgjengeligheten bedre og responsen raskere.»

De fleste kommunene i denne undersøkelsen er i oppstartfasen når det gjelder velferdsteknologi. Det er for dem for tidlig å si hvordan dette faktisk vil virke. Flere er opptatt av at teknologien må integreres godt i tjenesten, og det må gjøres tydelig overfor de ansatte at dette ikke skal erstatte dem, men være et supplement og en avlastning. Det pekes på en del såkalte barnesykdommer i denne sammenheng. Det er derfor viktig å teste ut løsningene godt, forankre blant de ansatte hvordan og hvorfor løsningene skal benyttes, og sørge for at også brukere kan benytte løsningene. Bemanningssituasjonen må ikke endres uten at man vet at virkemiddelet virker.

En informant viser til at bruk av velferdsteknologi ikke nødvendigvis gir besparelser. Utstyret er dyrt, og hvis man ikke har en helt klar plan på hvordan det skal benyttes og besparelser hentes ut, er det ikke gitt at det virker besparende. På den annen side er det en annen informant fra en kommune som har jobbet en stund med dette og brukt de ansatte i prosessen, som viser til gode resultater og besparelser. Da oppleves som moro og nyttig samtidig.

## 5.5 Det prioriteres daglig i sektoren

Ifølge informantene legges behovene i sektorene til grunn når det skal prioriteres mellom ulike sektorer. Det vises til kommuneplaner som ramme for prioritering. I kommuneplanene fremkommer det hva som skal prioriteres. Er det for eksempel et mål at barn og unge skal prioriteres, legges det til grunn for alle sektorer, ikke bare for oppvekstområdet.

Til tross for at det er behovene som skal styre prioriteringene, forteller informanter fra en kommune med befolkningsnedgang i den yngre andelen av befolkningen at dette ikke skjer. I denne kommunen er det vekst i den eldre andelen av befolkningen i kommunen. Dette skulle tilsi at helse og omsorg skulle tilføres mer midler. Det sies at dette er det til dels enighet om, men at det er vanskelig. Dels handler det om at det må tas penger fra sektorer som også har behov som må dekkes, dels handler det om at pleie- og omsorgssektoren er så stor. En annen informant sier at det av politiske årsaker er helt umulig å kutte i tilbudet til barn og unge. En informant sa det slik:

«Det er ingen som går i fakkeltog for pleie og omsorg.»

Samtidig uttrykkes det at ingen sektorer egentlig har tilstrekkelig med rammer og at det også derfor er vanskelig å flytte midler fra en sektor til en annen. Ingen informanter sier eksplisitt at de ikke klarer å gi et likeverdig tilbud innenfor de rammene de har, men at rammene er stramme, og til dels svært stramme. Summen av statlige føringer og pålegg går ikke opp med beløpet som samlet stilles til rådighet for kommunen. En informant sa det slik:

«En alvorlig trafikkskadd kan velte et helt kommunebudsjett i en liten kommune.»

Enkelte peker også på at det er en utfordring at andre sektorer har krav til bemanning per elev eller barnehagebarn uten at helse- og omsorgstjenestene har tilsvarende. Noen av informantene gir uttrykk for et behov for å se på øremerking av sektoren og bemanningsnormer framover. Representanter for politisk ledelse spesielt og kommunalsjefer i kommunen, ønsker imidlertid ikke å bli mer detaljstyrt enn de allerede er. En kommunalsjef sa det slik:

«På en måte har jeg tro på bemanningsnormer, og på den andre siden absolutt ikke. Det hadde vært deilig i krangelen om ressurser med andre kommunalsjefer, men det ville ikke blitt riktig fordi samme bemanningsnorm ikke ville passet overfor alle brukergrupper eller overfor alle distrikter i kommunen. Det ville ikke være til det beste for pasientene. For kommunalsjefen for skole er dette utfordrende. Kommunalsjefen har tidligere prioritert enkelte skoler der det er spesielle utfordringer. Med den nye lærernormen går ikke det lenger.»

Som for prioritering mellom sektorer, opplyser kommunene at det er behovene som styrer prioritering også innenfor helse- og omsorgssektoren. Samtidig som informantene stort sett mener tilbudet er likeverdig, mener noen av dem at enkelte grupper ikke prioriteres på samme måte som andre. I et par kommuner mener man at eldreomsorgen er god, men at man har et stykke å gå når det gjelder tjenester til unge, og til brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri. En informant vurderer derfor en annen organisering av tjenestene der tjenestene organiseres ut fra brukergrupper. Hensikten er å legge til rette for å sidestille brukergruppene når prioriteringene skal gjøres på administrativt og politisk nivå. I andre kommuner er det de eldre med omfattende behov som ikke får sykehjemsplassen de burde hatt. Utsagnene illustrerer at de samlede ressursene er knappe.

For å kunne gi et likeverdig tjenestetilbud og prioritere tilstrekkelig med midler til sektoren, sies det fra samtlige kommuner at de benytter seg av statlige tilskuddsmidler. Flere mener at tilskuddsmidlene kan bidra godt når nye tilbud skal testes ut og kompetanse bygges opp. Det er likevel en utfordring at midlene er for knappe og at tilskuddene opphører over tid. Kommunene beskriver at de prøver å få plass til de fleste satsingene innenfor budsjettet i etterkant av prosjektperioden dersom de vurderes som gode tiltak og tjenester. Dette er imidlertid krevende fordi det innebærer at noe annet må ut.

Det pekes også på at det å søke på tilskudd krever ressurser og at dette ikke er like lett å ta seg råd til i en liten kommune. Det gjør muligens at de større får relativt mer enn kommuner som er ganske små. En informant mente at:

«Kommunene må nesten ha en egen ansatt bare til å søke på prosjekter.»

En av informantene var tydelig på at toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester var krevende fordi det blir så mye fokus på økonomi og refusjon. Dette kunne resultere i mindre godt innrettede tjenester for alle:

«I en bolig med fire beboere, kan det bli sånn at ressursene knyttes opp til den vi får refusjon for, mens de andre tre i realiteten får mindre hjelp. Det logiske ville være et rammetilskudd hvor målet var mest mulig effektive tjenester til alle brukere sitt beste.»

En tilstrekkelig rammefinansiering vil legge til rette for en bedre innretning av tjenestetilbudet i denne kommunen, mente vedkommende, enn summen av rammefinansiering og statlige tilskudd. Tilskuddet ble også sett på som problematisk fordi det opphører etter 67 år uten at brukeren har blitt noe mindre krevende for kommunen av den grunn.

## 5.6 Fagkompetanse er alfa og omega

Det gis uttrykk for at fagkompetanse er alfa og omega for kommunene. Det har skjedd en endring i oppfatningen av kompetanse, blir det sagt. Tidligere ble det å jobbe i disse tjenestene av enkelte oppfattet litt som en jobb som alle kunne gjøre, mens man nå ser at fagkompetanse er helt sentralt for å kunne levere forsvarlige tjenester, uttrykte en informant. Dette henger også sammen med endringer i tjenestene i en mer medisinskfaglig retning som både krever mer og annen fagkompetanse enn tidligere.

Selv om det gis uttrykk for at bemannings- og kompetansesituasjonen på papiret er ganske god i en del av kommunene, synes det å være en stor utfordring for samtlige kommuner å rekruttere helsepersonell. En informant sa det slik:

«Å skaffe seg kompetanse – og spesielt sykepleiere og leger - er en evig kamp.»

Særlig utfordrende er det å rekruttere sykepleiere, spesialsykepleiere, leger og vernepleiere. Sykepleiere beskrives som helt sentrale for tjenesten. Uten dem stopper tjenesten opp. Enkelte mener at utdanningen bør endres og mer vekt må legges på det å være sykepleier i en kommune. Det må komme tydeligere fram at det også er mange faglige utfordringer innenfor den kommunale sektoren og at det blir stadig mer av dette. Enkelte gir uttrykk for at studenter i praksis har fått en positiv erfaring i kommunen med hensyn til muligheten for å utvikle seg faglig.

Samtidig mener flere informanter at de kommunale tjenestene, og hjemmetjenestene spesielt, krever enormt av sykepleierne fordi de jobber mye alene med stadig sykere pasienter. I en institusjon er det flere på jobb med samme bakgrunn som man kan diskutere med og utveksle erfaringer med. I en kommune vurderes et tiltak der alle nyutdannede sykepleiere i kommunen skal begynne ved korttidsavdelingene og bygge trygghet før de går ut i hjemmetjenestene. Tillitsvalgte etterlyser også faglige forum i kommunen og fagdager for sykepleierne for å sørge for kompetanseutvikling og trygghet.

Sykepleiere står mindre alene i sykehjemmene. Samtidig kan det vært tynt med sykepleiere på jobb også i enkelte sykehjem. Det gis uttrykk for at bemanningssituasjonen ser bedre ut på papiret enn i virkeligheten. Det er stadig sykemeldte og annet fravær som gjør at det er færre kvalifiserte på jobb enn hva det er planlagt for. Av den grunn må det brukes vikarer. Kommunene bruker både faglærte og ufaglærte vikarer. De forsøker å få faglærte, men der det ikke er vikarordninger med sykepleiere, slik det er i noen kommuner, er det vanskeligere å skaffe fagutdannede. Enkelte kommuner har tatt konsekvensen av dette og lyser nå ut alle stillinger som faste: «vi trenger dem jo uansett», blir det sagt.

Enkelte har benyttet vikarbyråer, men det er gjerne siste utvei. Erfaringene er blandede, det er dyrt, flere har ikke boliger i kommunen for vikarer, og vikarbyråene har problemer med å levere ønsket kompetanse. Det rapporteres om at ved bruk av vikarbyrå kan tjenestene koste opp mot 100 prosent mer enn de ellers ville gjort. Vikarbyrå er også en utfordring med hensyn til rekruttering. Som en informant sa:

«Vikarbyrået tar over våre ansatte og så hyrer vi dem inn til dobbel kostnad.»

Til tross for utfordringene med å rekruttere og beholde personell, er kommunene svært opptatt av fagkompetanse, og flere viser til betydningen av egne kompetanseplaner. Slik vet de hva de har, hvor lenge de ansatte har igjen å jobbe og når de derfor må erstatte folk. Enkelte av kommunene oppgir imidlertid at de ikke har kommet like langt på dette. Selv om kompetanseplaner er et krav i Hovedtariffavtalen, jf. omtale i kap. 4, er det ikke alle kommunene som oppgir å ha dette.

Det gis uttrykk for at det ikke bare handler om å ha tilstrekkelig med kompetanse, men også om å bruke den riktig. Dersom man ikke bruker rett kompetanse til rett bruker på rett måte, vil det iallfall bli knapt med ressurser i kommunene. Sykepleiere må få gjøre sykepleieroppgaver, helsefagarbeidere helsefagarbeideroppgaver. En kommunalsjef sa det slik:

«Vi må slutte å gå i den fella som nesten hele kommune-Norge har gått i. Sykepleiere og vernepleiere må slutte å gjøre det samme som alle andre som jobber i sektoren. En sykepleier eller vernepleier skal ikke måke snø! Profesjonskampen må løftes!»

Et annet tiltak flere er opptatt av for å kunne bruke fagkompetansen bedre, er muligheten for at ansatte kan jobbe på tvers av enheter. I en del tilfeller kan det være krevende å utnytte kompetansen på tvers, fordi kompetansen som trengs i ulike avdelinger og enheter er ulik. For eksempel kreves det en annen kompetanse i en tung demensavdeling enn i en avdeling som driver med rehabilitering i etterkant av et slag. Likevel mener flere at arbeid på tvers av avdelinger og enheter må til dersom sektoren skal sikres nok fagkompetanse. I en kommune vi har snakket med, sier politisk ledelse at de ansatte nå er nødt til å akseptere å jobbe sånn. Kommunen må kutte kostnader og da kommer den ikke utenom, uttrykte informanten.

## 5.7 Heltidskultur er et godt grep, men kommunene har fortsatt et stykke å gå

Samtlige informanter trekker frem tilgangen på fagpersonell som en utfordring. Enkelte erfarer at situasjonen med bemanning og kompetanse er ganske god, men tviler på om det vil fortsette sånn framover. Samtlige beskriver det å rekruttere og beholde personell som svært krevende. Kommunene legger derfor ned mye ressurser i å rekruttere og beholde personell, for uten fagkompetansen stopper tjenestene opp.

Heltidskultur er det flere av kommunene som satser stort på. Brukernes behov har vært førende for dem som har satsset på heltid. Brukernes behov er kartlagt og bemanningsbehovet vurderes i forhold til dette. En informant sier:

«Er det virkelig sånn at behovene er mindre om sommeren og i helg, eller.. «Vi har fått mange aha-opplevelser».

Kartleggings- og forankringsarbeidet har stått sentralt for å lykkes med innføringen. Arbeidet med heltidskultur er forankret hos politikerne i kommunen og på alle nivåer i tjenesten. Det er skapt en felles forståelse for behov for endring. Det er til og med eksempler på politikere som sender stillingsutlysninger i retur fordi stillingen er for liten.

Heltidskultur handler om kvaliteten i tjenesten. Når det blir flere som jobber fullt, blir det færre ansatte. Dette gjør at både de ansatte og brukerne får færre å forholde seg til. Det bidrar også til bedre arbeidsmiljø og bedre kvalitet for brukerne. Det er de små kommunene i utvalget vårt som har jobbet mest aktivt med heltidskultur slik de beskriver dette. Her tilbys alle 100 prosent stillinger. De som nå jobber under 100 prosent, gjør dette fordi de selv ønsker det av f.eks. familiære hensyn.

Det gjennomføres flere prosedyrer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som man ikke gjorde før. Det krever kvalifisering som ofte gjennomføres i regi av spesialisthelsetjenesten. Dette er krevende å få til med mye deltid og små stillinger. Heltid gjør også kompetanseheving lettere.

Flere av kommunene viser også til at heltidskultur har effekt på vikarbruken. Heltidskultur bidrar til lavere sykefravær blir det sagt, og vikarbruken går ned. Innenfor heltidskulturprosjektet er det også arbeidet med nye løsninger for vikarbruk. Vikarutfordringer løses blant annet ved at ansatte har deler av sin stilling som vikar, og at de ansatte dermed utgjør sin egen vikarpool. Enkelte av kommunene bruker også de høyere stillingsandelene til overbelegg av sykepleiere i tjeneste. Dette gjør at tjenestene ikke er så utsatte for sykefravær eller annet, siden det til enhver tid da skal være nok med fagkompetanse på jobb.

I noen av kommunene som har jobbet aktivt med heltidskultur mener man at dette kan ha bidratt til det lavere sykefraværet man nå ser i tjenesten. En informant uttrykte:

«Sykefraværet har gått ned med 5 prosentpoeng som følge av at kommunen tilbyr langvakter, heltid og at ansatte får være med å velge turnusordning.»

Kommunene tror også at arbeidet med heltidskultur vil ha positiv virkning på rekrutteringen framover og på trivselen og arbeidsmiljøet blant de ansatte, og dermed på muligheten til å beholde personell.

For å kunne tilrettelegge for heltidsarbeid har man endret arbeidstidsordningene enkelte steder. Det er innført langvakter i helg og i uka. En langvakt kan være 13 timer lang. Innføring av ulike typer turnusordninger er trukket fram i kommuner som både har uttalte prosjekter på heltidskultur og andre kommuner. Flere kommuner opererer med langvakter i helg. De som jobber slike vakter jobber hver 4. helg. De ansatte kan også ønske seg ordinær turnus og får endret turnusordning dersom det er behov for det. Flere trekker fram at systemet fungerer godt, da de ansatte har ulike behov og at det er viktig for dem å bli møtt på dette.

Samtidig som det er noen kommuner som er svært bevisste på heltidskultur, og kun utlyser faste og hele stillinger, er ikke dette tilfelle i alle kommunene. Enkelte av de mellomstore kommunene oppgir å ha en god del små stillinger. I en kommune jobbes det med dette. I en annen kommune sier en informant at alle deltidsstillingene ikke er noe å være stolt over, men at det må bli slik pga. økonomiske ressurser og en turnus som skal gå opp. Disse kommunene oppgir også å ha store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere.

Tillitsvalgte spesielt erfarer ikke at lønnen nødvendigvis står i forhold til det ansvaret sykepleierne har i kommunen, og den belastningen yrket innebærer. Enkelte kommuner har forsøkt med noen lønnstiltak. Et par små kommuner tilbyr en begynnerlønn med en ansiennitet svarende til 8 år i yrket. Andre kommuner tilbyr sykepleierstillinger hvor det gis rom til å gjennomføre et spesialiseringssløp med tilsvarende økt lønn. Kommunene erfarer at dette har en positiv effekt på rekrutteringen.

Kommunene sjekker ut lønnsnivået i sitt geografiske område og flere forsøker å tilpasse seg dette. En del kommuner peker på at det er utfordringer med å rekruttere når lønnen i spesialisthelsetjenesten er høyere eller når man konkurrerer med kommuner i omlandet med et annet lønnsnivå. En kommune oppgir at alle sykepleiere har fått 10 000 kroner ekstra for å jobbe i kommunen. Det er ikke så mye, sier tillitsvalgte, men det er vanskelig å få mer fordi sykepleierne er en så stor gruppe i kommunen. I en annen kommune har man gitt tillegg i juni og juli for dem som ikke tar ut ferie i disse månedene, og i en kommune gis stipender til egne innbyggere som utdanner seg til sykepleiere og helsesykepleiere mot at de forplikter seg til å jobbe i kommunen etterpå. Flere av kommunene framstår likevel som litt rådvile når det gjelder lønn. Det pekes på at sektoren er så stor at det er vanskelig å tilby mer lønn innenfor budsjettene.

Økt lønn er i seg selv ikke nok uten at rammebetingelsene for øvrig oppleves gode, uttrykker flere informanter. Turnusen må være satt opp med tilstrekkelig fagkompetanse, og kompetanseprofilen på faktisk bemanning må ikke avvike vesentlig fra hva som er satt opp. Dette er for at sykepleierne ikke skal slite seg ut. Sykepleierne er også opptatt av å få brukt kompetansen sin og tilhøre et faglig fellesskap. Flere av kommunene er derfor opptatt av å tilby sine ansatte etter- og videreutdanning, og benytter statlige tilskuddsordninger til dette. Enkelte tillitsvalgte peker imidlertid på det kan være langt mellom liv og lære. Blant annet er det slett ikke alle kommuner som tilbyr høyere lønn etter gjennomført videreutdanning.

God ledelse trekkes fram av flere som viktig. Det sies blant annet at lederne ikke må være vanskelige å få tak på, og kontrollspennet må ikke være for stort. Fra en tillitsvalgt trekkes det fram at ledelsen i kommunen er god og at det bidrar til gode tjenester og fornøyde ansatte. Som et godt grep trekkes det fram at personalmøtene er gjort om til kvalitetsmøter med fokus på hvordan oppgavene best kan løses. I samme kommune er det flere faste møter mellom ledere på flere nivåer, tillitsvalgte, verneombud, og det vurderes å innføre et kvalitetsråd med støtteforeninger, pårørende og brukere i arbeidet med å utvikle tjenesten.

I andre kommuner sies det at kontrollspennet blir altfor stort. Det blir ikke rom for nærledelse. Dels skyldes dette mange ansatte, men like mye at avdelingslederne har altfor mange andre oppgaver.

## 5.8 Samarbeid på spesialisthelsetjenesten sine premisser

Mange informanter har oppgitt at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er ganske godt. Utveksling av elektroniske meldinger og utarbeidelse av samarbeidsavtaler trekkes fram som forhold som fungerer bra, og bedre enn tidligere.

På den annen side sier flere at spesialisthelsetjenestene nok ikke helt skjønner hvordan de kommunale tjenestene er utformet. Kommunene skal tilrettelegge for tidlig innsats, forebygging, rehabilitering og mestring. Kommunen er mer enn behandling og mer enn helse, påpekes det.

Samarbeidet om enkelte utskrivningsklare pasienter kan være krevende. Det er til slutt spesialisthelsetjenesten som bestemmer hvem som skal ut av sykehuset, og da må kommunen ta imot vedkommende. Kommunene, og spesielt de mindre kommunene, blir «lillebror» i forholdet. Av og til er pasientene så krevende at det fordrer mer enn kommunen egentlig har av kompetanse og ressurser til å følge opp. Psykiatri trekkes fram som et spesielt krevende område knyttet til utskrivninger.

Fra en kommune trekkes det fram at sykehuset ikke er villig til å ta hensyn til at kommunen er i en omstillingsfase der det bygges nytt sykehjem, omsorgssenter og flere korttidsplasser. Dette gjør at kommunen må bære økte kostnader til overliggedøgn, mens den samtidig jobber med å øke kapasiteten og bedre kvaliteten på tilbudet i kommunen.

Samtidig påpekes det at flere sykehus gjør en stor innsats i å skolere ansatte i kommunen og legge til rette for kvalifisering, og at samarbeidet om utvikling av kompetanse går bedre enn tidligere.

Flere informanter er tydelig på at både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene har et felles ansvar for forsvarlige tjenester. Man kan ikke bare skyve pasienter nedover. En informant sa det slik:

«Tjenestene må sammen gå inn i gråsonene i samarbeidet for å avdekke hvordan tjenestene bør utformes til beste for brukeren/pasienten.»

## 5.9 Bruk av private: et tveegget sverd

Kjøp av private er ikke utbredt i kommunene vi har gjennomført intervjuene. Det er eksempler på noe kjøp av BPA, kjøp av boligjenester og andre tjenester til brukere med utfordringer innen rus og psykiatri. Samtlige kommuner trekker fram at kjøp fra andre skjer i et lite omfang.

Det finnes noen eksempler på kommuner som benytter private leverandører i hjemmetjenesten. Det pekes på at dette er et politisk valg. Hvem som styrer politisk synes å ha stor betydning for bruken av private løsninger. En kommune sier de nå avviker kjøp fra private innenfor hjemmetjenestene fordi tjenestene ikke er særlig egnet for konkurranseutsetning. Nedenstående utsagn illustrerer dette:

«Private har ikke insentiv til å gjøre seg selv overflødige gjennom å legge til rette for hverdagsrehabilitering og mestring.»

En kommune sier at den tidligere brukte private leverandører i sykehjem, men at kommunen vant siste anbudskonkurranse. I denne kommunen er fokuset på å drive effektivt svært høyt fordi den kommunale enhetslederen nødig vil tape en ny anbudsrunde. Hovedtillitsvalgte mener at konkurranseutsettingen har ført til at bemanningen er sterkt beskåret.

I en annen kommune ble konkurranseutsetting av et nytt sykehjemsbygg vurdert, men dette ble skrinlagt på grunn av stor motstand blant ansatte i eksisterende sykehjemsbygg og blant beboerne som ikke ville at de ansatte skulle byttes ut. I en annen kommune leverer en privat stiftelse sykehjemsplasser. Tilbudet oppfattes å være av tilsvarende kvalitet som det kommunale, men det er vanskelig å avvikle plassene når man nå bygger om institusjonstjenestene.

I kommunene mener man at de stort sett har god kontroll med kompetanse og kvalitet der de kjøper tjenester. Det vises til månedlige rapporter og månedlige møter. Enkelte føler seg imidlertid ikke like trygge på at de har tilstrekkelig kontroll med kvaliteten på tjenesten.

Kommunene sier man at det ikke finnes mange helprivate løsninger utover det kommunen selv tilbyr eller kjøper. Samtidig pekes det på at det har utviklet seg noen flere slike tilbud de siste årene eller at noen tilbud er i ferd med å komme i kommunen/nabokommunen. Dette er tjenester lenger ned i omsorgstrappa som husvask, hjelp til å dusje, hjelp til å handle, kafébesøk og andre aktivitetstilbud som tilbys. I en kommune er tilbyderne også inne i sykehjemmet og aktiviserer beboerne. Disse har pårørende som har kjøpt tjenesten. For dem som jobber i sykehjemmet beskrives dette som en avlastning og som et godt tilbud. De ser at brukerne har godt av det, og skulle ønske de ansatte kunne ha gjort mer av dette selv.

Enkelte mener det kan komme mer av denne typen tjenester framover, dels fordi flere har råd til det, og dels fordi det er grenser for hva en kommune kan tilby. En kommunalsjef mente det kunne ha den fordel at det vil kunne avlaste tjenestene framover, og uttalte følgende:

«Vi blir dobbelt så mange eldre framover, men jeg kommer ikke til å få doble budsjetter. Da kan det være fint om enkelte som vil ha noe mer kjøper seg tjenester, slik at vi kan gi et forsvarlig tilbud til dem som må ha tjenester.»

Samtidig ble det påpekt at dette også kan utfordre oppfatningen blant folk om at tjenestetilbudet er likeverdig. Flere slike private løsninger vil også kunne gjøre rekrutteringen ytterligere krevende på sikt, ble det sagt.



## 6 Tjenester på strekk

*Flere funn tyder på at helse- og omsorgstjenestene er på strekk. Andelen av offentlige budsjetter som går til sektoren er mer eller mindre uendret det siste tiåret. Samtidig har brukerne mer omfattende behov innenfor alle aldersgrupper. Antallet sykehjemsplasser står på stedet hvil, mens flere står på venteliste. Tildelingen av praktisk bistand går ned.*

*Fortsatt tilbys mange sykepleiere deltidsstillinger, og vikarbruken er høy. Kommunene strever med å rekruttere og beholde nok fagkompetanse. Heltidskultur synes å være en del av løsningen. Turnusen må også være satt opp med, og gjennomføres med en bemanning som gjør at sykepleierne ikke sliter seg ut. Det krever at kommunene har tilstrekkelig med ressurser til å tilby hele, faste stillinger, og en bemanning som gir en rimelig arbeidsbelastning for dem skal jobbe i sektoren.*

*Oppgaveoverføringen fra sykehusene krever en helt annen oppfølging av brukere og pasienter i kommunene enn tidligere. Tall for reinnleggelser og overliggedøgn, tyder på at kommunene ikke er rustet for alle de nye oppgavene som er tilkommet de senere årene. Kommunene må sikres ressurser til å ta seg av stadig sykere innbyggere i kommunen og rekruttere og beholde nødvendig fagkompetanse. Dagens finansiering er ikke tilstrekkelig.*

### 6.1 Mer omfattende behov, samme relative økonomiske rammer

Fra kommunalt hold pekes det på behovet for å yte tjenester lengst mulig ned i omsorgstrappa for å møte behovene til brukerne innenfor gjeldende budsjetterammer. God kartlegging og tidlig innsats kan bidra til godt innrettede tjenester, til tjenester av god kvalitet og effektiv ressursinnsats.

#### Brukerne har mer omfattende behov

Kommunene beskriver et høyt kostnadsfokus i tjenestene. Satsingen på hjemmetjenester er delvis begrunnet i dette. De nasjonale tallene vi presenterte i kapittel 3 bekrefter dels denne utviklingen. Utgiftene til aktivisering- og servicetjenester går opp. Utgiftene til hjemmetjenester ligger omtrent på samme nivå, mens utgiftene til institusjon går relativt sett ned.

Til tross for tidlig innsats viser tall fra KOSTRA/IPLOS presentert i kapittel 3 at det er flere av brukerne som har mer omfattende behov enn før og det ytes langt mer hjemmesykepleie enn tidligere. Dette er ikke så overraskende all den tid det er forventet at sykere pasienter skal følges opp i kommunene og folk lever lenger med kroniske sykdommer, kreft og demens enn tidligere, jf. omtale i kapittel 4.

#### De skrøpeligste eldre venter på sykehjemsplass

Det blir relativt sett stadig flere yngre brukere innenfor sektoren, mens andelen eldre brukere går ned. Noe av dette kan trolig forklares med en friskere eldrebefolkning enn tidligere og en lavere befolkningsvekst i alderskategorien 80-89 år, jf. kapittel 3. Samtidig er det forhold som kan tyde på at de skrøpeligste eldre ikke får et godt nok tjenestetilbud. Langtidsopphold i sykehjem er en tjeneste som først og fremst er forbeholdt de eldre brukere. Antallet institusjonsplasser i Norge har stått mer

eller mindre på stedet hvil de siste ti årene. I 2009 var det 42 438 institusjonsplasser mot 42 060 plasser i 2017.<sup>4</sup>

Fra 2018 ble kommunene pålagt å rapportere på hvor mange som venter på sykehjemsplass mens de mottar et forsvarlig tjenestetilbud hjemme eller på korttidsplass. Den første rapporteringen publisert i mai 2018, viser at 44 prosent av landets kommuner har personer på venteliste til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Samlet er det 1420 personer på venteliste. Av disse bor 457 personer i eget hjem, mens 963 personer er tildelt korttidsplass.

Helsedirektoratet har også bedt kommuner som har tilgjengelig informasjon om antallet personer på venteliste til korttidsopphold om å oppgi dette. Disse tallene viser at 446 personer står på venteliste til korttidsopphold.<sup>5</sup> Samtidig som om lag 1420 personer venter på langtidsopphold, er antallet institusjonsplasser lavere i 2017 enn i 2009. Ventelistetallene kan tyde på at langtidsstilbudet ikke er godt nok, ev. at hjemmetjenestene ikke er godt nok bygget ut og bemannet til å ta seg av de svakeste eldre. Dette er en av flere indikasjoner på en presset sektor.

## Terskelen for å få tjenester er høyere

Når pasienter som venter på langtidsplasser bebor korttidsplasser, fortrenger det brukere med behov for opptrening som i stedet må motta dette hjemme. Kommuneundersøkelsen bekrefter at det er slik i noen av kommunene. Dette kan tyde på at kommunene ikke har dimensjonert riktig med hensyn til å dekke behovene til de eldste med omfattende behov, og at dette får ringvirkninger for brukergrupper i alle aldre. Ressursene synes ikke å strekke til for både å møte behovene for varig pleie, opptrening og tidlig innsats.

I kapittel 3 pekte vi på at det ikke er brukt mer ressurser i sektoren relativt til totale offentlige utgifter i Norge i perioden 2009 til 2017. Andelen av kommunebudsjettet som går til helse og omsorg er om lag det samme de siste tre årene også. Det til tross for at flere av brukerne har omfattende behov. Når ressursene til sektoren som andel av offentlige utgifter står stille, til tross for at det blir flere brukere med et større omsorgsbehov, er det et spørsmål om brukerne får det tilbudet de burde fått. Det er også et spørsmål om brukere med mer omfattende behov fortrenger andre brukere som kvalifiserer til å få tjenester. Tall for mottakere av praktisk bistand kan tyde på dette. Med unntak av for de yngre brukerne, går tildelingen av praktisk bistand ned.

Terskelen for å motta helse- og omsorgstjenester er blitt høyere enn før. Brukernes oppfatninger av tjenestene gjengitt i Difis brukerundersøkelse, viser at brukerne i 2017 er mindre fornøyd enn i tidligere år (Menon, 2018).

Informasjonen fra kommunene tilsier at det er krevende å møte behovene både til brukerne med omfattende behov samtidig som det skal legges til rette for hjemmetjenester og tidlig innsats. Det er utfordrende å gi et godt tilbud til alle brukergrupper, noe som tyder på stramme økonomiske rammer og tjenester på strekk.

---

<sup>4</sup> SSB. Statikk om omsorgstjenester

<sup>5</sup> Regjeringen.no 16.5.2018

## Kommunenes prioritering av helse og omsorg

Kommunene prioriterer forskjellig. Ressursbruken er høyere enn forventet i region Nord. Mønsteret er motsatt i Midt-Norge og i Sør-Øst med unntak for de minste kommunene i sistnevnte region. Også i region Vest prioriteres sektoren høyere i de minste kommunene, mens dette ikke er tilfelle for alle kommuner i regionen. Samdata finner det største avviket mellom faktiske utgifter og beregnet utgiftsbehov i de kommunene som har høyest frie disponible inntekter. I disse 10 kommunene brukes det i gjennomsnitt 9 000 kroner mer per innbygger enn hva man skulle kunne forvente ut fra utgiftsbehovet. Samtidig har Menon (2018) vist at det er en negativ sammenheng mellom nivå på frie inntekter per innbygger og andelen av kommunens utgifter til helse- og omsorgstjenester. Mye frie inntekter benyttes til andre ting enn helse og omsorg.

Kommunalsjefer oppgir at de ikke forventer å få doble budsjetter selv om det blir dobbelt så mange eldre. De kommunale lederne synes å akseptere at det er slik. Tilsvarende ser man fra en svensk undersøkelse fra 2014 gjennomført i 59 kommuner av Arbetsmiljöverket. Her har man sammenlignet teknisk etat og hjemmetjenestene. Undersøkelsen viser at i hjemmetjenesten har sjefene flere medarbeidere, arbeidssituasjonen for både sjefer og medarbeidere er mer presset, mulighetene for å påvirke egen arbeidssituasjon er mindre og tilgjengelige ressurser er mindre. Det er liten grunn til å tro at bildet ser vesentlig annerledes ut i Norge. Helse- og omsorgssektoren er trolig dårligere stilt enn andre sektorer også i Norge.

## 6.2 Velferdsteknologi er noe av løsningen, men ikke alene

Velferdsteknologi er satt på kartet det siste tiåret. Velferdsteknologi er både ment å kunne bidra til å yte tjenester av god kvalitet, men også kunne avlaste tjenesteutøverne og gi besparelser i tjenestene. Ulike former for velferdsteknologi prosjekteres i alle kommunene hvor vi har gjennomført intervjuer og trekkes fram som tiltak som kan heve kvaliteten på tjenestene og avlaste fagpersonellet.

Velferdsteknologi er også belyst i andre undersøkelser. I NOU 2016:3 omtales Lister-samarbeidet i seks kommuner i Agder. Gjennom samarbeidet er ulike velferdsteknologiske løsninger prøvd ut. I NOUen vises det til at samarbeidet er evaluert og at evalueringen viser at kommunene ville hatt 1400 flere institusjonsdøgn i 2014 med tidligere organisering og arbeidsmåter. Til tross for en økning med over 750 eldre over 67 år i kommunene hadde antall beboere på institusjon gått ned. Tilsvarende hadde antallet som mottok hjemmehjelp økt som et resultat av velferdsteknologi og nye måter å jobbe på.<sup>6</sup>

Helsedirektoratet viser også i sine gevinstrealiseringsrapporter om nasjonalt velferdsteknologiprogram til betydelige gevinster med hensyn til både kvalitet og kostnader ved bruk av velferdsteknologi. «De viktigste gevinstene oppgis å være utsatt behov og redusert antall besøk fra hjemmetjenester, utsatt behov for institusjonsplass, økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende, redusert belastning for tjenesten og mindre bruk av tvang».<sup>7</sup>

<sup>6</sup> NOU 2016:3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi, side 225

<sup>7</sup> Helsedirektoratet IS-2557 Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Flere prosjekter synliggjør et stort potensial i bruken av velferdsteknologi forutsatt god organisering, forankring og opplæring. Velferdsteknologi kan være en del av løsningen, men vil kreve investeringsutgifter før nytten kan tas ut. Velferdsteknologi kan heller ikke erstatte behovet for kompetent fagpersonell, og løser følgelig ikke alle problemer i sektoren.

Vår undersøkelse tyder på at ansatte og brukere bør involveres godt i utvikling og innføring av løsningene dersom de skal komme til nytte på en gagnlig måte. Kommunen må ha en klar plan for hvordan løsningene skal brukes og gevinsten tas ut. Velferdsteknologi synes foreløpig ikke å ha lettet utfordringene med å rekruttere og beholde personell i vesentlig grad i kommunene vi har studert.

### 6.3 Kommunene har store utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig med fagkompetanse

Vår undersøkelse tyder på at det har oppstått en erkjennelse i kommunene av at uten fagkompetanse vil det ikke være mulig å gi forsvarlige tjenester framover med de kravene som stilles til medisinskfaglig behandling i kommunene i dag.

#### Svært krevende å rekruttere fagpersonell

Samtidig er kommunene like tydelige på at det å skaffe til veie nødvendig fagkompetanse og da spesielt sykepleiere, er en av de største utfordringene sektoren står overfor. Dette underbygges av funnene i KS arbeidsgivermonitor som er omtalt i kapittel 4. Sykepleiere og spesialsykepleiere er den yrkesgruppen i tillegg til leger, som er vanskeligst for kommunene å rekruttere. Undersøkelser gjennomført av Gautun mfl (2016), Ugreninov mfl (2017) og NAV peker på det samme. Blant kommunene vi har snakket med er det både kommuner som tar utfordringen på alvor og gjennomfører tiltak, og kommuner som ikke gjør dette i samme grad. Kommunene i sistnevnte gruppe synes å ha større utfordringer med å rekruttere og beholde personell enn kommunene som har en bevisst tilnærming til dette og satser på flere virkemidler samtidig for å rekruttere og beholde kompetente sykepleiere og spesialsykepleiere.

#### Enkelte kommuner tar gode grep, men har fortsatt utstrakt bruk av deltid

En undersøkelse NSF<sup>8</sup> har foretatt bekrefter at flere kommuner nå jobber aktivt med rekruttering. Undersøkelsen viser at i overkant av 150 kommuner har tatt grep for å rekruttere og beholde sykepleiere. Det mest effektive tiltak vi har fått informasjon om, er arbeidet med heltidskultur. Bruk av langvakter synes også å ha betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet og ansattes mulighet for en fleksibel turnus.

Tilbud om faste, hele stillinger gir resultater blant annet fordi det gir ansatte forutsigbarhet. De blir dermed ikke tvunget inn i deltidsstillinger som gjør at de må takke ja til ekstravakter som kan være ugunstig med hensyn til vaktene de allerede har og muligheten for rekreasjon etc. mellom vaktene. Heltidskultur gir bedre arbeidsmiljø, lavere sykefravær og bedre tjenester til brukerne.

<sup>8</sup> <https://sykepleien.no/2018/05/disse-155-kommunene-tilbyr-noe-ekstra-til-sykepleiere>

Like fullt har fortsatt en del norske kommuner mye ugjort med hensyn til å rekruttere og beholde personell. Fortsatt er det slik at omtrent halvparten av sykepleierstillingene som lyses ut nasjonalt lyses ut som deltidsstillinger. Tidligere undersøkelser viser at sykepleierne ønsker fast stilling, høy stillingsandel og ønsker å bruke kompetansen sin. I enkelte av kommunene vi har studert har de forstått dette og utlyser nå kun faste, hele stillinger. De er tydelig på at dette gjør det enklere å rekruttere og beholde sykepleiere.

## Vikarbruken tærer på de ansatte og er dyrt

Sykepleierforbundet har gjennomført en undersøkelse som viser at kommunene brukte om lag 1,1 mrd. kroner på vikarutgifter i 2017. Dette utgjør en økning på 21 prosent sammenlignet med 2016. En undersøkelse utført av NSF i 2018 viste at på landsbasis er 18 prosent av planlagte sykepleiervakter ikke dekket med sykepleiere, jf. omtale i kapittel 4. Kartleggingen viser at det er færre sykepleiere og helsefagarbeidere på vakt enn planlagt, mens det ofte er flere assistenter på vakt enn hva det er planlagt for. Slik er det også i flere av kommunene vi har snakket med. Dette gir en merbelastning på sykepleierne som er på jobb, fører til at flere blir syke og forsterker igjen behovet for vikarer.

I flere av kommunene vi har gjennomført intervjuer brukes ufaglærte som vikarer. Mange ubesatte stillinger og stort innslag av vikar og ufaglærte, legger bær til byrden for dem som allerede jobber i tjenestene, opplyser tillitsvalgte. Høyt sykefravær kan være en indikasjon på dette. I 2016 var det 137 950 årsverk innenfor omsorgssektoren i kommunene og et sykefravær svarende til 15 565,18 årsverk<sup>9</sup>. Dette innebærer et samlet sykefravær på 11,3 prosent. I kommunene vi har vært og som har lyktes med heltidskultur, har sykefraværet gått ned. Hele, faste stillinger og vikarpool med egne sykepleiere, synes å være gode løsninger med hensyn til arbeidsmiljøet og sykefraværet.

## Kommunene er lite attraktive for nyutdannede

Det å rekruttere og beholde nyutdannede er svært viktig for kommunene. Studenter oppgir at det ikke er like attraktivt å begynne i kommunene som i spesialisthelsetjenesten. Dette handler dels om trygghet og muligheten til å utvikle seg selv faglig. I en kommune vurderes det derfor at alle nyutdannede skal få begynne på korttidsavdelingen for å ha et fagmiljø rundt seg i begynnelsen før de begynner å jobbe ute i hjemmetjenestene. Enkelte peker også på tettere samarbeid med høyskolene, samt på muligheten for å gi de kommunale helse- og omsorgstjenestene større plass i utdanningsløpet. NSF (2018) har vist at kommunene i for liten grad tilrettelegger for oppfølging av studenter i kommunen. Kommunene har et potensial i å gjøre denne jobben bedre, noe som trolig også er nødvendig for å lykkes med å rekruttere og beholde nyutdannede.

## Videreutdanning må lønne seg

Etter- og videreutdanning kan være nødvendig for å beholde personell. Skal etter- og videreutdanning være et vellykket virkemiddel, må det imidlertid legges til rette for det, peker enkelte tillitsvalgte på. Det må ikke bare komme på toppen av alt annet man gjør, og det må gi uttelling lønnsmessig. Flere tillitsvalgte rapporterer at det ikke er noen automatikk i at etter- og videreutdanning resulterer i bedre lønn.

---

<sup>9</sup> SSB. Årsverk og fravær innenfor pleie og omsorgstjenesten.

## Lønn som står i forhold til ansvar og belastning

Ansatte som jobber innenfor helse- og sosialsektoren er utsatt for sykefravær knyttet til muskel- og skjelettplager på grunn av høy forekomst av mekanisk eksponering. Sykefraværstilfeller grunnet angst og depresjon er utbredt i mange yrker innenfor helse- og sosialsektoren. Mange ansatte i denne sektoren jobber i yrker med høy eksponering knyttet til flere psykososiale og organisatoriske risikofaktorer på arbeidsplassen. Hovedtillitsvalgte spesielt gir uttrykk for at lønnen ikke står i forhold til det ansvaret sykepleierne har i kommunen, og den belastningen yrket innebærer. Kommunene har en stor utfordring med å rekruttere og beholde ansatte, og lønn er en del av dette bildet. Noen av kommunene tilbyr en begynnerlønn med en ansiennitet svarende til 8 år i yrket. Andre kommuner tilbyr sykepleierstillinger hvor det gis rom til å gjennomføre et spesialiseringsløp med tilsvarende økt lønn. Kommunene erfarer at dette har en positiv effekt på rekrutteringen.

Flere av kommunene framstår samtidig som litt rådville når det gjelder lønn. Det pekes på at sektoren er så stor at det er vanskelig å tilby mer lønn innenfor budsjettene. Dette bidrar også til at det å rekruttere og beholde personell oppleves som en kontinuerlig kamp. Igjen blir det likevel et spørsmål om ressursene er tilstrekkelige for å legge til rette for gode arbeidsbetingelser i sektoren, hele, faste stillinger, en god grunnbemanning, nok fagkompetanse og en lønn som står i forhold til det ansvaret en jobb i de kommunale helse- og omsorgstjenestene innebærer. Uten ressurser til dette, vil det bli stadig mer utfordrende å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere framover.

## 6.4 Kommunene synes ikke rustet for oppgave- og ansvarsoverføringen fra spesialisthelsetjenesten

Fra kommunalt hold vurderes samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som relativt godt, men det etterlyses større forståelse for hvordan kommunen jobber og for ansattes fagkompetanse. Kommunene tilbyr mange ulike tjenester og er ikke spesialister slik spesialisthelsetjenesten er.

### Økning i reinnleggelser og overliggerdøgn

Samhandlingsreformen la opp til at et større ansvar og flere oppgaver skulle flyttes ut i kommunene. Det er likevel et spørsmål om ressursene er tilpasset dette og om kommunene er rustet for oppgavene. Antallet reinnleggelser har for gått opp siden innføringen av samhandlingsreformen. Samdata viser at det var 101 862 dag- og døgnopphold på norske sykehus som var reinnleggelser i 2016 (et opphold eller behandling for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter en forutgående utskrivning). Dette tilsvarer vel 9 prosent av alle dag- og døgnopphold. Omfanget av reinnleggelser økte fra 8,5 prosent i 2011 til 8,9 prosent i 2013, og økte ytterligere til 9,1 prosent i 2016. De fleste reinnleggelser (69 prosent) kommer i løpet av de første 14 dagene etter en behandling, og 45 prosent kommer innen den første uken.

Kommunene skal betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehus. I 2019 er døgnprisen per overliggerdøgn på 4 885 kroner. Samdata viser at det i 2017 var 81 032 liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter som var ferdig behandlet og ventet på kommunale helse- og omsorgstjenester. Nivået av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter falt betydelig fra 2011 til 2012 da Samhandlingsreformen ble implementert, men økte årlig fra 2014 til 2016. Fra 2016 til 2017 har nivået av opphold og liggedager for utskrivningsklare pasienter vært stabilt.

Gitt utviklingen i antall reinnleggelser og i antall utskrivningsklare pasienter, kan det stilles spørsmål ved om overføringen av oppgaver har gått for langt, om pasienter skrives for raskt ut av sykehuset og om kommunene er i stand til å ivareta de utskrivningsklare.

## Flere polikliniske konsultasjoner og færre liggedøgn øker presset på kommunene

Tall over kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenestene viser at utgiftene er noe redusert de senere årene. Samtidig behandles flere, mens antallet liggedøgn i sykehus går ned. Antallet polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner økte fra om lag 3 875 000 i 2008 til om lag 6 051 000 i 2017. Dette tilsier en økning på drøye 56 prosent. Antallet polikliniske konsultasjoner i institusjoner i psykisk helsevern økte fra om lag 1 758 000 i 2008 til om lag 2 877 000 i 2017. Dette er en økning på drøye 63 prosent. Antall liggedager i somatiske institusjoner utgjorde om lag 4 650 000 i 2008 mot 3 830 000 i 2017. Dette tilsvarer en reduksjon på vel 17,5 prosent. Antall liggedager i institusjoner i psykisk helsevern ble redusert fra om lag 1 485 000 liggedager i 2008 til om lag 1 135 000 liggedager i 2017. Dette er en reduksjon på i underkant av 24 prosent.<sup>10</sup>

Økningen i antallet konsultasjoner i kombinasjon med en reduksjon i antallet liggedager, bidrar til et økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester. Skal de kommunale tjenestene ta et stadig større ansvar for det som tidligere lå til spesialisthelsetjenesten, må de være økonomisk og kompetansemessig rustet for dette. Slik situasjonen er, har kommunene verken tilstrekkelig med fagkompetanse eller økonomiske rammer svarende til det ansvaret de har fått.

## Behov for mer kompetanseoverføring og kompetanseutvikling

Norske kommuner er generalistkommuner. Det er et spørsmål om alle kommuner uavhengig av størrelse er i stand til å ivareta et behov for stadig mer spesialiserte tjenester innenfor helse- og omsorgstjenesten hvor kravene til spesialisert fagkompetanse blir stadig større. Dette vil i så fall kreve godt samarbeid med helseforetakene om opplæring, sertifisering og gode systemer og tjenester i forbindelse med utskrivning fra sykehus, slik samarbeidsavtale om kompetanseutvikling og utdanning for A-hus og kommuner i regioner legger opp til. Her heter det at man skal: «Legge til rette for gjensidig kompetanseoverføring og kompetanseutvikling i kommuner og sykehus. Legge til rette for gode utdanningsforløp, læretid og samarbeid om praksis.»

Kommunene må ha midler til å følge dette opp. Enhetsledere og tillitsvalgte i kommunene vi har vært i samtaler med, gir uttrykk for at det er altfor lite hospitering og kompetanseoverføring fra sykehus til kommune og vise-versa.

## 6.5 På vei mot en todeling innenfor helse- og omsorgstjenestene?

I NOUen *Det viktigste først* heter det at økte forventninger skaper et press på tjenesten. KANTAR TNS Helsepolitiske barometer fra januar 2019 viser at mer enn seks av 10 mener at vi har et todelt helsevesen der personlig økonomi har betydning for hvor god behandling man får, og andelen er økende.

<sup>10</sup> SSB. Spesialisthelsetjenesten. Aktivitet og døgnplasser

Dersom kommunene ikke klarer å levere det befolkningen forventer, kunne en forvente at innbyggerne gikk ut i markedet og skaffet seg tjenester i den grad det finnes et marked.

## Små marginer for private aktører

I vår undersøkelse finner vi ikke at kommunene benytter private aktører i utstrakt grad. De oppgir heller ikke at det finnes mange helprivate helse- og omsorgstjenester utenom kommunene, det de er kjent med. Marginene innenfor sektoren synes heller ikke å være store. På oppdrag fra NHO Service og Handel har Menon (2018) analysert privat behandlings- og omsorgsvirksomhet. Rapporten omfatter i overkant av 2.200 virksomheter organisert som aksjeselskap (AS) og stiftelser (STI). Ifølge Menon er marginene i bransjene små. Sykehjem og hjemmebaserte omsorg oppgis å ha driftsmarginer på 2 prosent i 2015, 2016 og 2017. Hoveddelen av overskuddet i AS'ene kanaliseres tilbake i drift og utvikling for de fleste tjenesteområdene. Det tas ut lite i utbytte.

## Bemanning skåret til beinet

Årsaken til at marginene er små kan ha sammenheng med at kommunene allerede driver med svært lave kostnader og at det derfor er lite å hente. Funn fra vår undersøkelse tyder på dette. En kommune oppgir for eksempel å drive sykehjemmet selv etter å ha vunnet i konkurranse med private aktører. Denne konkurransen oppgis å ha bidratt til at sykehjemmet drives svært kostnadseffektivt. Tillitsvalgte mener at konkurranseutsettingen har bidratt til at bemanningen er «skåret ned til beinet og vel så det». Det er ikke mer å hente, de ansatte sliter seg ut og søker seg vekk. Samtidig er det svært krevende å få gjennomslag blant de kommunale lederne om å øke bemanningen. Dette skyldes at ledelsen frykter at et spørsmål om økt bemanning vil føre til nye runder med konkurranseutsetting. Kraftig innslag av konkurranse kan slå uheldig ut dersom det ikke er stilt tilstrekkelig krav til standard på tjenesten, bemanningskrav eller kompetansekrav.

## Høyere terskel for tjenestetildeling kan skape en todelt helse- og omsorgstjeneste

I kapittel 3 viste vi at det blir færre brukere med et avgrenset omsorgsbehov. Det er andelen brukere med et omfattende behov som vokser. Disse tildeles i stor grad helsetjenester i hjemmet. Samtidig ser vi en kraftig nedgang i tildelingen av praktisk bistand, særlig blant de eldre brukerne. Trolig er det likevel sånn at det fortsatt er mange eldre som trenger bistand til husvask, vindusvask, handling og tilsvarende tjenester. Disse ser imidlertid ikke ut til å få denne typen tjenester lengre og har forsvunnet ut av statistikken. Trolig kjøper de av dem som har råd til det, tjenester fra private i stedet.

I kapittel 3 viste vi til at kommunene kan ta betalt for praktisk bistand. Makspris er selvkost. Dermed er det også lagt til rette for at private kan tilby sine tjenester til en pris som tilsvarer eller ligger lavere enn den kommunen selv tilbyr tjenestene til. En slik utvikling trenger ikke å være uheldig i seg selv, og kan bidra til å avlaste tjenestene. Utviklingen kan imidlertid bidra til at de som har råd til det kjøper praktisk bistand, mens de som ikke har, må nøye seg med et svært lavt tjenestenivå. I praksis får vi dermed et todelt helsevesen.



# Referanser

Aasen, Bringedal, Bærøe, Magnussen, (red.) (2018). *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Cappelen Damm Akademisk

Abelsen, Gaski, Nødland, Stephansen (2014) *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. IRIS

Andrews, Høgås (2017). *Vilkår for ledelse. Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester*. Nordlandsforskning

Corneliussen, Hove, Strandos (2016) *Evaluering av pilotar i prosjektet velferdsteknologi i Sogn og Fjordane: eit prosjekt for å etablere lokal erfaring med velferdsteknologi*. Vestlandsforskning

Gautun, Øien, Bratt (2016) *Underbemanning er selvforsterkende*. Nova

Hamran, Moe (2012) *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling*. Senter for omsorgsforskning. Nord-Norge

Harvold (2018) *Bemanningsnormer og kompetansekrav. Kunnskapsstatus og intervju med rådmenn/økonomisjefer*. NIBR

Haukelien, Vike, (2015) *Bruddstykker av helhet oppgaver og kompetanse i Helse- og omsorgssektoren*. Telemarksforskning

*Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*. SSB (2014)

Kleiven, (2017) *Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse*. NSF

Iversen, Kjellberg (2019) *Et kig i krystalkuglen: Pengene passer ikke! Hva gjør vi så?* Ugeskriftet.dk

Sterk formuesøkning, større ulikhet. Artikkel SSB (2018) *Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse*. SSB (2017)

Sverdrup, (2014). *Evaluering Tilnærminger, modeller og eksempler*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Sørbye, Schanche, Sverdrup, Brunborg (2016) *Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsdrag. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester*

Ugreninov, Vedeler, Heggebø, Gjevjon, Reth (2017) *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv*. NovaHem, Dyrstad. Helseforsikring gir ikke lavere sykefravær (Artikkel SINTEF 2015)

Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018. Status og utviklingstrekk. Statens arbeidsmiljøinstitutt

Menon Economics (2018) *Bemanning, kompetanse og kvalitet. Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*.

Menon Economics (2018) *Finansielle nøkkeltall for den private behandlings- og omsorgsnæringen*.

Menon Economics (2017) *Bruker vi for mye penger på helse?*

Rambøll (2018) *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*

Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester. Finansieringsmodell for omsorgstjenester. (2015) Helsedirektoratet

Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

Meld. St. 26 (201-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Meld. St. 29 (2016-2017) Perspektivmeldingen

Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre

Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste

NOU 2018:16 Det viktigste først

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

NOU 2016:3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi

Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018-2019)

SAMDATA kommune. Helsedirektoratet 2017 (IS-2575)

SSB (2017): Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse. SSB-rapport 2017/32

SSB (2017b): Artikkel i serien Sykepleiere: Blir de i jobb? 2017, se <https://www.ssb.no/320411/2017>.

Utvikling i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. SAMDATA kommune. Analysenotat 1/2018

Variasjon i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. SAMDATA kommune. Analysenotat 2/2018

Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende. SAMDATA kommune. Analysenotat 2/17

Utviklingen i reinnleggelser fra 2011 til 2016 Somatiske sykehus. Analysenotat 14/17 SAMDATA Specialisthelsetjenesten

Liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2012-2017. Analysenotat 5/2018 SAMDATA kommune

Årsrapport 2017. Omsorg 2020. Helsedirektoratet (IS-2722)

Health at a Glance. Norge bruker fjerde mest på helse i OECD (Artikkel SSB 2017)

Health at a Glance. Norge – god helse og store utgifter (Artikkel SSB 2018)

Stor vilje – lite ressurser. En kartlegging av rammebetingelser for veiledning av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten. NSF mai 2018

KMD. Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi. November 2018

Analyse av utlyste sykepleierstillinger. Retriever Juli 2018

Helsedirektoratet IS-2416 Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Helsedirektoratet IS-2557 Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Samarbeidsavtale Helhetlige pasientforløp. Ahus og kommuner.

Samarbeidsavtale Samarbeid om kompetanseutvikling og utdanning. Ahus og kommuner.

KANTAR TNS Helsepolitiske barometer 2019

Inspeksjoner av kvinno- og mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning. Arbetsmiljö verket Rapport 2014:3

NSF oppfordrer: Kartlegg kompetansen

Prop. 1 S (2018-2019) Helse- og omsorgsdepartementet

Prop. 1 S HOD (2011-2012) Helse- og omsorgsdepartementet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Lov om folkehelsearbeid

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Statistikkbanken SSB

# Vedlegg

## A Vedlegg Intervjuguiden

### Intervjuguide

#### Bakgrunn

*Vista analyse har fått i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund å utrede hvordan utfordringsbildet innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene påvirker mulighetene for å gi likeverdige helse-tjenester og hva utfordringsbildet har å si for å rekruttere og beholde sykepleiere og en ev. fremvekst av et todelt marked innenfor helse og omsorg.*

#### Temaer

##### Utfordringsbildet og behov

- Hvilke utfordringer står din kommune overfor i årene som kommer knyttet til helse- og omsorgstjenester?
- Hva betyr utfordringene for tjenestetilbudet i kommunen din framover? Er det noen grupper med behov for helse- og omsorgstjenester som vil øke. Og i så fall hvilke? Hvorfor øker behovet?
- Hva gjøres i kommunen for å få oversikt over behovene til innbyggerne og brukerne av tjenestene?
- Hvor langsiktig er oversikten over kommende behov hos kommunens innbyggere?
- Har kommunen en plan for utviklingen av tjenestene framover? Hvilke løsninger pekes på i planverket?
- Hvor god kjennskap har de til brukertilfredsheten i sin kommune?
- Har kommunen oversikt over arbeidskraftsbehov og kompetansebehov?
- Har kommunen tenkt igjennom hvordan rekruttere og beholde ansatte?

##### Likeverdige helse- og omsorgstjenester

- Likeverdige helse- og omsorgstjenester er et mål satt av nasjonale myndigheter:
  - Hva innebærer det for din kommune å gi likeverdige helse- og omsorgstjenester?
  - Hva gjør man i praksis i kommunen for at tilbudet og tilgangen av helse- og omsorgstjenester blir likeverdig for alle tjenestemottakere?
- I hvilken grad bidrar statlige virkemidler til å yte likeverdige helse- og omsorgstjenester i din kommune? Ev. hvordan?

- Kunne de statlige virkemidlene (juridiske, økonomiske, organisatoriske, pedagogiske) være anvendt på andre måter for å bidra til mer likeverdige helse- og omsorgstjenester? Hvordan?

#### Prioritering av helse- og omsorgstjenester

- Hva legges til grunn i kommunene når det gjelder prioritering mellom ulike sektorer innenfor kommunen?
- Hva legges til grunn i kommunene når det gjelder prioritering mellom ulike tjenestefelt innenfor helse- og omsorg?
- Er det noen tjenestefelt innenfor helse og omsorg som får større ressurser enn andre? Hvilke/hvorfor?
- Prioriteres helse- og omsorgstjenester i tilstrekkelig grad i forhold til behovene som er tilstede i dag, og for framtidige behov? Hvorfor/hvorfor ikke?

#### Kompetanse og kapasitet

- Hvordan er bemannings- og kompetansesituasjonen i kommunens helse- og omsorgstjenester?
- Er det noen profesjonsgrupper det er særlig utfordrende å rekruttere og beholde? Hvorfor er det ev. slik?
- I hvilken utstrekning og til hvilke oppgaver bruker kommunen ufaglærte innenfor helse- og omsorgstjenestene?
- Har man i kommunen tilstrekkelig kompetanse innenfor de ulike tjenestefeltene til å dekke behovene – i dag og om noen år? Hva gjøres i kommunen for å sikre tilstrekkelig kompetanse, kvalitet og kapasitet i sektoren i dag og om noen år?

#### Rekruttere og beholde personell

- Er det satt i gang tiltak for å rekruttere og beholde personell? Hvilke tiltak er i så fall igangsatt og hvordan fungerer disse?
- Jobber de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mye alene eller i team? Hvordan sørges det for kompetansedeling og faglig trygghet?
- Hvordan vil bruken av velferdsteknologi påvirke tjenestene og de ansattes arbeidsvilkår framover?
- I hvilken utstrekning bruker kommunen vikarer i tjenestene? Hvordan sørger kommunen for å dekke opp ved sykefravær, underbemanning o.l.?
- Hvordan er kontrollspennet innenfor helse- og omsorgstjenestene i din kommune? Er dette en utfordring i din kommune?

### Samarbeid

- Hvordan er samarbeidet og samhandling med spesialisthelsetjenesten i din kommune? (Mellom spesialist og primærhelse - fastlegen, den kommunale omsorgstjenesten, psykiatri og rus) Hva kunne vært bedre?
- Hvordan er samarbeidet mellom de ulike tjenestefeltene innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunen? Hva kunne vært bedre?

### Andre leverandører av helse- og omsorgstjenester

- Benytter kommunen private og/eller ideelle leverandører som tjenesteytere av kommunale helse- og omsorgstjenester? Hvorfor benyttes private/ideelle tjenesteytere?
- Innenfor hvilke tjenestefelt benyttes private tjenesteytere?
- Kan brukerne kjøpe tilleggstjenester av de private? Er det mange brukere som benytter seg av denne muligheten?
- Hvilke erfaringer har man med dette? Kommunens erfaringer, brukernes erfaringer.
- Hvordan reguleres og styres de private leverandørene?
- Er det private leverandører i kommunen som leverer alternative/supplerende tilbud til kommunen? Hvilken effekt har ev. dette?
- Hvordan ser man på behov for private leverandører framover i tid?



VISTA  
ANALYSE

Vista Analyse AS  
Meltzersgate 4  
0257 Oslo

[post@vista-analyse.no](mailto:post@vista-analyse.no)  
[www.vista-analyse.no](http://www.vista-analyse.no)