



Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av alder og bosted?

Ingeborg Rasmussen, Mari Brekke Holden og Mina Skille Mariussen

Dokumentdetaljer

Tittel	Tapere og vinnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Rapportnummer	2022-12
Forfattere	Ingeborg Rasmussen, Mari Brekke Holden og Mina Skille Mariussen
ISBN	978-82-8126-570-7
Prosjektnummer	21-INR-52
Prosjektleder	Ingeborg Rasmussen
Kvalitetssikrer	Dag Morten Dalen
Oppdragsgiver	Norsk Sykepleierforbund
Dato for ferdigstilling	28.juni 2022
Tilgjengelighet	Offentlig etter godkjenning fra oppdragsgiver
Nøkkelord	Helse- og velferd, kompetanse i helsesektoren, utvikling, undersøkelser og analyse

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 er klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, helse og velferd. Vista Analyse er vinner av Evalueringsprisen 2018.

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

Denne utredningen er utarbeidet på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund. Utredningen består av to deler. I den første delen kartlegger og vurderer vi i hvilken grad det er sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I den andre delen ser vi på hvordan kommunene arbeider for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Rapporten inneholder en omfattende kartlegging basert på tilgjengelig statistikk, registerdata, litteraturgjennomgang, en spørreundersøkelse rettet mot samtlige sykepleiere i de aktuelle tjenestene i kommunene og intervjuer.

Vi takker alle som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. Svarene har gitt verdifull kunnskap og informasjon. En takk også til kommunaldirektører og ressurspersoner som stilte seg til disposisjon for intervjuer.

Prosjektet har vært gjennomført i nær dialog med Sykepleierforbundet. En stor takk til alle som har deltatt i prosessen. En spesiell takk til vår kontaktperson, Bjørn Lydersen, for et konstruktivt og hyggelig samarbeid.

Fra Vista Analyse har Mari Brekke Holden arbeidet med registerdata, intervju- og spørreundersøkelsen. Mina Skille Mariussen har deltatt i analysearbeidet og på intervjuer. Hun er også ansvarlig for rapportens kartpresentasjoner. Stine Mari Godeseth og Veronica Strøm har bistått med innhenting av statistikk og systematisering av data. Ingeborg Rasmussen har vært prosjektleder og deltatt i alle deler av analysen. Professor Dag Morten Dalen har vært prosjektets kvalitetssikrer.

Ingeborg Rasmussen

Partner

Vista Analyse AS

Ordliste og forkortelser

DRG	Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG gir både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser.
Utskrivningsklare liggedøgn	Utskrivningsklare liggedøgn er antall døgn pasienten hadde på sykehus etter at han/hun ble registrert ferdig behandlet i påvente av å få en kommunal tjeneste.
Utskrivningsklar pasient	En utskrivningsklar pasient er en pasient som trenger oppfølging i kommunehelsetjenesten etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Betegnelsen utskrivningsklar innebærer at sykehuset ikke kan skrive ut pasienten før kommunen kan gi vedkommende de nødvendige tjenestene pasienten har behov for. Se Lovdata: Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklarepasienter. Utskrivningsklare pasienter er unike pasienter som er innlagt med minst ett døgnopphold hvor pasienten er meldt utskrivningsklar i det aktuelle året.
Utskrivningsklare opphold	Avsluttede sykehusopphold (utskrivninger) hvor pasienten er meldt utskrivningsklar, og har oppholdt seg på sykehuset over døgnskillet. Definisjonen inkluderer utskrivningsklare pasienter, men i motsetning til utskrivningsklare pasienter som teller <i>unike</i> pasienter i løpet av året, teller utskrivningsklare opphold hvor mange pasienter totalt som skrives ut til videre behandling i kommunehelsetjenesten. En enkelt pasient kan ha mer enn ett opphold og dermed telles flere ganger.

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	9
1 Innledning.....	17
1.1 Mandat og problemstillinger	18
1.2 Organisering av rapporten	19
2 Datagrunnlag	20
2.1 Utvikling i årsverk og kompetansesammensetning	21
2.2 Behov og etterspørsel – kilder og usikkerhet	26
2.3 Koblingen mellom årsverk og tjenestemottakere	29
2.4 Tjenestebehov, utfall og kvalitet	30
2.5 Supplerende datainnhenting	31
3 Utviklingen i innhold og omfang	32
3.1 Utviklingen i kommunens samlede helse- og omsorgstjenester	33
3.2 Helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester	33
3.3 Tjenestemottakere fordelt på boformer og tjenestekategorier	42
3.4 Samhandlingsreformens bidrag til vekst og kompleksitet	46
3.5 Vekst innenfor rus og psykiatri og nedbygging og kortere liggetid	51
3.6 Oppsummering – behov og etterspørsel	51
4 Utvikling i årsverk for institusjon, hjemmetjenesten og bofellesskap	53
4.1 Utviklingen i avtalte årsverk fordelt på tre tjenestekategorier	53
4.2 Utvikling i kompetansesammensetning	60
4.3 Kostnader og behov	64
5 Behov, ressurser og kompetanse	66
5.1 Beskrivelse av tjenestene	67
5.2 Utfordringer	74
5.3 Vurderinger av kompetanse og kapasitet	81
5.4 Betydning av organisering	86
5.5 Geografiske variasjoner	96
6 Hvordan arbeider kommunene?	102
6.1 Utvalg, metodisk tilnærming og tolkning av data	102
6.2 Metodisk utgangspunkt, tolkning og generaliserbarhet	103
6.3 Behov og strategiske planer	104
6.4 Rutiner for å gjennomgå og vurdere grunnbemanning – normtall?	106
6.5 Tiltak for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere og annet helsepersonell	107
6.6 Treffer myndighetenes politikk og virkemidler?	109
6.7 Kommunens strategiske arbeid sett fra tillitsvalgtets side	109
7 Samlet analyse.....	112
7.1 Datagrunnlag og vurdering av tilgjengelig styringsinformasjon	112
7.2 Sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse?	113
7.3 Hvordan arbeider kommunene strategisk for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?	124

Vedlegg	129
A Spørreundersøkelsen	130
B Statistikk fra spørreundersøkelse	131
Tabeller og figurer	
Tabell 2.1 KOSTRA funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Uttrekk.....	22
Tabell 2.2 KOSTRA funksjon 253 Helse- omsorgstjenester i institusjon. Uttrekk.....	23
Figur 3.1 Endringer i bruk av ulike helse- og omsorgstjenester fra 2012 til 2020 per 31.12	33
Figur 3.2 Brukere av kommunale helsetjenester inkludert institusjonstjenester etter bistandsbehov per 31.12, 2012-2020. Vekst i brukere og befolkningsvekst.....	34
Figur 3.3 Endring 2012-2020 i antall brukere med avgrenset bistandsbehov fordelt på tjenester	35
Figur 3.4 Endring 2012-2020 i antall brukere med omfattende bistandsbehov fordelt på tjenester	35
Figur 3.5 Tjenestemottakere per 31.12, fordelt på institusjon og helsetjenester. Aldersfordelt	36
Figur 3.6 Aldersgruppens andel i befolkningen og brukerandel av tjenestene, 2012 og 2020	37
Figur 3.7 Andel med tjenester i aldersgruppen under 67 år	38
Figur 3.8 Andel med tjenester i aldersgruppen 67 år og eldre	39
Figur 3.9 Aldersfordelt gjennomsnittlig antall timer per uke til brukere med omfattende behov	40
Figur 3.10 Timer helsetjenester i hjemmet fordelt på aldersgrupper	41
Figur 3.11 Aldersgruppers andel av tildelte timer av helsetjenester i hjemmet og andel brukere av totalt antall brukere med helsetjenester i hjemmet gjennom året, 2012 og 2020	41
Tabell 3.1 Anslått fordeling av tjenestemottakere basert på Helsedirektoratet (2021)	43
Figur 3.13 Antall tjenestemottakere gjennom året, kort tids institusjon	44
Figur 3.14 Helsetjenester i hjemmet i løpet av året og per 31.12. 2012 til 2020.....	46
Figur 4.1 Utvikling i avtalte årsverk fordelt på tjenestetypene (nasjonalt nivå).....	54
Figur 4.2: Årsverk tilknyttet bofellesskap per 10 000 person.....	55
Figur 4.3 Årsverk i institusjon per 10 000 person.....	56
Figur 4.4 Årsverk i institusjon per person over 80 år	56
Figur 4.5 Årsverk i hjemmesykepleien per 10 000 person	57
Figur 4.6 Årsverk i helse og omsorg per 10 000 person på kommunalt nivå	59
Figur 4.7 Gjennomsnittlig antall årsverk per 10 000 innbygger fordelt etter kommunenes sentralitet.....	60
Figur 4.8 Kompetansesammensetning i tjenestene i 2015 og 2020 (ikke vekte for befolkning)	61
Figur 4.9 Utvikling i sykepleierandelen i tjenesten.....	62
Figur 4.10 Utvikling i andel årsverk til spesialsykepleiere	62
Figur 4.11 Utvikling i andel årsverk utført av ufaglærte i landets kommuner fra 2015 til 2020 .	63
Figur 4.13 Sammenheng mellom andel av befolkning over 80 og netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester som prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter	65
Figur 5.1 Bruker per ansatt for institusjon og heldøgns omsorg fordelt på vakter	67
Figur 5.2 Sykepleierandelen fordelt på vakter og type institusjon.....	69
Figur 5.3 Sammenheng mellom sentralitet og bruker per ansatt	70
Figur 5.4 Sammenheng mellom sentralitet og sykepleierandelen målt i sykepleier per ansatt	70
Figur 5.5 Andelen respondenter som har oppgitt at de har tilgang til støttepersonell	71

Figur 5.6	Organisering av måltider: fordeling mellom svaralternativer	71
Figur 5.7	Brukere besøkt på dag og kveldsvakt	72
Figur 5.8	Beregnet tid hos bruker per besøk.....	72
Figur 5.9	Hvor ofte opplever du at reisetiden utgjør mer enn halvparten av vaktene? (kryss av for det alternativet som passer best).....	73
Figur 5.10	Tidsbruk på ulike oppgaver i hjemmetjenesten (minutter).....	73
Figur 5.11	«I hvilken grad er følgende forhold en utfordring på din arbeidsplass? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".» (gjennomsnitt av alle tjenestetyper)	74
Figur 5.12	Utfordringer på arbeidsplassen, etter tjenestetype. Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".....	75
Figur 5.13	Svarfordeling etter tjenestetype, om utvikling i brukernes behov og arbeidsbelastning	76
Figur 5.14	Utgjør følgende oppgaver en større/mindre del av arbeidshverdagen din i dag enn for 3-4 årene?	77
Figur 5.15	I hvilken grad har brukerne tilstrekkelig tilgang til følgende tjenester. Svar på en skala fra 1 til 5 der 1 betyr i svært liten grad, 5 betyr i svært stor grad	79
Figur 5.16	Hvilke utsagn mener du beskriver forholdet mellom ressurser og behov på din arbeidsplass? Flere svar er mulig	80
Figur 5.17	Hvor enig/uenig er du i følgende påstander? Svar på en skala fra 1 til 5 der 1 er «helt uenig» og 5 er «helt enig».....	81
Figur 5.18	Andel med dekket og udekket behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten	82
Figur 5.19	I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene? Svar på en skala fra 1 til 7, der 1 betyr "helt uenig" og 7 betyr "helt enig"	84
Figur 5.20	I hvilken grad opplever du at tiden som settes av i vaktlisten til hver bruker, tilpasses den individuelle brukers behov? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad"	85
Figur 5.21	Hvor enige du i utsagnet «Jeg bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse.» Svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyr «helt uenig» og 5 betyr «helt enig». Svar fordelt etter tjenestested	87
Figur 5.22	Hvor enige du i utsagnet «Jeg bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse.» Svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyr «helt uenig» og 5 betyr «helt enig». Svar fordelt etter utdanningsnivå.....	87
Figur 5.23	Hvor enig er du i utsagnet: «Jeg har tilstrekkelig tid til oppgaver som krever sykepleierkompetanse.» Svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyr «helt uenig» og 5 betyr «helt enig»	88
Figur 5.24	I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass, når det gjelder følgende arbeidsoppgaver? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".....	89
Figur 5.25	Hvordan er matlagingen organisert på din arbeidsplass? Kryss av for utsagnene du er enig i. Kombinert med spørsmålet; I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass? Skala 1-5.....	90
Figur 5.26	I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass (svar fra 1 til 5), kombinert med spørsmål om tilgang til støttepersonell (stolpefarge).	91
Figur 5.27	I hvilken grad er sykefravær en utfordring på din arbeidsplass, kombinert med vurdering av i hvilken grad avsatt til der tilpasset individuelle behov (hjemmetjeneste)	93

Figur 5.28	I hvilken grad er deltidsstillinger en utfordring på din arbeidsplass, kombinert med vurdering av i hvilken grad avsatt til der tilpasset individuelle behov (hjemmetjeneste)	93
Figur 5.29	Svar på spørsmålet: På en skala fra 1 til 5: Hvor godt tilpasset er tiden som settes av til hver bruker?" Kombinert med svar på spørsmålet: «Hvor ofte utgjør reisetiden over halvparten av vekten (stolpefarger)	95
Figur 5.30	Geografiske forskjeller i sykepleieres vurdering av utfordringer i tjenestene.....	96
Figur 5.31	Utvikling i arbeidsbelastning og brukernes behov i landets kommuner de siste 3-4 årene	98
Figur 5.32	Bruker per ansatt på dagvakt og tilstrekkelighet av ansatte på dagvakt.....	99
Figur 5.33	Bruker per ansatt på helgevakt og tilstrekkelighet av ansatte på helgevakt.....	99
Figur 5.34	Sykepleierandel på dagvakt og tilstrekkelighet av andel faglærte på dagvakt.....	100
Figur 5.35	Sykepleierandel på helgevakt og tilstrekkelighet av andel faglærte på helgevakt...	101
Figur 6.1	I hvilken grad har du som tillitsvalgt innflytelse på følgende forhold? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".	111

Sammendrag og konklusjoner

Vi undersøker i hvilken grad det er sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi finner at veksten i etterspørselen etter tjenester har vært betydelig høyere enn befolkningsveksten i perioden 2012 til 2020, med en særlig sterk vekst etter 2015. Veksten er drevet av brukere under 67 år der en stor andel har omfattende tjenestebehov. Antall brukere over 80 år er redusert i perioden 2012 til 2020.

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1.1.2012. Reformen medførte en oppgaveoverføring til kommunene der pasienter som tidligere ville ligget på sykehus til den medisinske behandlingen var avsluttet, meldes som utskrivningsklare så snart pasienten kommer i bedring. Dette har gitt kommunene pasienter med mer komplekse og sammensatte behov enn tidligere. Flere av pasientene har spesialiserte medisinske behov som krever opplæring i spesialtilpasset utstyr eller særskilte prosedyrer. Vi ser et skifte i kommunene i retning av mer behandling og pleie som krever helsefaglig kompetanse. Mer medisinsk behandling og pleie har kommet på bekostning av enklere tjenester. Resultatet er en høyere terskel for å motta tjenester. Eldre med mer langsiktige behov er taperne. Institusjonstilbudet for denne gruppen er redusert, og reduksjonen er på langt nær kompensert med helsetjenester i hjemmet for den eldre delen av befolkningen.

Kommunene må betale en døgnpris for pasienter som blir liggende på sykehus etter de er meldt utskrivningsklare. De er dermed stimulert gjennom økonomiske insentiver til å prioritere oppgaver som følger av samhandlingsreformen. I tillegg har kommune et lovpålagt ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Hvordan kommunene organiserer tjenestene, og hvilke krav som settes til forsvarlighet i tjenestene, er det langt på vei opp til den enkelte kommune å definere. Vi finner store variasjoner på tvers av kommunenes ressursbruk, bemanning og kompetansesammensetning i helse- og omsorgstjenestene. Med betydelige variasjoner i andelen ufaglærte, sykepleierandel, brukere per sykepleier og ansatt i ulike tjenester, er det vanskelig å se at vi i dag har likeverdige tjenester, uavhengig av alder og bosted.

Veksten i etterspørsel og behov har også gitt en vekst i antall årsverk i sektoren. På tross av en kraftig vridning i tjenestene mot tyngre helsefaglige oppgaver og medisinsk behandling, er kompetansesammensetningen nær uendret fra 2015 til 2020. På dette området finner vi også store variasjoner på tvers av kommunene. Kommunene har med andre ord i ulik grad en utvikling som tilsier at ressurser og kompetanse i sektoren kan ha fulgt etterspørselen og endringer i de helsefaglige behovene.

Flere kommuner strever med å rekruttere og beholde sykepleiere og annet helsefaglig personell. I intervjuer med et utvalg kommuner, bekreftes det at kommunene har en høy bevissthet om rekrutteringssituasjonen og at de kjemper om de samme knappe ressursene. En bedre oppgavefordeling der sykepleiere brukes til sykepleieroppgaver står høyt på kommuneledernes agenda. Spørreundersøkelsen der sykepleiere som arbeider i kommunens helse- og omsorgstjenester er hørt, viser at det er et stort potensial for forbedringer på dette punktet. Bedre grunnkapasitet og en høyere sykepleierandel synes også å tåle flere brukere per ansatt enn motsatt. God bruk av støttepersonell ser videre ut til å virke positivt på arbeidsbelastningen og vurderingen av tilstrekkelighet i tjenestene. Dette tilsier at det er mulig med organisatoriske forbedringer som kan gi en bedre anvendelse av ressursene enn det som er tilfelle i en stor del av kommunene i dag.

Videre finner vi at kommunenes vilje og muligheter til å prioritere helse- og omsorgssektoren varierer. I noen kommuner opplever helse- og omsorgslederne at de får de ressursene de ber om, og at sektoren gis høy politisk oppmerksomhet. I andre kommuner er rammene strammere og ressurskampen mot andre sektorer hardere. Kommunelederne er også svært tydelige på at utfordringene framover vil øke i styrke etter hvert som eldrebølgen slår inn.

Er det samsvar mellom behov, ressurser og kompetanse?

Gjennom samhandlingsreformen fra 2012 har det vært en betydelig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Ved å overføre en større del av helsetjenestene til kommunene, skal veksten i sykehustjenester dempes. Kvalitet i tjenestene skal blant annet sikres gjennom å styrke ansattes kompetanse og øke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke foretatt evalueringer fra myndighetenes side for å vurdere hvorvidt økningen i årsverk og kompetanse i kommunene er tilstrekkelig til å ivareta økningen i oppgaver og ansvar som følger av samhandlingsreformen. Formålet med denne undersøkelsen er å bidra med kunnskap på dette området gjennom å belyse følgende to spørsmål:

1. I hvilken grad er det sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?
2. Hvordan arbeider kommunene strategisk for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Problemstillingene besvares ved hjelp av statistikk og registerdata som forteller noe om utviklingen i innhold, omfang og kompleksitet i oppgaver i tre tjenestekategorier: heldøgns omsorg, institusjon (sykehjem) og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie). I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot sykepleiere som arbeider i disse tjenestene. For å belyse spørsmål om kommunenes strategiske arbeid, er det gjennomført en intervjuundersøkelse blant kommuneledere i et mindre utvalg kommuner, og stilt spørsmål til tillitsvalgte gjennom spørreundersøkelsen.

Arbeidet med utredningen har vist at det var mer krevende å finne gode data enn det vi hadde forestilt oss. Vi har derfor fremmet en tredje problemstilling der vi spør om eksisterende datagrunnlag gir myndighetene tilstrekkelig styringsinformasjon til å kunne utarbeide virkemidler og sørge for at kommunene kan gi likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted.

Behov for bedre data på tjenestenivå

Vi konkluderer med at det i dag ikke finnes god nok styringsinformasjon på nasjonalt nivå til at sentrale myndigheter kan utarbeide treffsikre virkemidler som sikrer lik tilgang til likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted. Det finnes ikke gode data som gjør det mulig å vurdere hvorvidt det er sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det finnes data om utviklingen i antall brukere innenfor ulike tjenestekategorier, fordelt på alder og kjønn, men det mangler gode data som sier noe om hvilke tjenestebehov ulike brukere faktisk har. Tilgjengelige data om utviklingen i årsverk og kompetanse, lar seg heller ikke koble til de ulike tjenestene på et tilstrekkelig finmasket nivå.

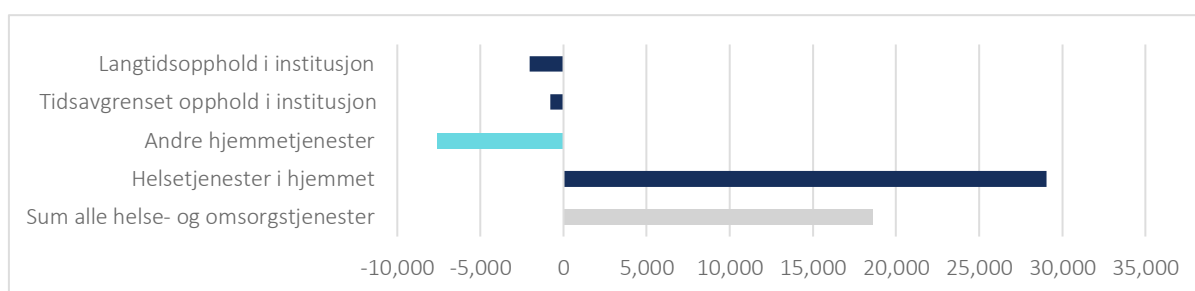
Det finnes også lite kunnskap om kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi har vurdert mulige utfallsmål som reinnleggelser og overliggerdøgn, men disse indikatorene alene er ikke tilstrekkelige som mål på kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene. Informasjon om kvalitet på de øvrige tjenestene er svært mangelfull, og heller ikke på en form som gjør det mulig å sammenligne kvaliteten i tjenestene på tvers av kommunene eller over tid. Kommunene selv oppgir at de har oversikt over behov, etterspørsel og kapasitet i egen kommune, men for å sikre likeverdige tjenester på tvers av kommunene, kreves det styringsinformasjon som gjør det mulig å følge, og å sammenligne utviklingen i kommunene. Vi har supplert datagrunnlaget med en spørreundersøkelse og intervjuer med representanter fra et utvalg kommuner. I tillegg har vi støttet oss på andre

undersøkelser og utredninger. Til sammen har vi etablert det vi vurderer som et tilstrekkelig robust kunnskapsgrunnlag for å kunne besvare utredningens problemstillinger.

Utviklingen i innhold, omfang og kompleksitet i de tre tjenestene

Gjennomgangen er rettet mot de tre tjenestene som denne utredningen omhandler; sykehjem, heldøgns omsorg og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie). Disse tjenestene dekker om lag 70 prosent av kommunenes helse- og omsorgstjenester i 2020. En vekst i disse tre tjenestene har kommet på bekostning av enklere tjenester i hjemmet. Følgende figur viser utviklingen i ulike tjenester. De mørkeblå søylene representerer tjenestene som inngår i denne utredningen, mens den turkise søylen viser andre hjemmetjenester. Vi ser at det har vært en vridning fra institusjon og til helsetjenester i hjemmet.

Figur S1. Utvikling i antall brukere fordelt på tjenester fra 2012 til 2020 (alle brukere 31.12)

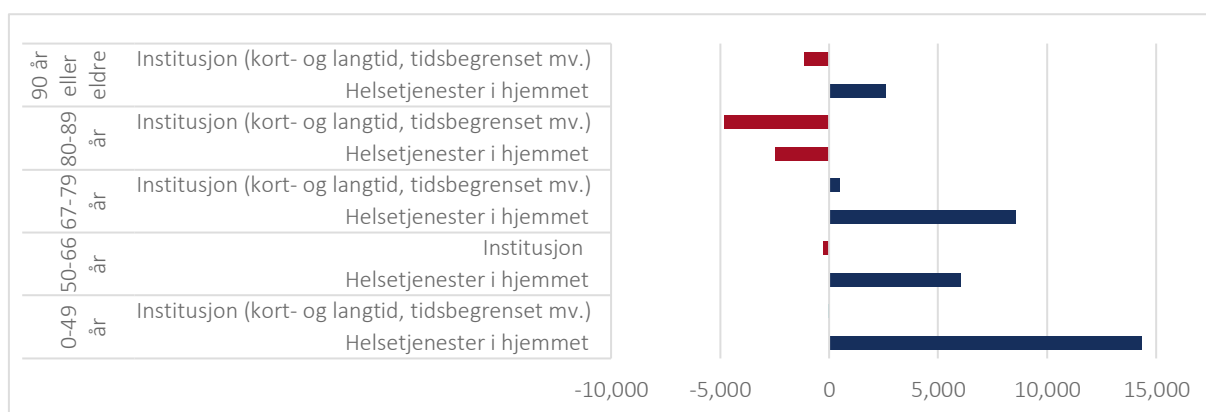


Kilde: Statistikkbanken tabell 06971

I tillegg til en vridning fra enklere tjenester til tyngre helsefaglige tjenester, har det også vært en vekst i antall brukere. I perioden 2012 til 2015 fulgte utviklingen i antall brukere befolkningsveksten. Fra 2015 viser omfang målt i antall brukere og kompleksitet i tjenestene en eskalerende vekst. Vi finner også en vridning i andelen brukere med enklere tjenestebehov til brukere med mer omfattende tjenestebehov.

Ser vi på den aldersmessige fordelingen, finner vi en nedgang i antall brukere over 80 år, og en svak vekst i antall brukere i aldersgruppen 67-79 år (se Figur S2). Veksten i antall brukere i aldersgruppen 67-79 år, er likevel lavere enn befolkningsveksten for samme aldersgruppe. Den største veksten er kommet i aldersgruppene under 50 år. Det er også blant disse brukerne vi finner den høyeste andelen brukere med omfattende bistandsbehov.

Figur S2. Utvikling i antall brukere fordelt på alder og tjenester fra 2012 til 2020 (per 31.12)



Kilde: Statistikkbanken tabell 06971

I tillegg til vekst i behov og etterspørsel som skyldes befolkningsvekst og endringer i befolkningen, har kommunene også fått nye oppgaver gjennom samhandlingsreformen.

Vi finner en unison enighet om at samhandlingsreformen har gitt kommunene flere dårligere pasienter med omfattende behandlings- og pleiebehov. Spesialisttjenesten har også en økende andel pasienter med ressurskrevende behov. Gjennomstrømningen i spesialisthelsetjenesten er økt, liggetiden på sykehus er redusert og flere pasienter behandles poliklinisk eller med dagbehandling. Økt gjennomstrømning og stadig kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, gjør at flere utskrivningsklare pasienter er dårligere og krever mer spesialisert viderebehandling i kommunene. Økt gjennomstrømning og kompleksitet i spesialisthelsetjenesten forplanter seg videre til kommunehelsetjenesten.

Veksten i utskrivningsklare pasienter var særlig stor de første årene etter samhandlingsreformen. Veksten har flatet noe ut etter 2015, men det synes som det fortsatt er en økende kompleksitet, tyngre behandlingsbehov og vekst i antall pasienter med spesialiserte krav til den videre behandlingen etter utskrivning. Etter 2015 har det vært en årlig vekst i antall utskrivningsklare oppholdsdøgn på 4-6 prosent, med unntak av 2019 til 2020 der antall utskrivningsklare oppholdsdøgn ble redusert med 4 prosent. Tall fra 2021 viser en vekst fra 2020 og bekrefter dermed at nedgangen fra 2019 til 2020 i stor grad var koronarelatert.

Vi finner ulike syn på hvorvidt kommunene hadde kapasitet og kompetanse til å mestre oppgavene som ble overført i den første perioden av samhandlingsreformen. Riksrevisjonen (2016) stiller spørsmål ved kommunenes kapasitet, og om kommunene var i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte. Andre studier konkluderer med at kommunene mestret oppgavene. Etter 2015 ser det ut som andelen reinnleggelser og liggedøgn etter utskrivning har stabilisert seg. Hver femte utskrivningsklare pasient reinnlegges innen 30 dager. Det er sammenfall mellom gjennomsnittlig liggetid som utskrivningsklar og andel reinnleggelser. Pasienter som blir tatt imot av kommunen samme dag, har den høyeste andelen reinnleggelser. Foretaksområder med relativt lav andel reinnleggelser, har lengre gjennomsnittlig liggetid enn områder med høy andel reinnleggelser. Disse funnene kan være en indikasjon på at en del utskrivninger skjer for tidlig, dvs at pasientene som skrives ut til kommunene er for dårlige til at kommunehelsetjenesten er i stand til å overta den videre behandlingen på en god nok måte. Kommunene betaler en døgnpris for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus. Prisen i 2020 var på 5036 kroner og er økt til 5306 kroner i 2022. Kommunene har dermed økonomiske insentiver til å ta imot dårlige pasienter, selv om helsetjenestene som tar imot pasientene ikke nødvendigvis vurderer det som helsefaglig forsvarlig eller ønskelig å overta pasienten.

Vi har ikke funnet grunnlag for å kunne vurdere om kommunene mestrer oppgavene som følger med samhandlingsreformen bedre eller dårligere enn da Riksrevisjonen (2016) stilte spørsmål ved kommunenes kapasitet, og om kommunene var i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte. Det er likevel tydelig at oppgavene fremdeles øker i kompleksitet. Det er stadig behov for mer samhandling med spesialisthelsetjenestene, inkludert opplæring i spesialiserte oppgaver som følger med flere sykere pasienter. Sykepleierne i kommunene melder om dårligere pasienter og økt arbeidsbelastning, og stadig flere kommuner strever med å rekruttere sykepleiere og annet helsepersonell. Dette er klare indikasjoner på at belastningen kan ha blitt for stor, og at kommunehelsetjenesten ikke vil være i stand til å ta imot flere og sykere pasienter fra sykehusene på en god måte framover uten betydelige løft i kompetanse og kapasitet i tjenestene. Det er riktignok store variasjoner på tvers av kommunene langs de aller fleste indikatorene. Noen variasjoner, men på langt nær alle, kan forklares ved strukturelle forskjeller. Dette tilsier at det er kommuner som mestrer oppgavene i dag, men det er også kommuner som neppe makter å ta imot alle pasientene som overføres på en god måte.

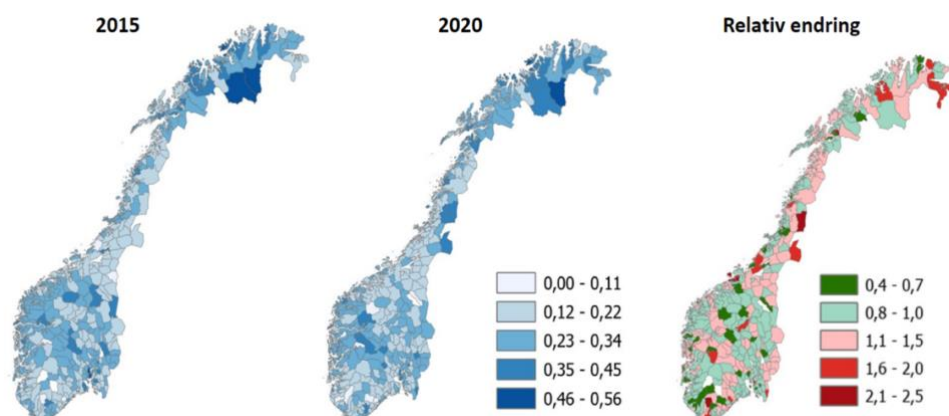
Terskelen for å motta tjenester har økt. Tilbudet til eldre er redusert

Terskelen for å motta tjenester har økt. Dette gjelder særlig for eldre brukere over 80 år. Andelen i aldergruppen 67 år og oppover som mottar helsetjenester i hjemmet og institusjonstilbud, er fallende, med unntak av aldersgruppen over 90 år der andelen med institusjonstilbud er noenlunde stabilt. Vi konkluderer med at tjenestene for de eldste gruppene er tilbudsstyrt, og at det i en stor andel av kommunene er en udekket etterspørsel etter helsetjenester i hjemmet. Det er også en udekket etterspørsel etter institusjonsplasser (kort- og langtids), bemannede og ubemannede omsorgsboliger for brukere med langsiktige behov. Det spesialiserte tjenestetilbudet som fulgte med samhandlingsreformen, er som vist foran i større grad etterspurtstyrt i den forstand at kommunene må ta imot pasienter som meldes utskrivningsklare. Tilbudet til eldre med behov for helse- og omsorgstjenester fastsetter kommunene selv der hver og en kommune definerer nivået på tilbudet som gis. Med stramme økonomiske rammer vil denne delen av tjenesten kunne bli en salderingspost for å få plass til oppgavene som fulgte med samhandlingsreformen og andre lovpålagte oppgaver med bemanningsnormer eller andre former for formelle krav. Resultatet blir høyere terskel for å motta tjenester, der nivået på tilbudet som gis avhenger av den hver enkelt kommunens økonomi og prioriteringer. Høyere terskel for å motta tjenester, og en tilsynelatende udekket etterspørsel etter tjenester fra de eldste aldersgruppene, tilsier at kapasiteten ikke har fulgt utviklingen i etterspørsel og behov.

Utviklingen i årsverk og kompetansesammensetning i tjenestene

Med en større andel brukere med omfattende bistandsbehov øker også kompetansekravene til de som skal yte tjenestene. Overføringen av stadig mer spesialiserte og komplekse behandlinger fra spesialisthelsetjenesten stiller også krav til kompetansesammensetningen. Vi finner at de tre tjenestene samlet har en vekst i antall årsverk fra 100 000 i 2015 til 116 000 årsverk i 2020. Kompetansesammensetningen er forbausende lik i 2015 og 2020. Andelen sykepleiere er noe redusert, men en liten økning i antallet sykepleiere med spesialisering/videreutdanning, gjør at sykepleierandelen holder seg på noenlunde samme nivå. Det er også store variasjoner i antall årsverk i de tre tjenestene målt per 10 000 innbygger. På tross av en vekst i etterspørsel og behov, finner vi kommuner som har redusert antall årsverk i perioden. Vi finner store forskjeller på tvers av fylker og kommuner når det gjelder sykepleierandel, andelen ufaglærte og utviklingen i disse andelene. Følgende kart viser andelen ufaglærte i de tre tjenestene samlet, og utviklingen i denne andelen fra 2015 til 2020.

Figur S3: Utvikling i andel årsverk utført av ufaglærte i landets kommuner fra 2015 til 2020



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB

De blå fargene viser andelen ufaglærte i kommunene, der sterkere farge betyr en større andel ufaglærte. Som det framgår av skalaen, finnes det kommuner der halvparten av de ansatte i de tre tjenestene er ufaglærte. Kartet til høyere viser den relative endringen i andelen ufaglærte, der røde kommuner har økt andelen ufaglærte og grønne har redusert andelen.

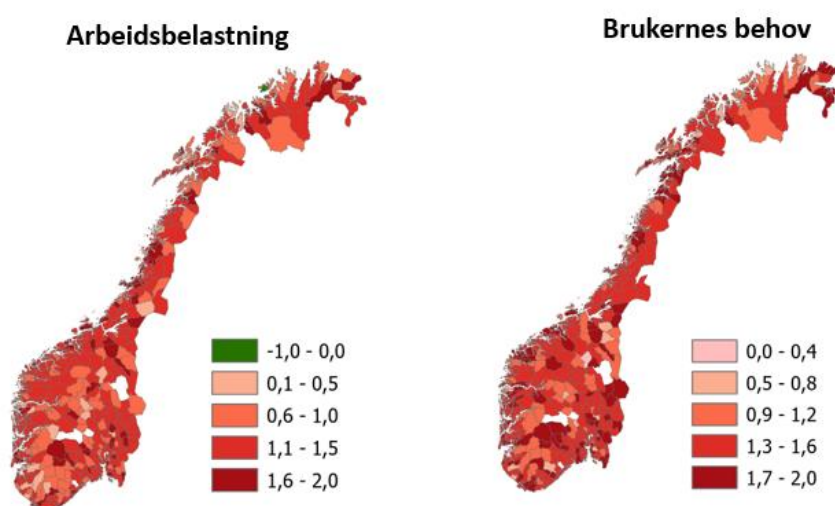
Behov, ressurser og kompetanse. Vurderinger basert på spørreundersøkelsen

For å supplere kunnskapsgrunnlaget sendte vi en elektronisk spørreundersøkelse til omtrent 24 100 sykepleiere tidlig i januar 2022. Spørreundersøkelsen var rettet mot ansatte i institusjon, heldøgns omsorg (bofellesskap, jf. kap 2) og hjemmetjenesten. Formålet var å få en bedre forståelse og mer kunnskap om utvikling i arbeidsbelastning og brukeres behov, utfordringer i arbeidshverdagen, innhold og kompleksitet i oppgaver, for å nevne noe. Spørreundersøkelsen ble påbegynt av over 8000, og omtrent 6200 respondenter besvarte hele spørreundersøkelsen på tvers av institusjon, heldøgns omsorg og hjemmetjenesten.

Resultatene viser at sykepleierne er samstemte i at brukernes behov har blitt mer omfattende og at arbeidsbelastningen har økt. De bekrefter også at terskelen for å motta tjenester er økt, og at det stadig stilles større krav til samhandling og opplæring i bruk av spesialutstyr og prosedyrer ved mottagelse av utskrivningsklare pasienter.

Følgende figur viser sykepleiernes vurdering av utviklingen i arbeidsbelastning og brukernes behov de siste 3-4 årene. Respondentens svar er plassert på en skala fra -2 til 2, der -2 betyr at arbeidsbelastningen eller brukernes behov er vesentlig redusert, og 2 betyr en vesentlig økning i arbeidsbelastning og brukerbehov. Dermed er røde farger forbundet med høyere arbeidsbelastning, og grønn forbundet med lavere arbeidsbelastning i gjennomsnitt i kommunen. De hvite kommunene har vi ikke tilstrekkelig data på. I hver retning betyr mørkere farge mer eller mindre arbeidsbelastning. Det vil si at respondentene mener at arbeidsbelastningen og brukernes behov har økt mest i kommunene som er mørkest røde.

Figur S3: Vurdering av arbeidsbelastning og brukernes behov



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Respondentene har utdypet hvilke oppgaver som er bidratt til økt arbeidsbelastning. Et gjennomgående svar er at det kommer sykere pasienter fra sykehus, og at det ofte kreves opplæring for å følge opp enkelte pasienter. Hele 67 prosent oppgir at de har hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten

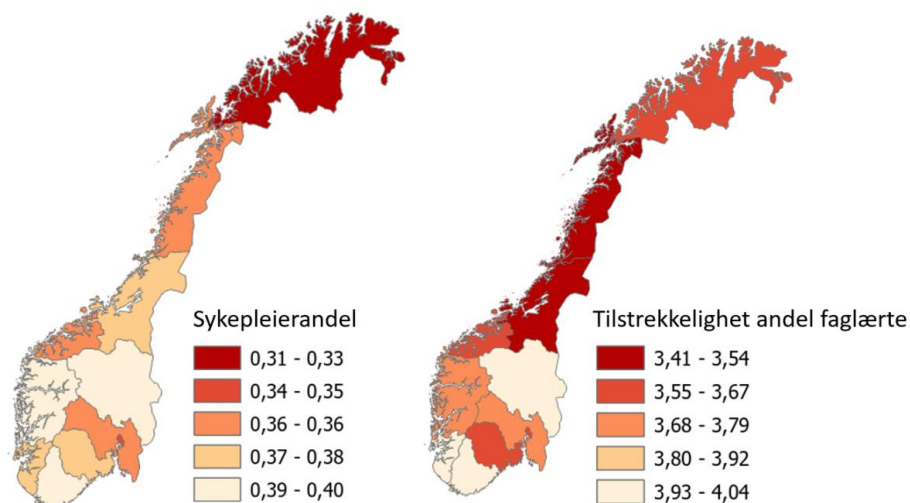
i bruk av utstyr eller behandlinger i løpet av det siste året blant ansatte i hjemmetjenesten, mens andelen er noe lavere, rundt 50 prosent for ansatte i institusjon og heldøgns omsorg. Av de som oppgir at de har hatt behov for opplæring, svarer 80 prosent at de har fått opplæring.

Økt kompleksitet, økt levealder og hyppigere kontakt med helseforetak, lege og legevakt, er andre forklaringer bak økt arbeidsbelastning. Sykepleierne bruker også mer tid på å koordinere mellom ulike tjenester. Det vises videre til økt behov for avanserte prosedyrer i forbindelse med pasienter som meldes utskrivningsklare, ofte på kort varsel. Det gis eksempel på sykepleiere som på eget initiativ har sett på prosedyrefilmer på You Tube, for å lære seg pasientens utstyr og prosedyrer. Flere palliative pasienter, er andre eksempler som gis. Flere palliative pasienter bekreftes også i dataene der vi ser en nedgang i antall pasienter som dør på sykehus, og en tilsvarende økning i kommunale helseinstitusjoner. Videre vises det til beboere eller brukere med langtkommende demens i hjemmetjenesten, hvorav noen er utagerende og derfor, etter respondentenes vurdering, burde vært på skjermede avdelinger.

På andre variable er det større variasjon mellom tjenestene og også geografiske variasjoner. Vi finner store variasjoner i hvor mange brukere det er per ansatt på vakt, og store variasjoner mellom ulike vakter. Helg og natt har betydelig flere brukere per ansatt enn dagvakter. På spørsmål om hensiktsmessig bruk av tilgjengelig kompetanse og ressurser svarer nær 70 prosent av respondentene at de er enig eller helt enig i at de bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse. Samtidig framgår det at en liten andel (20-30 prosent) mener at de har nok tid til å utføre sykepleieroppgaver. Der sykepleierne har tilgang til støtteressurser renhold, vaktmesteroppgaver og administrative oppgaver, vurderes ressursbruken som mer hensiktsmessig.

Både antall brukere per ansatt og sykepleierandelen på ulike vakter varierer mellom kommuner og fylker. Følgende kart viser sammenhengen mellom oppgitt sykepleierandel på vakt og vurderingen av tilstrekkelighet med hensyn til andel faglærte. Sterke rød viser lavere sykepleierandel og mindre grad av tilstrekkelighet. Som det framgår av kartet, er det store variasjoner på tvers av fylkene. Variasjonene innad i hvert fylke er gjennomgående større.

Figur S3: Sykepleierandel og vurdering av tilstrekkelig andel faglærte på dagvakt



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Vi finner ellers en sammenheng mellom vurderingen av tilstrekkelighet i forhold til andelen faglærte og hva som oppleves som tilstrekkelig antall ansatte på vakt. Der sykepleierandelen er høy, eksempelvis i Agder, tales det flere brukere per ansatt på vakt enn der sykepleierandelen er lav.

Hvordan arbeider kommunene strategisk for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Kommunene opplever større krav i form av flere brukere og en større andel brukere med omfattende behov, samtidig som de aller fleste strever med å rekruttere og beholde tilstrekkelig helsefaglig kompetanse i tjenesten. Samtlige av våre informanter gir uttrykk for at kommunene har god oversikt over behovet for kapasitet og kompetanse på kort og lang sikt, og de fleste har også dette nedfelt i ulike former for planer. Planstatus og strategisk forankringen av planene varierer. Samtlige informanter oppgir at de har ulike tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere og annen helsefaglig kompetanse, og de aller fleste har prosesser på gang der de vurderer bruk av kompetanse og arbeidsdeling mellom faggrupper. Det pekes på at alle kjemper om de samme knappe ressursene, det samarbeides med helseforetak og utdanningsinstitusjoner, turnusordninger, lønn- og arbeidsbetingelser vurderes og brukes også som virkemiddel for å tiltrekke seg nødvendig kompetanse og kapasitet.

Knapphet på sykepleierkompetanse synes også i mange tilfeller å tvinge fram organisatoriske endringer der sykepleiere brukes til helsefaglige oppgaver som krever sykepleierkompetanse mens assistenter og andre faggrupper overtar andre oppgaver.

Informantene er delt i synet på bemanningsnormer som virkemiddel for å sikre kapasitet og kompetanse i tjenesten. På den ene siden argumenteres det for at normtall vil bidra til å sikre at sektorens behov når opp i budsjettkamper og kunne gi budsjetter som muliggjør en forsvarlig drift. På den andre siden pekes det på sektorens kompleksitet, behovet for individuelle tilpasninger og fleksibilitet til å sikre forsvarlige tjenester til hver enkelt bruker. Det ytres også en bekymring over konsekvensene av å ikke klare å innfri fastsatte normtall. Hvis manglende oppfyllelse fører til budsjettkutt, sies det å bli enda mer krevende å få ønsket kompetanse og kapasitet på plass. Det er en sammenheng mellom syn på bemanningsnorm og opplevelsen av å bli prioritert i kommebudsjettene. Funnet er interessant, men kan ikke generaliseres på grunnlag av et lite utvalg kommuneledere.

Undersøkelsen rettet mot tillitsvalgte viser at få opplever å ha innflytelse over arbeidsplassens måltall for antall årsverk og sykepleierårsverk i forhold til antall brukere.

Samlet analyse og konklusjon

Avslutningsvis gir vi en samlet analyse der vi ser alle delundersøkelsene i sammenheng og svarer på undersøkelsens problemstillinger.

Det har vært en årsverksvekst i samtlige tjenester. Med større helsefaglige behov, og en større andel brukere med omfattende behov, stiller vi spørsmål ved om kompetansen til å dekke behovene kan være tilstrekkelig i samtlige kommuner. Det er uansett for store variasjoner mellom kommunene til at målet om likeverdige tjenester uavhengig av bosted med en rimelig grad av sannsynlighet kan være oppfylt. På tross av en høy vekst i antall årsverk, konkluderer vi med at kapasiteten i tjenestene er redusert i forhold til veksten i antall brukere og tjenestebehov. Dette har gått ut over de eldste aldersgruppene med mer langsiktige behov for helsetjenester i hjemmet, institusjonsplass eller andre former for omsorgsboliger. Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene, har i større grad fulgt etterspørselen, men også på dette punktet er vi usikre på om samtlige kommuner er i stand til å møte veksten i overførte pasienter med komplekse og spesialiserte behov på en god måte.

Kommunene strever med å sikre tjenestene tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, og bruker stort sett de samme virkemidlene for å få tak i ønsket kompetanse. Det finnes ulike former for planer for å møte innbyggernes behov på kort og lang sikt. Den politiske forankringen og de budsjettmessige forpliktelsene og prioriteringene av sektoren varierer stort på tvers av kommunene.

1 Innledning

Det er politisk enighet om at norske helse- og omsorgstjenester skal være basert på prinsipper om lik tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted. Like tilfeller skal behandles likt jf. NOU 2018:16, det viktigste først og Meld. St. 34(2015-2016), verdier i pasientens helsetjeneste.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør grunnmuren i våre helsetjenester. Gjennom samhandlingsreformen har det siden 2012 blitt gjennomført en betydelig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Ved å overføre en større del av helsetjenestene til kommunene, skal veksten i sykehustjenester dempes. Kvalitet i tjenestene skal blant annet sikres gjennom å styrke ansattes kompetanse og øke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Som følge av samhandlingsreformen har antall årsverk for sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunene økt. For at målet om lik tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet skal kunne realiseres, må kommunehelsetjenesten gis rammebetingelser som gjør det mulig å fylle oppgavene og ansvaret som er lagt til kommunene. Kommunene må sikre at tjenestene har nødvendig kapasitet og kompetanse til møte befolkningens behov og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer å sørge for at de ulike tjenestene er sammensatt med riktig kompetanse, og at kapasiteten i tjenestene er tilpasset behovene og etterspørselen som skal dekkes.

Det er ikke foretatt evalueringer fra myndighetenes side for å vurdere hvorvidt økningen i årsverk og kompetanse i kommunene er tilstrekkelig til å ivareta økningen i oppgaver og ansvar som følger av samhandlingsreformen. Den eneste undersøkelsen vi har funnet der behov, kompetanse og kapasitet er vurdert, er en undersøkelse Riksrevisjonen gjennomførte i 2015. Målet med undersøkelsen var å vurdere om samhandlingsreformen så langt hadde bidratt til å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet (Riksrevisjonen, 2016). Resultatene fra undersøkelsen viser at liggetiden på sykehus gikk ned etter reformen. Videre finner Riksrevisjonen at 95 prosent av kommunene opplevde at pasientene typisk var sykere når de ble overført til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før reformen. Selv om kommunene brukte noe mer penger på pleie og omsorg i 2014 sammenlignet med 2010, viser undersøkelsen at kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad var stryket. Blant annet vises det til at få kommuner hadde etablert forsterkede korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Få kommuner hadde økt antall årsverk i hjemmetjenesten og sykehjem. Riksrevisjonen konkluderer med at kapasitetsveksten i kommunene var begrenset fram til 2015, og at tilbudet til brukere og pasienter så langt ikke var i tråd med de forventningene som ble stilt til kommunehelsetjenesten i forbindelse med reformen.

Riksrevisjonen understreker at kommunene etter innføringen av samhandlingsreformen mottok nye og mer krevende pasient- og brukergrupper. Samtidig viser undersøkelsen at mange kommuner manglet kompetanse på flere områder. Blant annet vises det til at nær halvparten av kommunene mente at de ikke hadde nok sykepleiere, på tross av at antall sykepleierårsverk i kommunen hadde økt med 16 prosent i perioden 2010 til 2014.

Det er vist gjennom flere utredninger at sektoren fortsatt preges av en lav andel helsefagarbeidere, sykepleiere og spesialsykepleiere, en høy andel ufaglærte og utbredt bruk av deltid (Gautun, 2020). Kommunene sliter med rekruttering, og det rapporteres fortsatt om stadig sykere og mer krevende pasienter som skrives ut fra sykehus (Johansen, 2020). Samtidig er det en befolkningsdrevet vekst i

etterspørselen etter kommunale tjenester (Vista Analyse, 2019). SSB har i en utredning vist at den demografiske utviklingen alene vil gi en vekst i etterspørselen etter sykepleiere som vil gi en manko på 28 000 sykepleiere i 2035 (Hjemås, Zhiyang, Kornstad, & Stølen, 2019).

Det finnes mindre kunnskap om sammenhengen mellom behov, ressurser og kompetanse, der utviklingen i etterspørsel og behov vurderes i sammenheng med utvikling i årsverk og kompetanse. Norsk Sykepleierforbund ønsket på denne bakgrunn en utredning som skulle fremskaffe solid dokumentasjon om utviklingen i bemanning og kompetanse innenfor institusjon (sykehjem), heldøgns omsorg og hjemmesykepleie i kommunene. Formålet med utredningen er å dokumentere forskjeller og utvikling i oppgaver, kompetanse og ressurser på tvers av kommunene, samt å belyse hvordan kommunene arbeider for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

1.1 Mandat og problemstillinger

Utredningens mandat retter seg mot to hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad er det sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?
2. Hvordan arbeider kommunene strategisk for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Under hver hovedproblemstilling er det formulert flere forskningsspørsmål. Disse besvares i kapittel 7, basert på gjennomgangen og delanalyser fra de øvrige kapitlene.

Utredningen skulle i utgangspunktet baseres på tilgjengelige registerdata og statistikk fra KS (PAI), SSB og Helsedirektoratet (IPLOS, KPR). Disse dataene viste seg på langt nær å være tilstrekkelige til å kunne besvare oppdragets problemstillinger.

Arbeidet med å etablere gode data for å kunne vurdere hvorvidt økningen i årsverk og kompetanse i kommunene er tilstrekkelig til å ivareta økningen i oppgaver og ansvar, viste seg å være mer krevende enn vi hadde forestilt oss ved prosjektstart. Vi finner heller ikke gode utfallsvariable for kvalitet som gir informasjon om konsekvensene av variasjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Erfaringene fra gjennomgangen av tilgjengelige data gjør at vi har reist en tredje problemstilling:

3. Er styringsinformasjonen god nok til å kunne utarbeide virkemidler og sørge for at kommunene har rammebetingelser som sikrer lik tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted?

For å vite hva som virker og hva som forklarer forskjeller, samt hvilken betydning observerte forskjeller har for kvaliteten i tilbudet, er det behov for bedre data enn det som er tilgjengelig i dag. Regjeringen har oppnevnt en helsepersonellkomisjon som skal se på hvordan nok fagfolk med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten kan sikres. Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol uttaler i forbindelse med oppnevningen av kommisjonen¹: «En av de største oppgavene vi står overfor er å utdanne, rekruttere og beholde nok kvalifisert fagfolk i helse- og omsorgstjenesten. For å lykkes med dette, trenger vi et godt kunnskapsgrunnlag og treffsikre tiltak».

¹ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-har-oppnevnt-helsepersonellkomisjonen/id2892577/>

Et formål med denne rapporten er å bidra til kunnskapsgrunnlaget, der vi også har viet litt plass til å vurdere kunnskaps- og styringsgrunnlaget for å nå de målene som er satt for sektoren. På tross av svakheter i deler av datagrunnlaget mener vi at rapportens funn og konklusjoner er relevante og robuste. I tillegg til registerdata som viser utviklingen i kompetansesammensetning i tre utvalgte tjenester, er det gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot sykepleiere i de samme tjenestene. Spørreundersøkelsen supplerer med kunnskap og erfaring der registerdataene er svake, og gir også kunnskap om sammenhenger og vurderinger fra de som har aller best forutsetninger til å kunne vurdere hvorvidt kapasitet og kompetanse strekker til for å kunne møte behovene i tjenesten. Vi har også støttet oss på andre utredninger og analyser med relevans for problemstillingene. Til sammen gir dette et solid grunnlag for å kunne besvare oppdragets problemstillinger.

1.2 Organisering av rapporten

Vi starter med en presentasjon og drøfting av datagrunnlaget som er vurdert og brukt i utredningen (kapittel 2). Kapitlet gir grunnlaget for å kunne konkludere på tilleggsproblemstillingen vi har reist om styringsgrunnlaget er tilstrekkelig til at det på et nasjonalt nivå kan utarbeides treffsikre virkemidler.

I kapittel 3 går vi gjennom data og kunnskap om utviklingen i innhold og omfang i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennomgangen er rettet mot helsetjenester i hjemmet og sykehjem (institusjon), men inkluderer noe mer av bredden i de kommunale tjenestene der det er relevant. Kapitlet danner grunnlaget for å vurdere utviklingen i behov og etterspørsel.

Kapittel 4 går gjennom utviklingen i årsverk for ulike kompetanse/fagområder i tre utvalgte tjenester; bofellesskap, institusjon (sykehjem) og hjemmesykepleie (helsetjenester i hjemmet). Kapitlet bygger på registerdata fra SSB der vi har spesialbestilt uttrekk for de nevnte tjenestene. I presentasjonen av dataene har vi lagt vekt på å vise både utvikling fra 2015 til 2020, og geografiske variasjoner.

Kapittel 5 følger opp de to foregående kapitlene ved at vi har hentet inn kunnskap og vurderinger fra 8000 sykepleiere som arbeider i landets kommuner i de tre tjenestene. Spørreundersøkelsen supplerer med faktakunnskap, vurderinger av behov og tilstrekkelighet i kompetanse og kapasitet sett i forhold til behovene. Spørreundersøkelsen gir også kunnskap om organisering, bruk av kompetanse og utfordringer som kan bidra til å forklare vurderinger av tilstrekkelighet.

I kapittel 6 retter vi oss mot ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom intervjuer og kunnskapsinnhenting i 8 casekommuner. Vi refererer også hovedfunnene fra spørreundersøkelsen rettet mot tillitsvalgte sykepleiere i de tre aktuelle tjenestene.

I kapittel 7 samler vi trådene gjennom en samlet analyse der vi svarer ut oppdragets forskningsspørsmål basert på delanalysene og datagrunnlaget som er presentert i de foregående kapitlene.

Hvert kapittel starter med innledning som inkluderer en kort oppsummering av kapitlets hovedfunn.

2 Datagrunnlag

I dette kapitlet går vi gjennom datagrunnlaget som utredningen bygger på og hvilke kilder som er vurdert for å kunne besvare oppdraget. På bakgrunn av gjennomgangen av tilgjengelige data kan vi også konkludere på utredningens tredje problemstilling:

Er styringsinformasjonen god nok til å kunne utarbeide virkemidler og sørge for at kommunene har rammebetingelser som sikrer lik tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted?

Vi konkluderer med at det i dag ikke finnes god nok styringsinformasjon på nasjonalt nivå til at myndighetene kan utarbeide treffsikre virkemidler og sørge for at kommunene har rammebetingelser som sikrer lik tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn alder og bosted. Det finnes ikke gode data som gjør det mulig å vurdere hvorvidt det er sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det finnes data om utviklingen i antall brukere innenfor ulike tjenestekategorier, fordelt på alder og kjønn, men det mangler gode data som sier noe om hvilke tjenestebehov ulike brukere faktisk har. Det er også en stor grad av overlapp mellom ulike registreringer i og med en og samme bruker kan motta flere tjenester. Tallene om antall brukere av de ulike tjenestene blir derfor upresise. Kombinert med mangelfull informasjon om hvilke behov brukerne har, blir det også vanskelig å si noe presist om hvilken kapasitet og kompetanse det faktisk er behov for.

For å kunne vurdere utviklingen i kompetanse og kapasitet mot behov og etterspørsel, er det nødvendig med data som viser kompetansesammensetning og årsverk i de ulike tjenestene i kommunene. Denne type data finnes, men dataene er ikke strukturert på en måte som gjør det mulig å koble årsverk til brukerbehov i de tre tjenestekategoriene som denne undersøkelsen er rettet mot. Det er særlig utfordringer knyttet til å kunne koble årsverk til tjenesten «heldøgns omsorg». På et litt mer aggregert nivå finnes det data som viser årsverk- og kompetanseutviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Hvordan ressursene brukes, hvilke konkrete tjenester og brukerbehov som dekkes, kapasitet og kompetanseprofil i de ulike tjenestene vurdert mot brukernes behov, finnes det mindre kunnskap om. Kommunene selv oppgir at de har oversikt over behov, kapasitet og kompetanse, men det er på langt nær tilstrekkelig til å sikre likeverdige tjenester på tvers av kommunene.

Sammenlikninger på tvers av kommuner krever naturlig nok data på kommunenivå. Statistikkloven og krav om anonymisering gjør at «små tall» som gjør at personer eller bedrifter kan identifiseres, må anonymiseres ved at det oppgis en «prikk» i stedet for et tall. For å unngå prikking, har vi slått sammen flere utdannings/fagkategorier. Tidsseriebrudd og svakheter i registreringen gjør også at vi har måtte begrense analyseperioden for utviklingen i årsverk og kompetanse til perioden 2015 – 2020.

Det finnes også lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene. Vi har vurdert mulige utfallsmål som reinnleggelser og overliggerdøgn, men disse indikatorene alene er ikke tilstrekkelige som mål på kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene. Informasjon om kvalitet på de øvrige tjenestene er svært mangelfull, og heller ikke på en form som gjør det mulig å sammenligne kvaliteten i tjenestene på tvers av kommunene eller over tid.

Vi har supplert datagrunnlaget med en spørreundersøkelse og intervjuer med representanter fra et utvalg kommuner. Ved å kombinere informasjon og kunnskap fra flere kilder, gir det samlede datagrunnlag et robust grunnlag for å kunne besvare utredningens problemstillinger.

2.1 Utvikling i årsverk og kompetansesammensetning

For å besvare spørsmålet om hvordan antall årsverk, kompetanse og kompetansesammensetning har utviklet seg i sykehjem, heldøgns omsorg og hjemmetjenesten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har utviklet seg i perioden 2012 -2020, har vi basert oss på spesialbestilte uttrekk fra SSB. Vi har også bestilt uttrekk fra KS sitt lønns- og arbeidstakerregister, PAI-registeret. PAI-registeret er et register med lønns- og personalopplysninger om samtlige ansatte i kommunal sektor. Etter en vurdering av dataene har vi valgt å basere oss på data fra SSB der vi har brukt PAI-registeret som supplement der dette har vært relevant.

Vi har også brukt data fra Helsedirektoratets statistikk om personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Helsedirektoratet har i likhet med oss basert seg på statistikk fra SSB, kombinert med spesialbestilte data for å vurdere utviklingen i personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgssektoren. I tillegg har Helsedirektoratet supplert med data fra noen andre kilder. Vi har et litt annet uttrekk i vår bestilling av data enn Helsedirektoratet har i sine spesialbestilte data, men begge datasettene er fra den samme hovedkilden (a-registeret/SSB). Helsedirektoratet rapporterer tall på nasjonalt nivå og kan da ha en mer findelt inndeling av utdannings/yrkestitler enn vi har i vår bestilling. Vi har slått sammen flere utdannings/yrkestitler i vårt utvalg fordi vi ønsket data som viser utviklingen på kommunenivå fordelt på de tre tjenestekategoriene som skulle studeres i dette oppdraget. Statistikkloven gjør at SSB er pliktig til å anonymisere data dersom kategorien blir liten for sikre at ikke personer kan identifiseres. I kategorier der det kun ligger 1- 2 private foretak, må også tallene anonymiseres for at tallene ikke skal avsløre noe om foretakene som ligger bak. Anonymiseringen omtales som «prikking» og innebærer at dataene vi har fått tilgang på har en prikk i stedet for et tall der statistikkloven krever anonymisering. Anonymiseringskravet medfører også såkalt «sekundærprikking», dvs en ekstraanonymisering for å sikre at det ikke er mulig å regne seg tilbake til tall som kan identifisere person og/eller foretak. For å redusere «prikkingen» på kommunedataene har vi derfor slått sammen en del utdanningskategorier som Helsedirektoratet i sin oversikt oppgir for seg på nasjonalt nivå.

Registerdataene fra SSB er basert på a-ordningen fra 2015. Før 2015 var dataene basert på det gamle AA-registeret. Omleggingen i 2015 svekker sammenligningsgrunnlaget mellom perioden før og etter 2015 (SSB, 2016). Vi har derfor basert analysene på data fra perioden 2015 til 2020. For perioden før 2015 har vi i all hovedsak basert oss på avsluttede tidsserier for årsverk fram til 2016 fra statistikkbanken/SSB. Uttrekket fra PAI-registeret går fra 2012 til 2020. Uttrekket viser seg å ha flere «hull» på kommunenivå, og vi mistenker også at det særlig før 2015 er en del feilregistreringer mv. som gjør at vi ikke har vurdert dataene som egnet grunnlag for å besvare denne utredningens problemstillinger.

Konkret har vi fått levert uttrekk for utvalgte næringer under KOSTRA funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og KOSTRA funksjon 253 Helse- omsorgstjenester i institusjon. Uttrekkene er beskrevet i Tabell 2.1.

Tabell 2.1 KOSTRA funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Uttrekk

Næring/funksjon	Kommentar
86.901 Hjemmesykepleie	Spesialbestilt uttrekk for å vise utviklingen i hjemmetjenesten. Funksjonen inneholder også hjemmehjelp, men vi har kun inkludert hjemmesykepleie fordi vi ønsket å studere utvikling i årsverk og kompetansesammensetning knyttet til helsetjenester i hjemmet . Hjemmehjelp retter seg mot praktisk bistand uten helsetjenester og er derfor ikke inkludert i analysene.
87.203 Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede	Spesialbestilt uttrekk for å vise utviklingen i heldøgns omsorg. Merk at 87.303 kun har fast tilknyttet personell deler av døgnet. Denne kategorien representerer 5-6 prosent av årsverkene og tilsier at antall årsverk til heldøgn omsorg kan være noe for høyt i vår framstilling. På den andre siden er det også tjenestemottakere med heldøgns omsorg som bor hjemme og som mottar tjenester fra hjemmesykepleien. Det innebærer at bofellesskap ikke fanger opp samtlige brukere med heldøgns omsorg. I mangel av andre avgrensninger vurderer vi de tre kategoriene bofellesskap som «beste tilgjengelige» datasett for å vurdere utviklingen årsverk- og kompetansesammensetning for heldøgns omsorg. Se avsnitt 2.1.1 der begrepet heldøgns omsorg, datagrunnlag og begrunnelse for vår avgrensning drøftes.
87.302 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell hele døgnet	
87.303 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell deler av døgnet	

Merk at bofellesskap og hjemmesykepleie inngår i samme KOSTRA-funksjon. I tillegg inngår også andre omsorgstjenester i denne funksjonen som vi har definert ut av problemstillingene for denne analysen. Der vi har vurdert det som relevant å sammenlikne utviklingen med årsverk i andre tjenester, har vi brukt statistikk på funksjonsnivå hentet fra Statistikkbanken/IPLOS.

Uttrekket for årsverk og kompetansesammensetning i institusjon er vist i Tabell 2.2.

Tabell 2.2 KOSTRA funksjon 253 Helse- omsorgstjenester i institusjon. Uttrekk

Næring/funksjon	Kommentar
86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	Denne KOSTRA-funksjonen består i hovedsak av næringene listet opp til venstre i tillegg til barneboliger. Årsverk knyttet til barneboliger er ikke inkludert i uttrekket.
87.101 Somatiske spesialsykehjem	
87.102 Somatiske sykehjem	
87.301 Aldershjem	Uttrekket vi har fått har følgende kode:
87.304 Avlastningsboliger/-institusjoner	Institusjon (ekskl. 87.503 Barneboliger) og inkluderer kodene til venstre.
87.201 Psykiatriske sykehjem	

2.1.1 Heldøgns omsorg: avgrensning og definisjon – vurdering av bofellesskap som kilde for utvikling i årsverk og kompetanse innen heldøgns omsorg

Heldøgns omsorg (Heldøgns tjenestetilbud) kom først inn som egen rapporteringskategori for tjenestemottakere i 2019. I 2019 ble 5,5 prosent av tjenestemottakere rapportert med et heldøgnsopphold (20 915 personer), men det var kun 58 prosent av kommunene som rapporterte på denne indikatoren. I 2020 viser rapportering 56 581 tjenestemottakere med heldøgnsstilbud. Økning skyldes at flere kommuner har rapportert i 2020 (Helsedirektoratet, 2021).

I definisjonen av tjenesten framgår det at følgende kriterier må være til stede²:

- Personen som har behov for tjenester hele døgnet (dag, kveld natt – gjennom hele uken).
- Behov for hjelp oppdages raskt, forsvarlige og nødvendige hjelpetiltak iverksettes på kort varsel.
- Personen må kunne tilkalle bistand eller hjelp hele døgnet enten ved personbistand eller via velferdsteknologiske løsninger.
- Behovet for hjelp må kunne avdekkes uavhengig av brukers mulighet for å varsle helsepersonell direkte. Det vil si at tjenesteytere må kunne oppdage behov for bistand.

I utdypningen av definisjonen framgår det at det er innholdet i og omfanget av tjenestetilbudet som bestemmer om det er heldøgnsstilbud, ikke boform eller organisasjonsform. Det presiseres videre at tjenestetilbudet i kommunene er i stadig utvikling og at individuelle behov kan dekkes på mange ulike måter. Det oppgis at flere personer mottar omfattende tjenestetilbud i hjemmet. Det framgår også at digital overvåkning kan brukes i heldøgns omsorg, men da med krav til responstid.

Definisjonen av heldøgns omsorg og antall registrerte brukere av tjenesten i 2020 tilsier at vår tilnærming der vi har brukt bofellesskap som funksjon for å kartlegge årsverk og kompetanse knyttet til heldøgns omsorg, ikke er helt presis. Rapporteringen til KPR (IPLOS) har fra 2019 kategorien «bolig kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål». Kategorien erstattet «omsorgsbolig og annen bolig» i IPLOS. Tallene viser 51 256 tjenestemottakere i 2017 og 49 894 tjenestemottakere i 2020 i

² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/heldognstjenestetilbud>

denne kategorien. Dette er færre tjenestemottakere enn de som er oppgitt med heldøgns omsorg i 2020.

I KOSTRA-skjema 4 – heldøgns beboere 2015-2020, inngår kategoriene «Beboere med bolig m/ fast tilknyttet bemanning hele døgnet» og «beboere 80 år og over i bolig med fast tilknyttet bemanning hele døgnet». Tallene for disse kategoriene viser hhv 25 316 og 8 501 tjenestemottakere, til sammen i underkant av 34 000 tjenestemottakere. KOSTRA-tallene på dette området tilsier at en stor andel av tjenestemottakerne av heldøgns omsorg da må motta tjenester i hjemmet dersom rapporteringen for heldøgns omsorg i 2020 er riktig.

KOSTRA-skjema 6: Hjemmetjenestevirksomhet omhandler hjemmetjenestevirksomheter i Enhetsregisteret. Følgende virksomheter rapporteres:

- 86.901 Helsetjeneste i hjemmet (tidligere hjemmesykepleie)
- 87.203 Bofellesskap for personer med utviklingshemming
- 87.302 Samlokaliserte omsorgsboliger – bemannet hele døgnet
- 87.303 Samlokaliserte omsorgsboliger – bemannet deler av døgnet
- 88.101 Praktisk bistand

Det er disse kategorien (med unntak av 88.101 Praktisk bistand) vi har fått uttrekk fra. Fra veiledningen i skjema 6 framgår det at tjenester til personer med utviklingshemming og rusproblemer, i den grad det hovedsakelig dreier seg om helse- eller omsorgstjenester, inngår i hjemmetjenester. Videre vises det til at både ansatte i ambulering hjemmetjenestevirksomheter og fra personellbaser knyttet til samlokaliserte boliger/bofellesskap ofte ytes både helsetjeneste i hjemmet (tidligere hjemmesykepleie) og praktisk bistand (tidligere hjemmehjelp). For ambulering hjemmetjenestevirksomheter skal da enten 86.901 Helsetjeneste i hjemmet eller 88.101 velges som hovednæring.

I samlokaliserte omsorgsboliger eller bofellesskap med bemanning der det er en personalbase som yter tjenester til personer utenfor de samlokaliserte (nærliggende) boligene eller bofellesskapet, skal det krysses av for både Hjemmetjenestetilbud - samlokaliserte omsorgsboliger/bofellesskap med tilknyttet personell og Hjemmetjenestetilbud – base for ambulering tjenester til beboere i omsorgsbolig eller privat hjem. En arbeidstaker kan med andre ord være registrert både under ambulering hjemmetjenester og bofellesskap. I vårt uttrekk som viser årsverk og kompetansesammensetning, er rapporteringen gjort om til årsverk under hhv bofellesskap og hjemmesykepleie (tilsvarende funksjon 86.901 Helsetjenester i hjemmet). Antall årsverk i personalbaser tilknyttet bofellesskap/bemannede bolig må antas å være riktig. Ufordringen er at vi ikke verken har gode tall som forteller hvor mange beboere disse årsverkene er rettet mot, eller hvor mange årsverk i den ambulering hjemmetjenesten som totalt brukes på denne brukergruppen.

2.1.2 Svakheter og usikkerhet i datagrunnlag om utvikling i årsverk og kompetansesammensetning i heldøgns omsorg og helsetjenester i hjemmet

Heldøgns omsorg ytes både i bofellesskap og i hjemmet. Det kan også være tjenestemottakere i bofellesskap som ikke mottar heldøgns omsorg. Selv om en omsorgsbolig/bofellesskap ikke er bemannet hele døgnet, kan det være beboere i boligen som mottar heldøgns omsorg. Den ambulering hjemmetjenesten som yter helsetjenester i hjemmet (tidligere hjemmesykepleie) kan også gi tjenester til tjenestemottakere i omsorgsboliger, og personal knyttet en personalbase for omsorgtjenester kan gi

tjenester til hjemmeboende. Kategorien «bofellesskap» som vi har brukt som utgangspunkt for å vurdere årsverk og kompetansesammensetning innenfor heldøgns omsorg, blir derfor upresis.

Antall brukere med heldøgns omsorg ble som nevnt over, første gang registrert som egen kategori fra 2019, men da med mangelfull rapportering fra en rekke kommuner. Rapporteringen fra 2020 inkluderer de fleste kommunene og framstår som mer komplett. Vi har dermed kun tall fra 2020 som viser antall tjenestemottakere med heldøgns omsorg utenfor institusjon. Tallet er høyere enn antall registrerte tjenestemottakere i bofellesskap, noe som tilsier at det er flere årsverk knyttet til heldøgns omsorg enn de som er knyttet til bofellesskap. Tallet sier ikke noe om utviklingen fram til 2020.

Både KOSTRA og IPLOS har historiske data som viser brukere av ulike boformer med heldøgns- eller delvis heldøgns bemanning. KOSTRA-registreringen bruker bolig som grunnelement i rapporteringen, der heldøgnsbegrepet knyttes til bemanningen i boligen, og ikke omfanget av tjenesten den enkelte er tildelt. IPLOS har hatt en enda mer avgrenset definisjon og knytter heldøgnsbegrepet til personell og organisering og definerer at boligen må ha fast tilknyttet personell hele døgnet og være organisert nærmest som en institusjon for å komme inn under begrepet (Helse- og omsprgsdepartementet og KS, 2017). Det er dermed betydelige sprik mellom KOSTRA og IPLOS mht til antall tjenestemottakere med heldøgns omsorg, og begge kildene gir betydelig lavere tall enn det som følger av den nye definisjonen og registreringen fra 2019.

I et notat fra Helse- og omsorgsdepartementet og KS vises det til at de ulike betegnelsene som har vært brukt på heldøgns tjenestetilbud, har sitt utgangspunkt i det som var mer standardiserte tjenestetilbud i kommunen. Det pekes på at det skaper utfordringer for forskning og statistikk når eldre begreper brukes til å beskrive dagens tjenester. Det er også kommunenes vedtak om helse- og omsorgstjenester som danner grunnlaget for å vurdere om det aktuelle tjenestetilbudet kan anses for å utgjøre et heldøgns tjenestetilbud i statistikk og forskningssammenheng, ikke organisering eller boform. Kommunene er forskjellige, og organiserer heldøgnsstilbud på ulike måter (Helse- og omsprgsdepartementet og KS, 2017).

Helse- og omsprgsdepartementet og KS (2017) gir en grundig gjennomgang av lovgrunnlag og definisjoner, og vi oppfatter også at notatet danner grunnlaget for endringen i rapportering fra 2019. Det er derfor grunn til å tro at statistikken framover blir bedre også på dette området.

Vår avgrensning av heldøgns omsorg gir utfordringer med kobling til tjenestemottakere

I denne utredningen må vi forholde oss til de dataene og definisjonene som er brukt historisk, og vi bruker da årsverk og kompetansesammensetning i kategorien «bofellesskap» som utgangspunkt for å vurdere utviklingen innenfor heldøgns omsorg. Når det gjelder utvikling i tjenestemottakere som kan kobles til årsverkene, er det svært stor usikkerhet som følge av definisjoner og avgrensninger.

Rapporteringen fra 2020 trekker klart i retning av at en andel av årsverkene som vi har registrert under hjemmesykepleie også yter heldøgns omsorg. Hvor mange årsverk dette gjelder, og hvordan utviklingen i antall brukere og årsverk for de som mottar heldøgns omsorg i hjemmet har vært, har vi ikke grunnlag for å kunne vurdere. Vi mener likevel at årsverkene er fanget opp i hjemmesykepleien (helsetjenester i hjemmet), selv om vi ikke har god informasjon om andelen brukere og årsverk som er i kategorien heldøgns omsorg av de som mottar helsetjenester i hjemmet.

I og med både bofellesskap og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) rapporteres under KOSTRA funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, vil summen av de to kategoriene vi har bruk (bofellesskap og hjemmesykepleie), gi et rimelig riktig bilde av årsverk- og kompetanseutviklingen

knyttet til helsetjenester hjemme hos bruker. Usikkerheten ligger i fordelingen mellom årsverk som går til heldøgns omsorg og årsverk som går til tjenestemottakere som bor hjemme (eller i bofellesskap) enklere/mindre beistandsbehov. Vi har dermed ikke datagrunnlag som gjør det mulig å si noe presist om utviklingen i antall og andel årsverk og kompetansesammensetning som går til heldøgns omsorg.

2.1.3 Mangelfull registrering og anonymisering av data på kommunenivå

Krav om anonymisering gir som redegjort for over, «prikking» (utelatelse) av data på kommunenivå for små kommuner for en del kategorier. I tillegg finner vi mangler i registreringen også for enkelte større kommuner. Eksempelvis finner vi en stor kommune som er registrert med null ansatte i hjemmetjenesten i 2017 og 2019 i registerdataene fra SSB. De øvrige årene ligger antall ansatte i hjemmetjenesten for den samme kommunen fra 690 til 730, med høyest antall i 2015.

Registerdataene inneholder avtalte årsverk for hver helsepersonellgruppering; spesialsykepleier, sykepleier, assistenter, helsefagarbeidere og vernepleiere, innenfor hver av tjenestetypene, bofellesskap, hjemmesykepleie og institusjon. Dataene er fra 2015 til 2020 for alle kommunene. Grunnet personvern hensyn og mange små kommuner, er mye av datagrunnlaget utelatt i registerdataene vi mottok. Dette har gjort at registerdataene vanskelig lar seg benytte til presise analyser av utvikling over tid i kommunene.

Det er også mangler og svakheter i rapporteringen. Ser vi kun på årene 2015 og 2020, er det 6,5-, 2,8- og 13, 5 prosent av kommunene som har fullstendige data for henholdsvis bofellesskap, hjemmesykepleie og institusjon. Videre er det kun to kommuner, Oslo og Stavanger, som har fullstendige data for disse to årene. For de større utdanningskategoriene, samt uttrekket av ufaglærte, er det mindre anonymisering og en større grad av fullstendige data på kommunenivå, men fremdeles med mangler som gjør dataene lite egnet for å gjøre analyser over tid på kommunenivå.

Det er tilsvarende utfordringer i PAI-registeret. Vi finner også til dels store avvik mellom registrene for enkelte kommuner der dataene framstår som fullstendige i begge registrene. For begge registrene er datakvaliteten bedre etter 2015. Vi har derfor i all hovedsak brukt 2015 til 2020 som analyseperiode.

På fylkesnivå er datakvaliteten bedre, mens nasjonale data er uten anonymisering.

2.2 Behov og etterspørsel – kilder og usikkerhet

For å vurdere utviklingen i behov og etterspørsel har vi basert gjennomgangen på flere kilder:

- KOSTRA/statistikkbanken (SSB)
- IPLOS/KPR
- Statistikk fra Helsedirektoratet
- Rapporter om Kommunale helse- og omsorgstjenester fra SSB og Helsedirektoratet med tilhørende tallgrunnlag (SSB fram til 2017, Helsedirektoratet fra 2018 til 2020)
- Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI), Helsedirektoratet
- Utredninger og rapporter der utvikling i behov og etterspørsel etter kommunale helse- og omsorgstjenester har vært tema med tilhørende tallgrunnlag der dette finnes.

Vi har forsøkt å avgrense gjennomgangen til de samme KOSTRA-funksjonene som vi har årsverk og kompetansesammensetning for, jf. avsnitt 2.1, men har supplert med enkelte oversikter som viser et litt større bilde for å gi et bilde av utviklingen i det samlede tjenestetilbudet.

Det er stort sett det samme datagrunnlaget som ligger bak de ulike kildene, men uttrekk, tidsperioder, aggregeringsnivå og avgrensninger varier.

IPLOS-registeret (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune i perioden 2007- 2017. Statistisk sentralbyrå (SSB) var databehandler for IPLOS-registeret fram til 2017 mens Helsedirektoratet var behandlingsansvarlig, og finansierte utvikling og drift av registeret. I 2018 ble IPLOS erstattet av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Samtidig tok Helsedirektoratet over rollen som databehandler fra SSB, og dermed ansvaret for datainnsamling og forvaltning av registeret. Helsedirektoratet produserer statistikk på en noe annerledes måte enn SSB. Overgangen til ny metode har gått ut over datakvaliteten i 2018 og 2019 (Helsedirektoratet, 2021). Datakvaliteten for disse to årene er dermed dårligere enn for de øvrige årene. Det er også gjort endringer i enkelte definisjoner og variable, blant annet ble kategorien «heldøgns omsorg» innført i 2019.

Statistikkbanken/KOSTRA har statistikk over brukere fordelt på ulike tjenester, alder, bistandsbehov kommune mv. Statistikken bygger på data fra IPLOS/KPR, men er ikke på individnivå. Brukerkategorier med få brukere finnes kun på fylkes- eller nasjonalt nivå.

Helsedirektoratet har en egen statistikkjeneste for statistikk basert på helseregistre, deriblant KPR. I likhet med SSB er brukere anonymisert av personvern hensyn for kategorier der det er få brukere.

Helsedirektoratet utgir årlige rapporter om kommunale helse- og omsorgstjenester. Fram til 2017 ble disse rapportene utgitt av SSB.

Data fra KPR ble tilgjengelig høsten 2021 og gir muligheter for detaljerte analyser og koblinger. Det er imidlertid en del usikkerhet knyttet til dataene, blant annet som følge av svakheter i kodingen og organiseringen av dataene. Svakheten gjelder særlig data om helsetjenester i hjemmet (Andrews, et al., 2021). Svakhetene i selve rådataene i KPR har gjort at vi har funnet det like hensiktsmessig å basere brukerdata på statistikk basert på registerdata fra Helsedirektoratet og/eller SSB. Våre tall skal da samsvare med Helsedirektoratet (2021) der vi har brukt samme avgrensning og aggregeringsnivå.

Andrews, et al. (2021) har i en analyse av kostnadsveksten i kommunale pleie- og omsorgstjenester trukket ut de mest kostnadskrevende tjenestene fra KPR og gjort egne analyser av utviklingen i utvalgte tjenester. De har også sammenliknet resultatene med data som er publisert i Helsedirektoratets rapport om kommunale helse- og omsorgstjenester 2019. Resultatene viser i hovedsak samme nivå, men de finner noe sterkere vekst for enkelte tjenester i analyseperioden (Andrews, et al., 2021, ss. 28-29). I og med vi har basert oss på det samme statistikkgrunnlaget som Helsedirektoratet bruker i sine rapporter, vil våre tall kunne vise en noe svakere vekst i brukere for enkelte tjenester enn Andrews, et al. (2021) legger til grunn for sin kostnadsanalyse.

SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet samlet inn årsverkstall for psykisk helsearbeid i alle landets kommuner fra 2007. Årverkene fordeles på tiltak, herunder hjemmetjenester/ambulante tjenester til personer som er hjemmeboende og tiltak i bofellesskap mv (Ose & Kaspersen, 2020). Årverkene som er kartlagt i denne studien skal i hovedsak også være inkludert i våre uttrekk. Kartleggingen gir imidlertid mer detaljert kunnskap om fordelingen av årsverk og kompetanse brukt på ulike brukergrupper, fordelingen mellom årsverk til boliger og ambulerende tjenester samt innholdet i tjenestene for denne

brukergruppen. Kartleggingen er relevant som grunnlag for å kunne forklare deler av utviklingen i årsverk og kompetansesammensetning.

2.2.1 Samhandlingsreformens bidrag til omfang og kompleksitet

Det eksisterer mye statistikk og registerdata over behandlinger i spesialisthelsetjenesten. Vi har i hovedsak basert oss på variablene: utskrivningsklare pasienter, utskrivningsklare liggedøgn og reinnleggelser. Disse variablene viser hvor mange pasienter som meldes utskrivningsklare for videre behandling i kommunehelsetjenesten, hvor mange døgn utskrivningsklare pasienter ligger på sykehus etter de er meldt utskrivningsklare og hvor mange pasienter som må reinnlegges etter utskrivning.

Vi har også hentet inn data om liggetid på sykehus, antall døgnbehandlinger, polikliniske behandlinger og innleggelser. For å få en indikasjon på kompleksiteten og hvor ressurskrevende pasienter som skrives ut til kommunene helsetjenestene er, har vi også hentet inn data om utviklingen i DRG-poeng (se definisjon side 4). DRG gir noen indikasjoner på utviklingen i kompleksiteten og ressursbruken i spesialisthelsetjenesten, men er ikke en god indikator for å vurdere hvor ressurskrevende den videre behandlingen vil være i kommunehelsetjenesten. Som en indikasjon på utviklingen, vil DRG sammen med annen informasjon, kunne bidra til å komplementere andre data.

Antall utskrivningsklare pasienter viser hvor mange som skrives ut fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Vi har ikke funnet statistikk som viser hvor mange av disse som var brukere av institusjon (kort- eller langtids), helsetjenester i hjemmet eller heldøgns omsorg før behandling i sykehus. Gjestsen, Brønnick, & Testad (2018) finner at omtrent halvparten av eldre med kommunale hjemmetjenester hadde minst en sykehusinnleggelse i løpet av 12 måneder. Resultatene er basert på en studie i en kommune. Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen (2014) skriver: «majoriteten av utskrivningene gjelder eldre pasienter som pleie- og omsorgssektoren kjenner fra før fordi de er eksisterende pasienter/brukere». Hvor stor andel av pasientene som skrives ut kommunene allerede har som brukere, har vi ikke funnet tall for.

Av de som skrives ut til videre behandling i kommunehelsetjenesten, vil det også være pasienter som er nye for kommunene. Antallet og hvor lenge denne gruppen behandles og mottar tjenester fra kommunene, har vi heller ikke funnet tall for.

I en telling av antall unike brukere i helse- og omsorgstjenestene i løpet av året, vil brukere som har vært innom en sykehusbehandling en eller flere ganger i året, ikke få noe utslag på omfanget brukere i kommunehelsetjenesten. Derimot har det konsekvenser for ressursbruk og kompetansekrav at kommunene overtar pasientene tidligere for videre behandling som før samhandlingsreformen ble gjort på sykehus. Hvor mange ekstra pasientdøgn med behandlingsoppfølging som er overført til kommunene, finnes det mindre kunnskap om. Sykehusene har redusert antall liggedøgn, men det er flere årsaker til denne reduksjonen enn overføringer til kommunehelsetjenesten. Det er også en utvikling der stadig flere pasienter behandles poliklinisk eller med dagbehandling. Dette gjelder også for brukere av kommunens helse- og omsorgstjenester. Disse pasientene må følges opp i kommunehelsetjenesten mens de er under behandling i spesialisthelsetjenesten, og for noen vil det også innebære en videre behandling og oppfølging i kommunehelsetjenesten.

For å svare på spørsmålet om Samhandlingsreformens betydning for utviklingen i omfang og kompleksitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har vi støttet oss på andre undersøkelser. Statistikk og registerdata er brukt i den grad vi har funnet det relevante og mulig innenfor dette prosjektets rammer.

2.2.2 Helse- og omsorgstjenester i hjemmet og utfordringer i datagrunnlaget

Helse- og omsorgstjenester i hjemmet inneholder alle typer tjenester som ytes hjemme hos pasienten. Selv når vi avgrensner oss til kategorien helsetjenester slik oppdragsbeskrivelsen for denne utredningen angir, er det flere ulike tjenester som inngår; hjemmesykepleie, fysioterapi mv. Dette gir utfordringer knyttet til overlappende observasjoner, mange heterogene tjenester der også avgrensningen av variablene kan by på problemer. For denne utredningen er det som vist over særlig utfordringer knyttet å avgrense brukere med heldøgns omsorg uavhengig av bosituasjon, og å skille mellom brukerkategorier i bofellesskap.

Av relevante studier som har supplerte kunnskapen på dette området vil vi særlig peke på en analyse av det bemannede botilbudet i hjemmetjenesten av Abrahamsen, Berntsen, & Hoen (2022). I analysen har forskerne definert bemannede boliger som den delen av det kommunale botilbudet som betjenes av en tilknyttet personalbase i nærområdet. Rapporten tar utgangspunkt i tall fra SSBs hjemmetjenestekartlegging fra 2021, som identifiserte 2 273 virksomheter rapportert som samlokaliserte omsorgsboliger eller bofellesskap med personellbase. Disse blir i rapporten omtalt som boligbaser, og var tilknyttet totalt nærmere 30 000 boenheter. Kartleggingen undersøkte blant annet hvilke målgrupper boligbasene rettet seg inn mot. Fra kartleggingen framgår det at målgruppen for personer med utviklingshemning var mest omfattende, målt i antall boligbaser, boenheter og kommuner med slikt tilbud. De resterende målgruppene var som regel å finne i boligbaser som var rettet mot mer enn én målgruppe. Det ble identifisert tre hovedgrupperinger av boligbaser med inntil to målgrupper, som til sammen dekket 92 prosent av boligbasene og 88 prosent av boenhetene. De finner at det i boligbaser med inntil to målgrupper, er to tredjedeler rettet mot personer med utviklingshemning. Videre finner de at målgruppen eldre utgjør i underkant av 5000 boenheter.

Funnene er relevant for vår analyse av utviklingen i årsverk og kompetansesammensetning i bofellesskap som vi har brukt som grunnlag for å si noe om heldøgns omsorg. Forfatterne konkluderer med at resultatene tyder på at hjemmetjenestenes botilbud for eldre foreløpig er relativt lite utbredt sammenlignet med institusjonstjenestens tilbud. Videre finner de at de store kommunene hadde i større grad et spesialisert tilbud, både i form av å ha færre målgrupper per boligbase, og at boligbasene i mindre grad var organisert i kombinasjon med andre virksomhetstyper. De finner også variasjoner mellom store og små kommuner i andelen boenheter for personer med utviklingshemning og andelen personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Dette er relevante funn også for vår analyse. Rapporten inkluderer et datagrunnlag fordelt på kommuner som vi har brukt for å søke etter forklaringsvariabel og vise forskjeller mellom ulike kommunekategorier.

2.3 Koblingen mellom årsverk og tjenestemottakere

Med usikkerhet i årsverksdataenes fordeling mellom heldøgns omsorg og øvrige helsetjenester i hjemmet, og usikkerhet i datagrunnlaget mht brukerkategorier og bistandsbehov blant brukere i bofellesskap, blir også koblingen mellom årsverk og tjenestemottakere i de tre tjenestekategoriene denne utredningen handler om usikker. I utgangspunktet var det en entydig kobling mellom IPLOS-tjenester og KOSTRA-funksjoner. Denne koblingen synes å være noe mer uklar med overgangen til KPR og revidering i avgrensning og definisjonen av ulike tjenestekategorier. Dette gjelder særlig heldøgnsbegrepet og tjenesteomfanget til ulike brukergupper i kategorien bofellesskap. Fra 2019 er kategoriene «omsorgsbolig» og «annen bolig» erstattet med «bolig kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål». I Helsedirektoratet (2021) pekes det på at det var en underrapportering på denne tjenesten i 2019, og at rapporteringen i 2020 fortsatt viser noe lave tall. De kommunale helse- og

omsorgstjenesten har også vært i stadig utvikling fra IPLOS-kategoriene ble etablert, og det er kommet nye kategorier til underveis. Tjenestene er også blitt stadig mer heterogene der kommunene har valgt litt ulike løsninger og organisasjonsformer, noe som også gir glidninger i de ulike kategoriene kommunene rapporterer på. Koblingen fra KOSTRA-funksjon og næringsinndeling til brukergrupper og behov, blir dermed mindre ensartet, noe som gjør det vanskelig å sammenligne utviklingene på kommunenivå over tid.

Innholdet i ulike tjenester er i stadig utvikling, hvorav noen endringer er en konsekvens av oppgaveoverføringer til kommunene og nye krav til tjenestene. Kommunenes arbeid innen rus og psykiatri er et eksempel på et område i vekst, men som i liten grad fanges opp i kommunenes ordinære rapportering. Som nevnt foran har Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet gitt SINTEF i oppdrag å hente inn informasjon fra kommunene om utviklingen i innhold i tjenestene og årsverk knyttet til dette feltet fra 2007 og fram til i dag. Dataene er så langt ikke koblet til KOSTRA eller KPR.

Svakheter i data om de kommunale pleie- og omsorgstjenestene pekes også på i en utredning av enhetskostnader i den kommunale helse og omsorgstjenesten utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet ((Agenda Kaupang, 2019). Følgende sitat fra utredningen er illustrerende også for vår utredning:

“ Underveis har vi strevd mer enn vi trodde på forhånd med å etablere et datagrunnlag med god kvalitet. Enhetskostnadene blir beregnet ved å dividere utgiftene på timer eller døgn som brukerne har mottatt. Vi har erfart at kvaliteten for dataene ikke er så god som ønsket verken for telleren eller nevneren i denne brøken.

(Agenda Kaupang, 2019, s. 6)

Også vi har erfart at kvaliteten og tilgjengelige data på langt nær er så gode som ønsket, og at det gjelder for både telleren og nevneren. Telleren i vår analyse skulle vært årsverk for ulike kompetanseområder fordelt på tre tjenester mens nevneren skulle vært antall brukere i tjenestene vektet for tjenestebehov. Denne tilnærmingen er fulgt så langt som mulig, men tolkningen og resultatene må brukes med varsomhet og sees opp mot andre resultater. Utredningens spørreundersøkelse blant sykepleiere i de aktuelle tjenestene gir et viktig bidrag der oppgaver, kapasitet og kompetanse sees i sammenheng.

2.4 Tjenestebehov, utfall og kvalitet

Flere studier viser at kompleksiteten i sykdomsbildet og bistandsbehovene til pasienter og brukere har økt. For sykehuspasienter kan dette måles i såkalte DRG-vekter som sammen med kortere liggetid og mer poliklinisk behandling tilsier at pasienter som skrives til kommunehelsetjenesten, eller som er avhengig av helsetjenester fra kommunen mens de er i poliklinisk behandling også har økt. Kommunesektoren har ikke en tilsvarende indikatorer, men vurderer bistandsbehov etter en rekke kriterier. Vi har valgt å bruke bistandsbehov som indikatorer for kompleksiteten i behovene. Utfordringen med denne indikatoren er at den ikke sier noe om hvilke kompetansebehov økt kompleksitet i tjenestene gir.

På dette området må vi derfor støtte oss på andre studier som har studert utviklingen i kompleksitet og kompetansebehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Utfallsdata som sier noe entydig om kvalitet som kan knyttes til kapasitet og kompetanse er også vanskelig å bruke. Vi har vurdert reinnleggelser og overliggerdøgn som mulige indikatorer.

Overliggerdøgn har en sammenheng med kommunenes mottakskapasitet som igjen kan knyttes til årsverk og kompetanse. Derfra til å si noe om pasientkvaliteten er verre. Overliggerdøgn henger sammen med hva pasienten kan skrives ut til. Det siste kan ha sammenheng med reinnleggelser.

Samtidig skriver Helsedirektoratet i sin omtale av reinnleggelse som indikator at «noen reinnleggelser kan skyldes at pasientens sykdomsbilde krever tett oppfølging og hyppigere sykehusinnleggelser, og vil da kunne være en del av god pasientbehandling».

Resultatene kan også være påvirket av hvilke behandlings- og pleietilbud pasienten får etter utskrivning, det vil si i primærhelsetjenesten. Utfordringen er at dataene ikke skiller mellom reinnleggelser som er «god» pasientbehandling og reinnleggelser som skyldes mangelfull behandling i primærhelsetjenesten.

Videre er det brudd i statistikken fra 2016 til 2017, og med mange små kommuner blir antall utskrivninger få og kan være preget av tilfeldigheter. Vi har derfor ikke presentert eller lagt vekt på analyser der vi har forsøkt å koble årsverk og kompetansesammensetning til reinnleggelser. Vi tror det er mulig å gjøre mer på dette området, men at det da er nødvendig å vurdere kvalitet over tid og inkludere flere variable.

2.5 Supplerende datainnhenting

Som en del av utredningen er det gjennomført en intervjuundersøkelse i 8 kommuner. Undersøkelsen er presentert i kapittel 6, der vi også redegjør for utvalget og den metodiske tilnærmingen for undersøkelsen.

I tillegg er det gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse rettet mot sykepleiere som arbeider i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund, og er sendt til medlemmer som er registrert med kommunehelsetjenesten som arbeidssted. Det er inngått en databehandlertavtale mellom Norsk Sykepleierforbund og Vista Analyse om bruk av uttrekk fra medlemsregisteret, og sikring av individdata. Respondentene er sikret full anonymitet og det vil ikke bli gitt ut data som gjør det mulig å identifisere noen av respondentene. Alle individdata vil bli slettet etter prosjektet er ferdigstilt.

Spørreundersøkelsen ble sendt til 24 100 sykepleiere tidlig i januar 2022. Spørreundersøkelsen var rettet mot ansatte i institusjon, heldøgns omsorg (bofellesskap, jf. kap 2) og hjemmetjenesten. Undersøkelsen ble påbegynt av over 8000, og omtrent 6200 respondenter besvarte hele spørreundersøkelsen på tvers av institusjon, heldøgns omsorg og hjemmetjenesten. Se kapittel 5 for en nærmere beskrivelse og rapportering av resultatene.

Begge undersøkelsene er godkjent av Vista Analyses personvernombud og følger vanlig praksis og krav til denne type undersøkelser. Oversikt over respondenter, frafall og andre kjennetegn ved respondentene i spørreundersøkelsen er gitt i vedlegg B. Spørreskjema finnes i vedlegg A.

3 Utviklingen i innhold og omfang

En forståelse av hva som driver veksten og innholdet i tjenestene, er viktig for å kunne vurdere sammenhengen mellom behov og utviklingen i årsverk og kompetanse. I dette kapitlet presenterer vi resultatene fra gjennomgangen av relevant statistikk og funn fra andre undersøkelser der utviklingen i behov og etterspørsel etter kommunale helse- og omsorgstjenester er studert. Gjennomgangen er rettet mot de tre tjenestene som denne utredningen omhandler; sykehjem, heldøgns omsorg og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie).

Resultatene viser at utviklingen som ble beskrevet i Riksrevisjonens undersøkelse for perioden 2010 til 2015 (Riksrevisjonen, 2016) fortsetter. Både omfang og kompleksitet i tjenestene for perioden 2015 til 2020 viser en eskalerende vekst sammenliknet med perioden 2010 til 2015.

Oppsummert finner vi:

- En betydelig sterkere vekst i antall brukere fra 2015 enn befolkningsveksten og den demografiske utviklingen skulle tilsi
- Veksten i antall brukere kommer både innenfor somatikk og rus/psykiatri
- En kraftig vekst i antall brukere under 67 år. Dette gjelder særlig fra 2015
- En reduksjon i antall brukere over 80 år fra 2012 til 2020, på tross av vekst i antall innbyggere i aldersgruppen
- Brukere/pasienter er blitt mer krevende, med økt bistandsbehov for kommunenes del og økt DRG for sykehusene. Utviklingen med mer krevende brukere/dårligere pasienter fortsetter
- Flere pasienter behandles poliklinisk eller ved dagbehandling i spesialisthelsetjenesten, dette gir flere pasienter med kompliserte behov som må følges opp i kommunen
- Økt gjennomstrømning og stadig kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten gjør at flere utskrivningsklare pasienter er dårligere og krever mer spesialisert viderebehandling i kommunene. Økt i gjennomstrømning i spesialisthelsetjenesten forplanter seg videre til kommunehelsetjenesten
- Vekst i antall pasienter med stort behov for sammensatte og kompliserte tjenester der det er behov for mye utstyr, spesialiserte prosedyrer og krav til kompetanse. Dette krever stadig mer samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- En vridning i tjenestene der helsetjenester i hjemmet har tatt veksten, mens institusjonstilbudet er redusert.
- Mer kompliserte tjenester har kommet på bekostning av enklere tjenester
- Terskelen for å motta tjenester er økt. Dette gjelder særlig for eldre brukere over 80 år.
- Andelen i aldersgruppen 67 år og oppover som mottar helsetjenester i hjemmet og institusjonstilbud er fallende, med unntak av aldersgruppen over 90 år der andelen med institusjonstilbud er noenlunde stabilt.

Resultatene trekker i retning av at kapasiteten ikke har fulgt utviklingen i etterspørsel og behov. Med en større andel brukere med omfattende bistandsbehov øker også kompetansekravene til de som skal yte tjenestene. Bruk av institusjon, korttids- og langtids, er noe redusert i perioden og tilskrives en ønsket vridning fra institusjon til helsetjenester i hjemmet. En økende andel yngre brukere stiller større krav til bredden i kommunenes helsetilbud. Innbyggere over 80 år er en mer homogen gruppe i forhold til behovet for helse- og omsorgstjenester enn yngre grupper (Helsedirektoratet, 2017). Yngre brukere med omfattende bistandsbehov krever flere timer per uke, samtidig som de også kan ha mer sammensatte behov som krever helsefaglig kompetanse. Overføring av stadig dårligere pasienter fra sykehus stiller større krav til kompetanse og opplæring i kommunehelsetjenesten.

3.1 Utviklingen i kommunens samlede helse- og omsorgstjenester

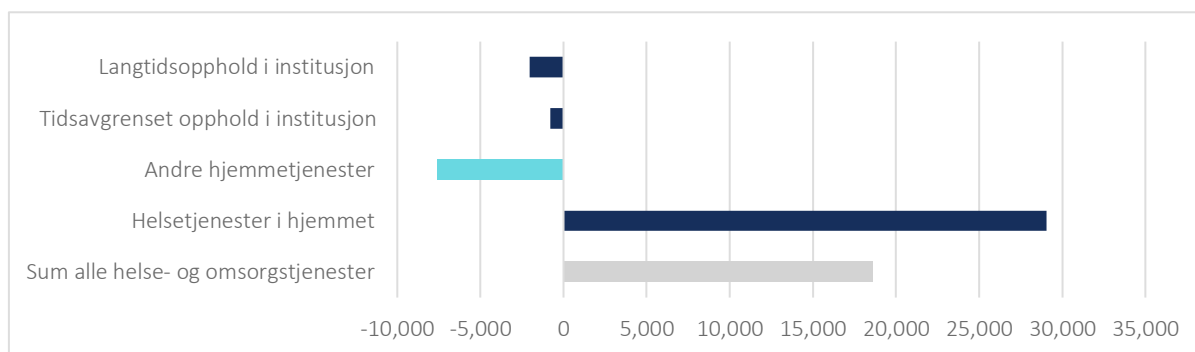
371 319 personer mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020. Dette utgjør 6,9 prosent av befolkningen. Av disse mottok 251 555 helsetjenester i hjemmet mens 45 933 personer ble registrert med tjenesten langtidsopphold i institusjon (Helsedirektoratet, 2021). Det er registrert 63 400 brukere med korttids institusjonsopphold i løpet av 2020. Helsetjenester i hjemmet er den tjenestekategorien som har hatt desidert størst vekst målt i antall brukere gjennom de siste årene med en vekst på 50 000 brukere fra 2012.

Praktisk hjelp i til daglige gjøremål har til sammenlikning hatt et fall på 18 000 brukere fra 2012 til 2020. Mens praktisk bistand i utgangspunktet ikke avhenger av helsefaglig kompetanse, krever naturlig nok helsetjenester i hjemmet helsefaglig kompetanse.

Tallene over refererer til antall brukere gjennom året, der samme person kan være registrert med mer enn en tjeneste gjennom året. I tillegg til å registrere antall brukere gjennom året, registreres også antall brukere som til enhver tid mottar tjenester. Dette gjøres ved å registrere antall brukere den siste dagen i året, 31.12 (øyeblikksbilde). Øyeblikksbilde sier noe om kapasiteten og hvor mange som til enhver tid mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Ser vi på øyeblikksbilde mottok 290 000 personer helse- og omsorgstjenester fra kommunen 21.12.2020. 70 prosent av disse brukerne dekkes av tjenestene som denne utredningen er rettet mot. De øvrige dekkes av andre tjenester i hjemmet, brukerstyrt personlig assistent og en rekke andre tjenester som i begrenset grad krever helsefaglig kompetanse på samme nivå som helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester.

Figur 3.1 viser hvordan veksten i antall brukere fordeler seg mellom de ulike tjenestene. De mørkeblå søylene viser tjenestene som dekkes av denne utredningen mens den turkise søylen viser andre tjenester. Som vi ser, har det vært en reduksjon i enklere tjenester som i mindre grad krever helsefaglig kompetanse, mens det har vært en sterk vekst i helsetjenester i hjemmet. Den grå søylen viser endringen i antall brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene totalt.

Figur 3.1 Endringer i bruk av ulike helse- og omsorgstjenester fra 2012 til 2020 per 31.12

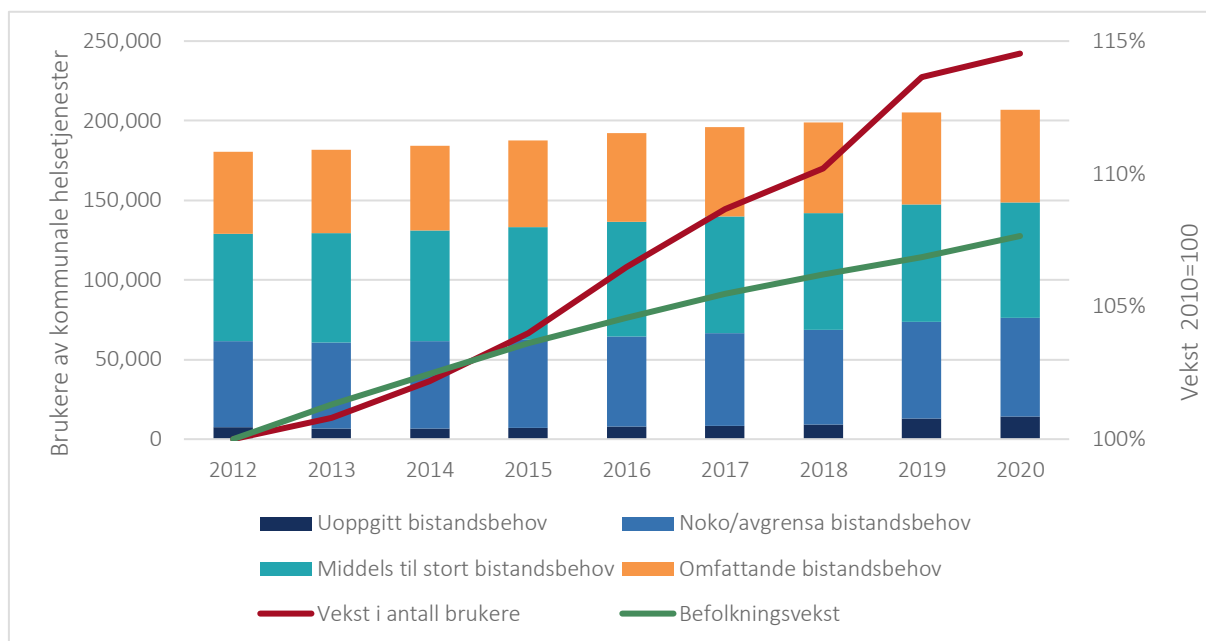


Kilde: Statistikkbanken tabell 06971

3.2 Helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester

Figur 3.2 viser antall brukere som mottar *helsetjenester i hjemmet eller institusjonstjenester* etter bistandsbehov per 31.12 for perioden 2012 til 2020. Helsetjenester i hjemmet inkluderer tjenestemottakere med heldøgns omsorg og tjenestemottakere i bofellesskap som mottar helse-tjenester (jf. kapittel 2.2). Figuren viser også den samlede veksten for antall brukere av disse tjenestene (rød line) og befolkningsveksten (grønn linje) for den samme perioden.

Figur 3.2 Brukere av kommunale helsetjenester inkludert institusjonstjenester etter bistandsbehov per 31.12, 2012-2020. Vekst i brukere og befolkningsvekst



Kilde: Statistikkbanken tabell 06971

Antall brukere øker i takt med befolkningsveksten fram til 2015. Fra 2015 er veksten i antall brukere betydelig sterkere enn befolkningsveksten. Veksten i antall brukere med omfattende bistandsbehov ligger også godt over befolkningsveksten.

I 2020 viser data fra SSB/Statistikkbanken; 42 714 institusjonsbrukere per 31.12 mot 48 410 institusjonsbrukere på samme tidspunkt i 2012. Helsedirektoratet viser i sin rapport om de kommunale helse- og omsorgstjenestene for 2020 litt flere brukere, 42 482 (Helsedirektoratet, 2021). Dette gir en differanse mellom disse to kildene på under 1 prosent i 2020, og er ikke vesentlig. Det er større sprik i ulike kilder mht antall institusjonsbrukere i 2012, men det ser vi i første omgang bort fra.

Helsetjenester i hjemmet har økt med nær 30 000 tjenestemottakere i perioden og har dermed mer enn kompensert for nedgangen i antall institusjonsplasser.

Videre i dette delkapitlet ser vi nærmere på innholdet i den observerte veksten, og mulige forklaringer bak den økte veksten fra 2015. Kunnskap om innholdet i veksten er viktig for å kunne vurdere hvilken kapasitet og kompetanse som kreves for å kunne møte brukerne med ønsket kvalitet.

3.2.1 Vekst i antall og andel brukere med omfattende bistandsbehov

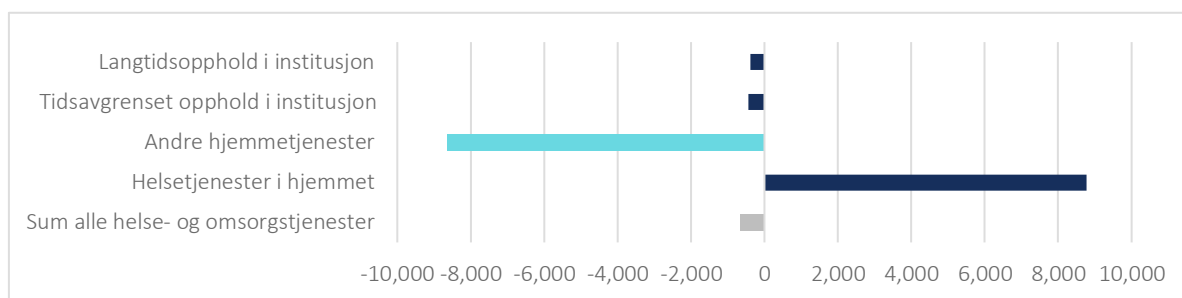
I Figur 3.2 er tjenestemottakerne delt inn i fire kategorier etter funksjonsnivå/bistandsbehov: «noe bistandsbehov», «middels til stort bistandsbehov» og «omfattende bistandsbehov» i tillegg til uoppgitt bistandsbehov (Helsedirektoratet, 2020). Det er kommunene som vurderer og fastsetter bistandsbehov. Fastsettelsen danner grunnlaget for å kunne vurdere tiltak, omfang og innhold, og å gjøre vedtak om hvilket tilbud den enkelte skal få.

Som det framgår av figuren, har det vært en endring i andelen tjenestemottakere innenfor de ulike bistandskategorier fra 2012 til 2020. Både *antallet og andelen brukere med omfattende bistandsbehov har økt*. Dersom vi kun ser på mottakere av helsetjenester i hjemmet, finner vi en vekst på hele 31

prosent i antallet brukere med omfattende behov fra 2012 til 2020. Det har også vært en vridning fra institusjon til hjemmebaserte tjenester (jf. Figur 3.3). Dette har vært en ønsket vridning som innebærer at veksten i tjenestemottakere med behov for helsehjelp, også i gruppen med omfattende bistandsbehov, har kommet i hjemmetjenesten (jf. Figur 3.4).

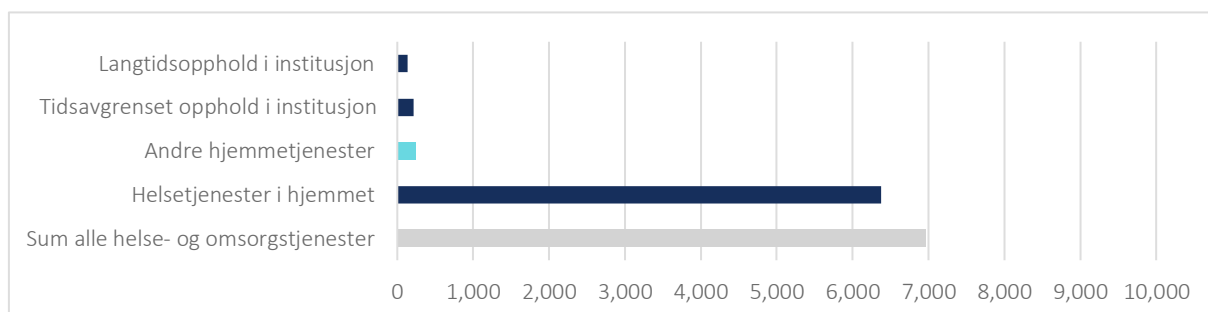
Endringene i tjenestemottakernes behov og i de ulike tjenestekategoriene er vist i Figur 3.3 og Figur 3.4. Vi ser at det samlet sett har vært en reduksjon i antall tjenestemottakere totalt med avgrenset bistandsbehov, men at det har vært en vridning fra andre hjemmetjenester til helsetjenester i hjemmet. Videre ser vi at antall brukere med omfattende bistandsbehov har økt totalt, også for andre hjemmetjenester. De to figurene samlet gir en klar indikasjon på at terskelen for å motta helse- og omsorgstjenester fra kommunen har økt. Figurene viser også tydelig at etterspørselen etter tjenester som krever helsefaglig kompetanse har økt kraftig. Antall brukere med et avgrenset behov for andre hjemmetjenester, er redusert tilsvarende, og vel så det. Reduksjonen reflekterer neppe en reell nedgang i etterspørselen etter disse tjenestene. En mer sannsynlig forklaring er at det er tilbudsbegrensninger, dvs at kommunene har redusert tilbudet av andre enklere tjenester for å kunne ivareta personer med behov for helsetjenester og personer med mer omfattende bistandsbehov.

Figur 3.3 Endring 2012-2020 i antall brukere med avgrenset bistandsbehov fordelt på tjenester



Figur 3.4 støtter opp under en hypotese om at det er tilbudsbegrensninger, og ikke en reduksjon i etterspørslene eller behov for tjenester som forklarer nedgangen i institusjon og andre hjemmetjenester for personer med et avgrenset bistandsbehov. Figuren viser en kraftig vekst i alle kategoriene for personer med omfattende bistandsbehov, men med en desidert størst vekst for helsetjenester i hjemmet.

Figur 3.4 Endring 2012-2020 i antall brukere med omfattende bistandsbehov fordelt på tjenester



Kilde: Statistikkbanken tabell 06971

Figurene over viser ytterpunktene i registrerte bistandsbehov. Kategorien middels stort bistandsbehov har en reduksjon i langtids institusjon på over 2000 bruker, og omtrent dobbelt så stor reduksjon i tidsavgrenset institusjon som vises i Figur 3.3 for brukere med avgrenset bistandsbehov. Helsetjenester

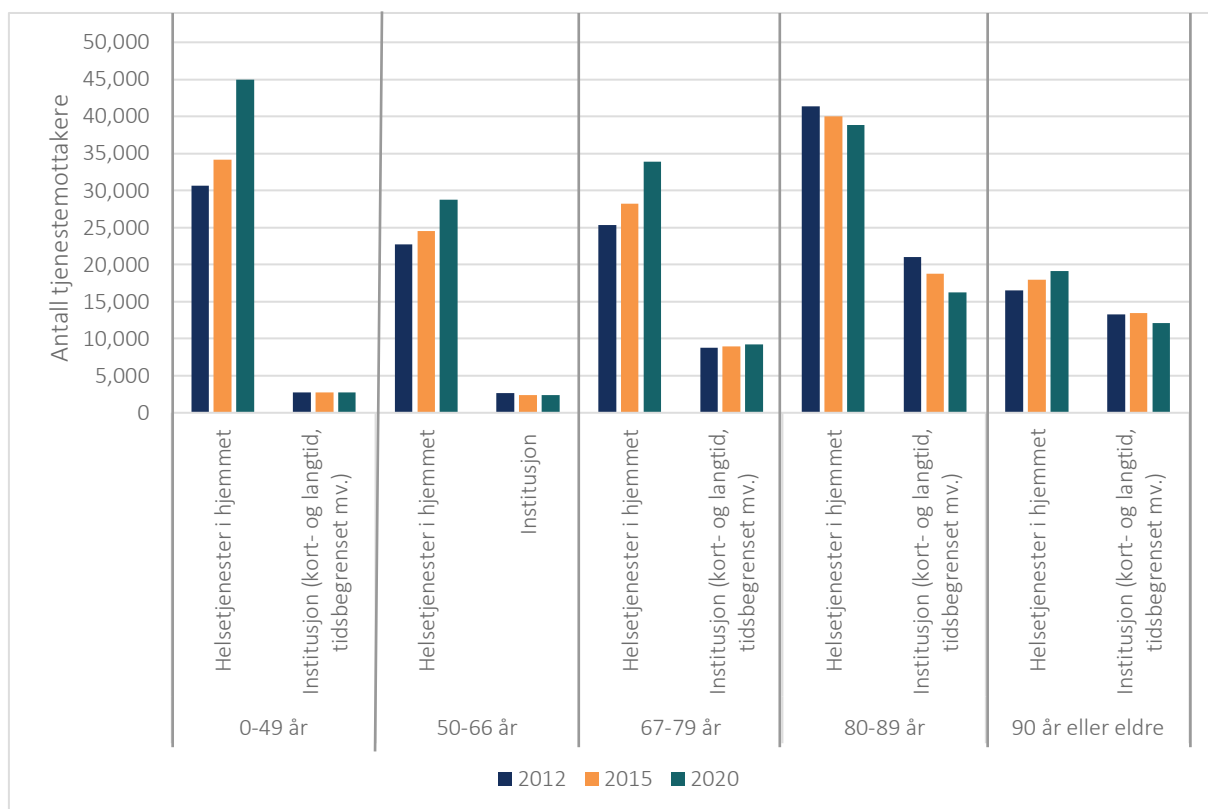
i hjemmet har den største veksten også i gruppen med middels bistandsbehov, mens andre hjemmetjenester har en vekst som tilsvarer 18 prosent av reduksjonen i brukere med et avgrenset bistandsbehov. Selv om det tas hensyn til at det ikke er oppgitt bistandsbehov for 9 prosent av brukerne i 2020, er andelen brukere med økt bistandsbehov økt på bekostning av brukere med et avgrenset bistandsbehov.

3.2.2 Aldersfordelt utvikling fordelt på utredningens tre tjenester

Perioden 2012 til 2020 har også vært preget av en sterk vekst i tjenestemottakere under 67 år, og da særlig med en kraftig vekst i tjenestemottakere under 49 år fra 2015 til 2020. Figur 3.5 viser øyeblikksbilde per 31.12 for årene 2012, 2015 og 2020 der tjenestemottakere er fordelt etter alder og bruk av hhv. Institusjon og helsetjenester i hjemmet. Helsetjenester i hjemmet inkluderer brukere i bofellesskap med tilknyttet personalbase og heldøgns omsorg utenfor institusjon (jf. kapittel 2.2.2). Det har også vært en vekst i bruk av helsetjenester i hjemmet for aldersgruppen 50 til 79 år, med en nedgang i både institusjonsbruk og helsetjenester i hjemmet for aldersgruppen 80 til 89 år. Også for den eldste gruppen (over 90 år), er det en reduksjon i institusjonsbruk fra 2015 mens det er en svak vekst i hele perioden i bruk av helsetjenester i hjemmet.

Utviklingen i antall brukere av institusjon og helsetjenester i hjemmet for ulike aldersgrupper er vist i Figur 3.5.

Figur 3.5 Tjenestemottakere per 31.12, fordelt på institusjon og helsetjenester. Aldersfordelt



Kilde: Statistikkbanken tabell 11645

Som det framgår av figuren over har den største veksten kommet i aldersgruppen under 50 år. Hele 60 prosent av den observerte veksten drives av denne aldersgruppen. Tar vi med aldersgruppen 50 til 66

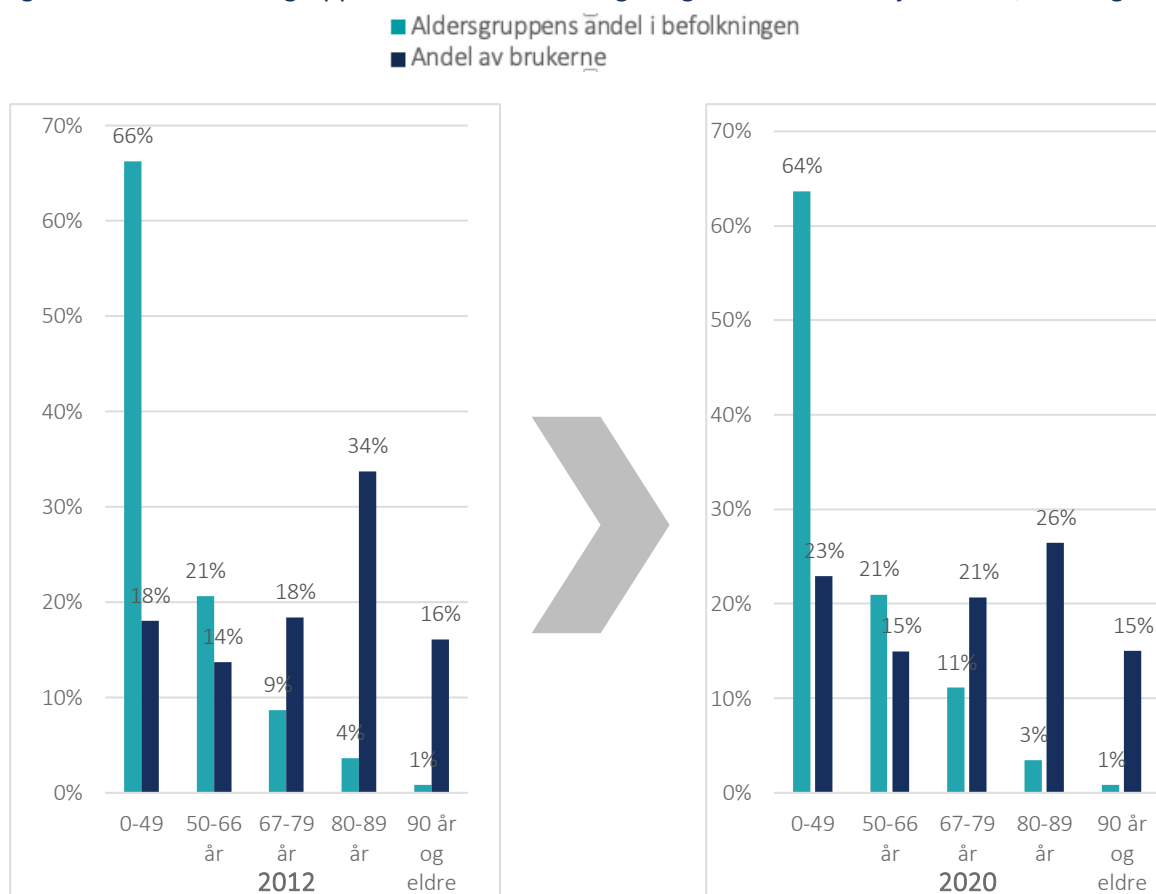
år, så forklarer veksten i antall brukere under 67 år så mye som 85 prosent av den samlede veksten i tjenestene.

Veksten i brukere under 67 år er dermed den viktigste forklaring bak en høyere vekst i antall mottakere av helsetjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn befolkningsveksten skulle tilsi.

For de eldste aldersgruppene finner vi størst vekst i aldersgruppen 67-79. Denne gruppen står for i underkant av 40 prosent av den samlede veksten i tjenestemottakere og 42 prosent av befolkningsveksten. Den observerte veksten i denne aldersgruppen skyldes dermed at det er blitt tilsvarende flere innbyggere i aldersgruppen. For aldersgruppen 80 til 89 år har det vært en nedgang i antall tjenestebrukere. Nedgangen reduserer den samlede veksten med 30 prosent. Aldersgruppene representerer også en minimal andel av befolkningsveksten, men det har likevel vært en vekst i antall innbyggere i aldersgruppen. Dette viser at aldersgruppen 80 til 89 har hatt en betydelig reduksjon i bruken av helse- og institusjonstjenester.

Befolkningsveksten for den eldste gruppen har vært sterkere, noe som også viser seg i vekst i antall tjenestemottakere. Veksten i antall tjenestemottakere over 90 år forklarer likevel kun 6 prosent av veksten, mens aldersgruppen har 13 prosent av befolkningsveksten. Dette betyr at også den eldste gruppen har en reduksjon i andelen i aldersgruppen som mottar tjenester fra kommunen. Veksten i antall og andel yngre tjenestemottakere framgår tydelig av Figur 3.6. I figuren vises hhv aldersgruppens andel av befolkningen og aldersgruppens andel av brukerne av de aktuelle tjenestene i 2012 og 2020.

Figur 3.6 Aldersgruppens andel i befolkningen og brukerandel av tjenestene, 2012 og 2020



I 2012 utgjorde aldersgruppen under 49 år 66 prosent av befolkningen og 18 prosent av brukerne av institusjon- og helsetjenester. I 2020 er aldersgruppens andel av befolkningen falt til 64 prosent mens gruppens andel av brukerne er økt til 23 prosent.

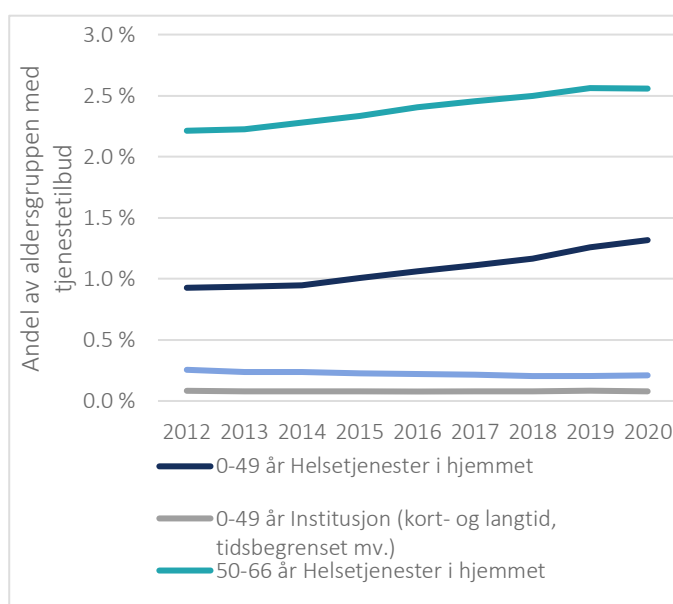
På tross av en høy brukervekst i aldersgruppen under 67 år, er fremdeles aldersgruppen over 67 år den største brukergruppen med 63 prosent av tjenestemottakerne i 2020.

Den observerte veksten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom de siste 10 årene kan dermed ikke forklares med en aldrende befolkning. Antall brukere over 80 år er redusert med i underkant av 5700 brukere. Eldrebølgen ligger fremdeles foran oss på nasjonalt nivå selv om en stor andel av landets kommuner står midt i eldrebølgen som følge av en annen befolkningssammensetning enn det vi finner på nasjonalt nivå.

3.2.3 Økt andel i de yngre aldersgruppene med behov for helsetjenester i hjemmet

Veksten i brukere under 67 år skyldes både en større andel med tjenestebehov i aldersgruppen og befolkningsvekst. I Figur 3.7 vises andelen mottakere av hhv. helsetjenester i hjemmet og institusjonstjenester for aldergruppene under 67 år.

Figur 3.7 Andel med tjenester i aldersgruppen under 67 år



Andelen med institusjonstjenester viser et svakt fall samtidig som det er en svært liten andel i de yngste aldersgruppene som er på institusjon. Dette er i tråd med politiske målsettinger.

Andelen som mottar helsehjelp i hjemmet i aldersgruppen 0-49 er også liten, men som figuren viser har andelen tjenestemottakere i denne aldersgruppen økt. I en undersøkelse gjennomført av SINTEF om årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester, vises det til flere forklaringer bak en vekst i antall unge brukere (Andrews, et al., 2021). Blant annet pekes det på brukere med rusproblemer

og/eller psykiske helseutfordringer, herunder unge med blant annet alvorlige spiseforstyrrelser. Videre viser de til kommuner som har erfart vekst i tjenester til brukere med psykisk utviklingshemming.

Flere som overlever og vokser opp med skader i forbindelse med ulykker forklarer også en del av veksten. Videre ser vi at demenssykdom også rammer den yngre delen av befolkningen (Helsedirektoratet, 2018). I en undersøkelse av bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år, fant Helsedirektoratet at psykiske lidelser er den vanligste diagnosen blant barn og unge som har mottatt helsetjenester i hjemmet. I alt 17 prosent av gruppen hadde en eller flere diagnoser relatert til psykiske lidelser. Dernest kom personer med utviklingshemming med 9 prosent mens neurologiske lidelser og ruslidelser utgjorde henholdsvis 3 og 5 prosent (Helsedirektoratet, 2019).

Veksten i yngre brukere med andre helseutfordringer og behov enn det som tradisjonelt har vært knyttet til eldreomsorgen, stiller også andre krav til kompetanse i kommunehelsetjenesten. En konsekvens av utviklingen som er skissert i dette avsnittet er krav om større heterogenitet med kompetansekrav på flere områder enn det som krevdes tidligere da tjenestene i all hovedsak var rettet mot eldre.

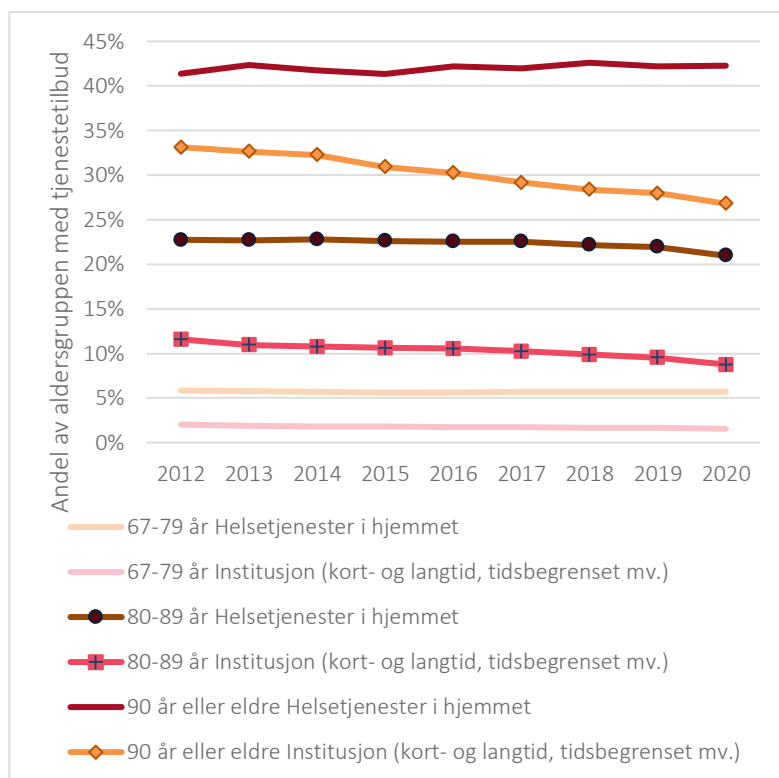
3.2.4 Befolkningsdrevet utvikling for de eldre og høyere terskel for å få tjenester

Ser vi på utviklingen i befolkningsandelen som mottar helsetjenester i hjemmet eller institusjonstjenester i de eldre aldersgruppene får vi et annet bilde. Her finner vi et kraftig fall i andelen tjenestemottakere i institusjon i aldersgruppen 90 år og eldre. I 2012 mottok 33 prosent institusjonstjenester i denne aldersgruppen mot 27 prosent i 2020. Andelen som mottar helsetjenester i hjemmet, har vært stabil gjennom perioden og svinger mellom 41 og 42 prosent. Færre med institusjonstjenester er med andre ord ikke kompensert fullt ut med helsetjenester i hjemmet. Bedre helse og mindre behov for bistand, kan være en mulig forklaring bak en mindre andel som mottar enten institusjon- eller helsetjenester i hjemmet for denne gruppen. Ser vi på statistikken over registrerte bistandsbehov blant de som mottar hjemmetjenester i denne aldersgruppen, finner vi en økning på 15 prosent i gruppen med omfattende bistandsbehov fra 2014 til 2020 mens det er et fall i gruppen med noe/avgrenset bistandsbehov på 13 prosent. Tallene inkluderer de som mottar praktisk bistand.

Det er altså en større andel med omfattende bistandsbehov som mottar hjemmetjenester i 2020 enn det var i 2014 i aldersgruppen over 90 år, og en mindre andel i denne aldersgruppen som mottar institusjonstilbud eller helsetjenester i hjemmet. Dette er en sterk indikasjon på at terskelen for å få plass på institusjon er blitt høyere for aldersgruppen over 90 år, og at færre institusjonsplasser ikke i tilstrekkelig grad er kompensert med helsetjenester i hjemmet for den eldste gruppen. Enklere tjenester i hjemmet er erstattet med mer omfattende helsehjelp i hjemmet og færre brukere over 80 år får et tilbud fra kommunen.

Undersøkelsen blant sykepleiere i sektoren bekrefter at det er blitt vanskeligere å få institusjonsplass i kommunene, og at terskelen for å få hjelp i hjemmet også er økt i de aller fleste kommuner (jf. Figur 5.31. side 98 og kapittel 5.2).

Figur 3.8 Andel med tjenester i aldersgruppen 67 år og eldre



For aldersgruppen 80- 89 år finner vi i likhet med aldersgruppen 90 år og eldre, ett tydelig fall i andelen som mottar institusjonstjenester. For denne aldersgruppen finner vi også et svakt fall i andelen som mottar helsetjenester i hjemmet. Heller ikke i denne aldersgruppen finner vi grunnlag for å kunne anta at bedre helse og mindre behov for helsehjelp forklarer reduksjons i antall tjenestemottakere. Dette begrunnes med en økning i hjemmetjenestebrukere med omfattende behov på 9 prosent, og en reduksjon i brukere med noe/avgrenset behov på 23 prosent. Andelen

med uoppgitte bistandsbehov er høyere for denne aldersgruppen, men selv om det korrigeres for

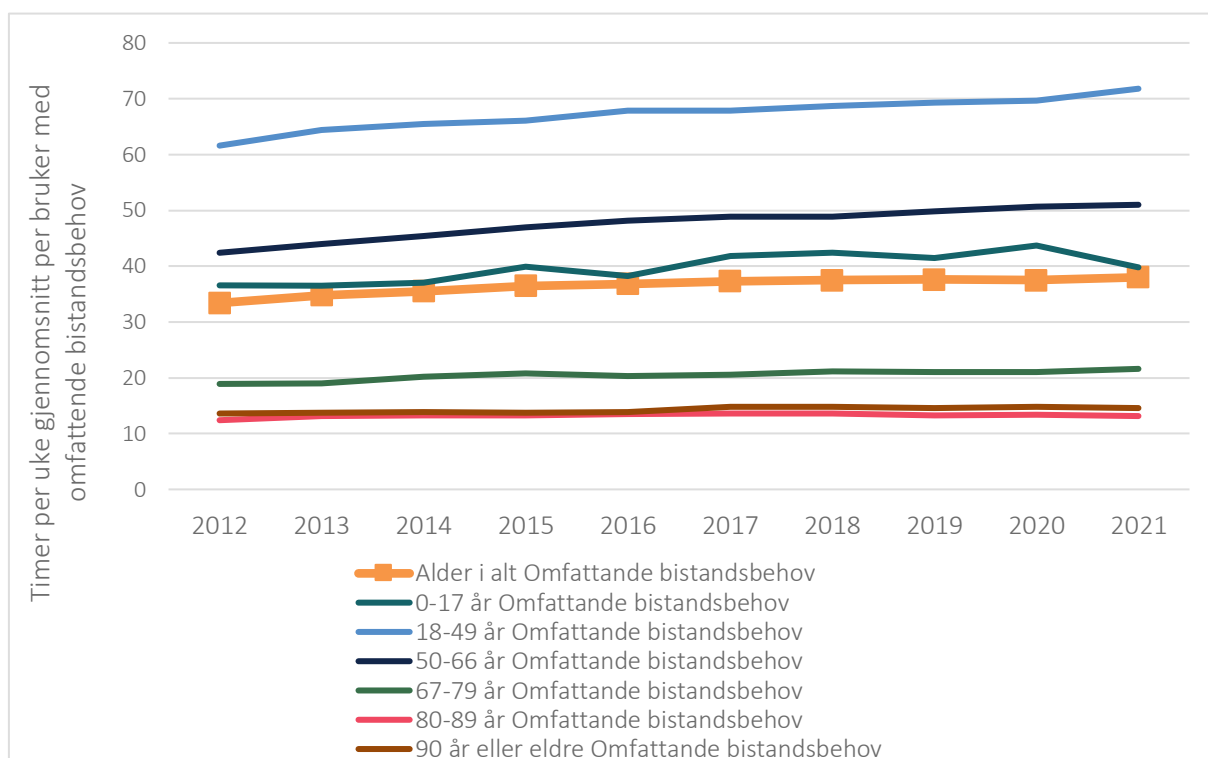
usikkerhet knyttet plasseringen av denne gruppen, er det en økning i brukere med omfattende behov på bekostning av brukere med mindre behov. Som nevnt foran er det også færre brukere av disse tjenesten i aldersgruppen 80-89 i 2020 enn det var i 2012.

For aldersgruppen 67-79 år er både andelen som mottar institusjonstjenester og andelen som mottar helsetjenester i hjemmet noenlunde stabil. Veksten i denne aldersgruppen skyldes store årskull i aldersgruppen. Det er i denne gruppen de store etterkrigskullene ligger, og som må forventes å gi et økende press på kommunenes helse- og omsorgstjenester framover.

3.2.5 Tildelte timer – en økende andel timer går til de yngre årsklassene

Et sentralt trekk i utviklingen fra 2012 er som vi har vist over, et stadig økende behov etter helsetjenester i hjemmet i de yngre aldersgruppene. Ser vi på gjennomsnittlig antall tildelte timer i hjemmetjenesten totalt etter bistandsbehov, finner vi at yngre brukere tildeles flere timer enn eldre brukere med samme bistandsnivå. Det har også vært en vekst i gjennomsnittlig antall tildelte timer innenfor hver bistandskategori. Dette framgår av Figur 3.9. Figuren viser kun timefordeling til brukere med omfattende bistandsbehov, men vi finner samme utvikling i de øvrige kategoriene.

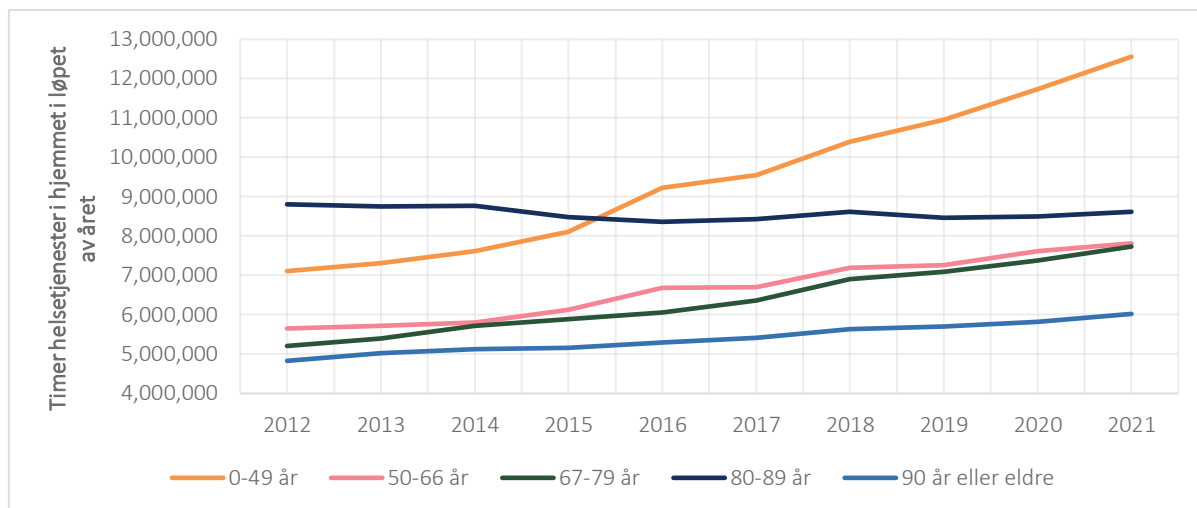
Figur 3.9 Aldersfordelt gjennomsnittlig antall timer per uke til brukere med omfattende behov



Kilde: SSB- statistikkbanken tabell 09933

Med en vekst i antall og andel yngre brukere, vekst i brukere med omfattende bistandsbehov, vekst i antall brukere som følge av befolkningsvekst og en vridning fra institusjonstjenester til helsetjenester i hjemmet, er det også rimelig at det er en vekst i antall tildelte timer til helsehjelp i hjemmet. Her minner vi om at tjenestemottakere i bofellesskap og omsorgsboliger inngår i hjemmetjenestene.

Figur 3.10 Timer helsetjenester i hjemmet fordelt på aldersgrupper



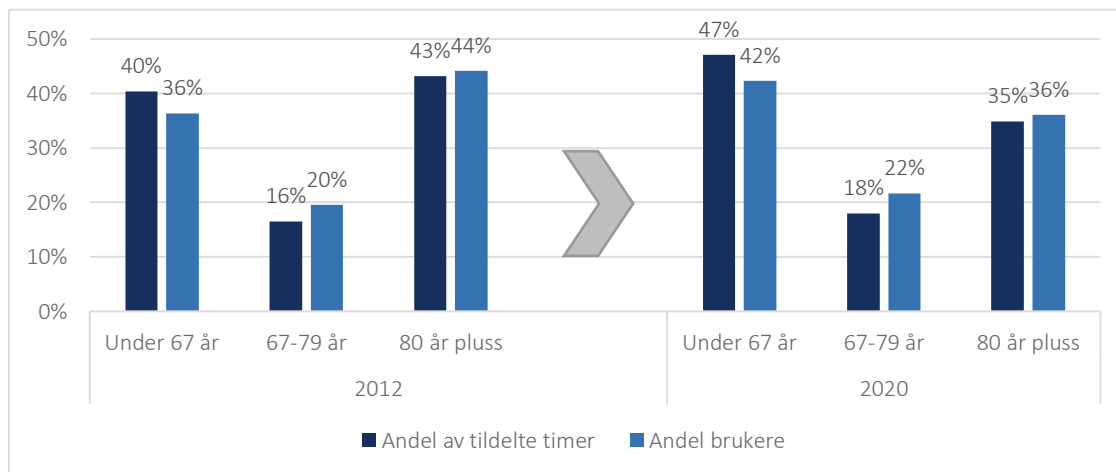
Kilde: SSB Statistikkbanken tabell 11643

Figur 3.10 viser veksten i tildelte timer helsehjelp i hjemmet fordelt på aldersgrupper. Aldersgruppen 19-49 år er den gruppen som mottar flest timer helsehjelp i hjemmet fra kommunen med aldergruppen 80 til 89 år som nummer to. Det er verdt å merke seg veksten i timer som går til de tre yngste aldergruppene med tanke på behovsutviklingen framover. Bistandsbehovet øker normalt med alder, samtidig andelen med tjenestebehov også øker med alder.

3.2.6 Oppsummering: vridning i alderssammensetning, behov og vekst i tildelte timer per tjenestemottaker

I Figur 3.11 har vi oppsummert aldersfordelingen av tildelte timer og andelen brukere av helsetjenester i hjemmet. Som det framgår av figuren, nærmer aldergruppen under 67 år seg halvparten av tildelte timer selv om andelen av de som mottar helsetjenester i hjemmet gjennom året er nærmere 40 prosent. Figuren tydeliggjør vridningen i aldersfordelingen for helsetjenester i hjemmet ved at 80 år pluss har falt i andel mens aldersgruppen under 67 år har økt i andel.

Figur 3.11 Aldersgruppers andel av tildelte timer av helsetjenester i hjemmet og andel brukere av totalt antall brukere med helsetjenester i hjemmet gjennom året, 2012 og 2020



Kilde: SSB Statistikkbanken

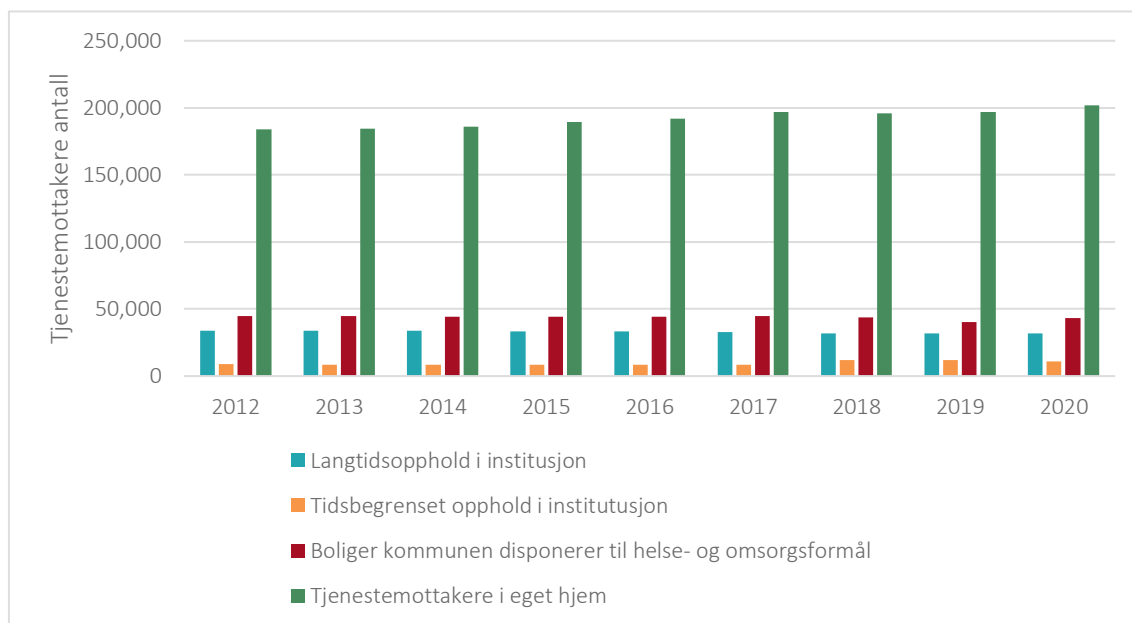
3.3 Tjenestemottakere fordelt på boformer og tjenestekategorier

Som vist i kapittel 2 ønsker vi å belyse utviklingen i heldøgns omsorg, institusjon og helsetjenester i hjemmet. I gjennomgangen foran er det ikke skilt mellom helsetjenester til hjemmeboende og helsetjenester til personer i bofellesskap eller andre omsorgsbolig med en tilknyttet personalbase.

Helsedirektoratet (2021, s. 24) har et eget temakapittel som omhandler heldøgns tjenestetilbud. Det framgår der at det ble rapportert **56 581 personer med heldøgntjenestetilbud i 2020**. Dette er en vekst fra 2019, men veksten må i første rekke tilskrives at det kun var 58 prosent av kommunene som rapporterte på dette punktet i 2019 mot 94 prosent i 2020. Vi vurderer dermed 2020-rapporteringen som nær komplett, men kan ikke bruke 2019-rapporteringen til å si noe om utviklingen fra 2019 til 2020. I og med det ikke er rapportert om heldøgns tjenestemottakere tidligere, har vi ikke historiske tall for denne kategorien.

Som vist i kapittel 2.2.2 er datagrunnlaget for å vurdere utviklingen i tjenestemottakere og -omfang for brukere i bofellesskap og omsorgsboliger mangelfullt. Fra 2020 har det også vært en omlegging i fordelingen av tjenestemottakere etter bosituasjon der rapporteringen nå skjer på grunnlag av tjenester som er aktive per 31.12. Dette i motsetning til tidligere der fordelingen ble gjort på grunnlag av både tjenesterapportering og opplysninger om bemanning knyttet til bolig. Det er derfor gjort en omlegging av rapporteringen for å indikere hvor personen bor utfra tjenestetilbudet per 31.12 (Helsedirektoratet, 2021, s. 25). Følgende figur illustrerer hvordan tjenestemottakerne er fordelt etter bosituasjon:

Figur 3.12 Tjenestemottakere per 31.12 etter bosituasjon



Kilde: (Helsedirektoratet, 2021, s. 25)

Helsedirektoratet presiserer i sin rapport at kategorien tjenestemottakere i eget hjem er en restpost for personer som ikke faller under andre kategorier etter bosituasjon og antas å bo i eget hjem. Kategorien i Helsedirektoratets oversikt inkluderer også andre tjenester i eget hjem enn helsetjenester. For å få et anslag over fordelingen mellom kategoriene vi har brukt for å fordele årsverk og kompetanse, bruker vi samme tilnærming som er brukt i Helsedirektoratet (2021). Som en forenkling forutsetter vi at samtlige tjenestemottakere i boliger kommunene disponerer til helse- og omsorgsformål, mottar helsetjenester under KOSTRA funksjon 254 som er oppgitt i Tabell 2.1. Resultatet av denne tilnærmingen er vist i Tabell 3.1

Tabell 3.1 Anslått fordeling av tjenestemottakere basert på Helsedirektoratet (2021)

Anslag for fordeling av brukere	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Institusjon samlet	42 901	42 210	42 253	41 994	41 786	41 244	43 841	43 804	42 665
Helsetjenester til tjenestemottakere i eget hjem	156 973	160 568	165 341	173 128	179 326	185 037	190 082	207 777	208 482
Helsetjenester til tjenestemottakere i boliger kommunen disponerer	44 846	44 772	44 188	44 014	44 454	44 529	43 775	40 031	43 073

Oppgitte tall for tjenestemottakere i boliger kommunen disponerer er trolig for lavt i 2019 grunnet endringer i innrapporteringen ved overgangen fra SSB til Helsedirektoratet. Det kan også være feilrapporteringer i 2018 og 2020. Kategorien dekker også boliger som ikke er bemannet med en personalbase, og er dermed ikke tilstrekkelig til å kunne si hvor mange tjenestemottakere som kan knyttes til årsverk som er rapportert under bofellesskap.

Abrahamsen, Berntsen, & Hoen (2022) har undersøkt det bemannede botilbudet i hjemmetjenesten basert på en kartlegging i kommunene i 2021. Formålet med undersøkelsen var å forsøke å tallfeste omfanget av boenheter i samlokaliserte boliger og bofellesskap med fast tilknyttet personell. Det ble identifisert 30 000 boenheter hvorav i underkant av 20 000 boenheter hadde en tilknyttet personalbase. De resterende boenhetene ble betjent av de ordinære ambulerende hjemmetjenestene på lik linje med hjemmeboende.

En boenhet har ofte plass til to personer, slik at par kan bo sammen lengst mulig. Kommunen gir søker enkeltvedtak om bemannet omsorgsbolig, begrunnet i helse- eller omsorgsbehov. Dersom beboer i tillegg, har behov for helse- og omsorgstjenester skal det gis egne enkeltvedtak om (Abrahamsen, Berntsen, & Hoen, 2022, s. 15).

Anslag på antall brukere i bofellesskap: 25 -30 000 tjenestemottakere

Dersom vi antar at antall tjenestemottakere i boliger kommunene disponerer ligger mellom 45 000 og 43 000 personer (jf. Tabell 3.1) og ser dette mot 30 000 boenheter, får vi i underkant av 1,5 beboere per boenhet. Med 20 000 boenheter med tilknyttet personalbase får vi et sted mellom 25 000 og 30 000 tjenestemottakere i boliger med tilknyttede personalbaser. Disse antas å også være i heldøgns omsorg. Registerdataene over årsverk i bofellesskap antas å være knyttet til disse brukerne.

Hvis antagelsene er riktige vil det være omtrent like mange tjenestemottakere med heldøgns omsorg i egne hjem eller boliger som ikke er tilknyttet en personalbase. I tillegg kan beboere i boenheter med tilknyttet personalbase motta tjenester fra den ambulerende hjemmetjenesten, og det er eksempler der personal fra en personalbase deltar i den ambulerende hjemmetjenesten.

Dersom anslaget på brukere i bofellesskap med bemanning er riktig, så er det omtrent like mange som mottar heldøgns omsorg i egne hjem (eller ubemannede boliger kommunen disponerer) som vi finner i bemannede boliger (bofellesskap).

3.3.1 Korttidsinstitusjon – et mangfold av tilbud og høy gjennomstrømning

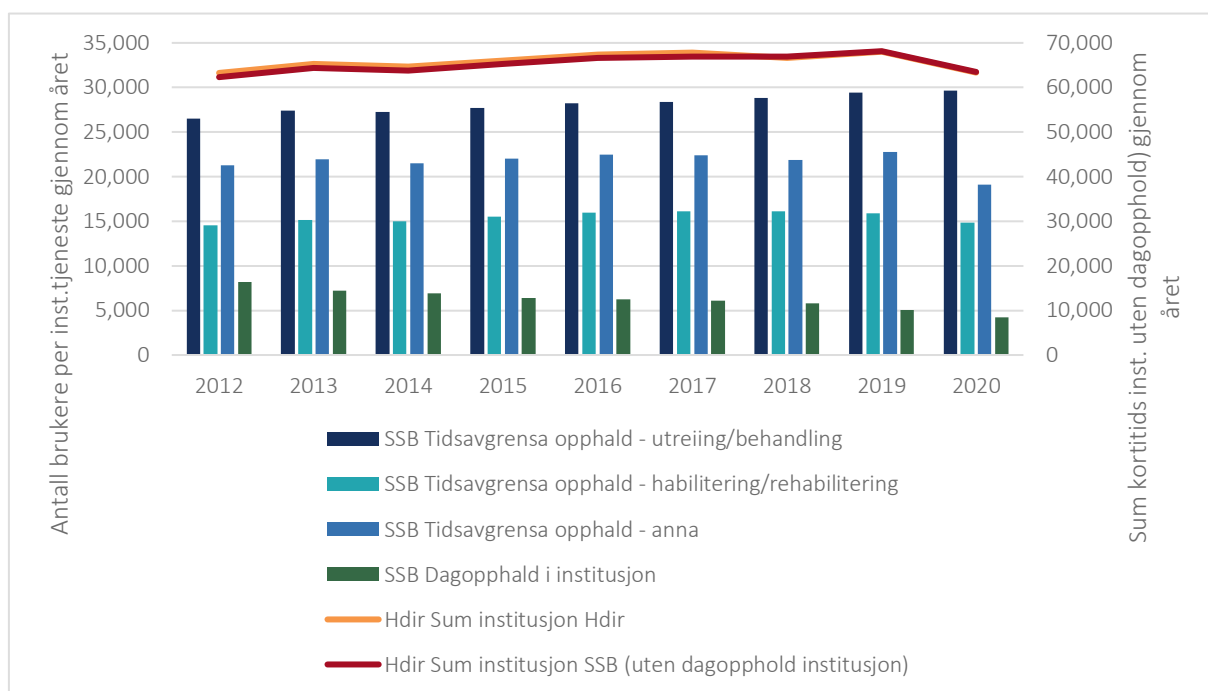
Formålet med tidsbegrensede opphold i institusjon kan være utredning og behandling, habilitering og rehabilitering eller annet. Bruk av tidsbegrensede institusjonsopphold økte etter at samhandlingsreformen trådte i kraft til nær 68 000 brukere gjennom året i 2019, med en nedgang i 2020.

Hvorvidt nedgangen skyldes koronasituasjonen eller om det har vært en reell nedbygging er uklart. Fra intervjuene framkommer det at kommuner som før koronasituasjonen mente at de hadde tilstrekkelig institusjonskapasitet og tilbud om langtidsplasser, har fått press på disse tjenestene som følge av lavere dødelighet. Korttidsplasser benyttes da som «venteplass» på langtidsplass, med mindre kapasitet i korttidstilbudet som resultatet.

Figur 3.13 viser utviklingen i antall tjenestemottakere med tidsavgrenset institusjonstilbud fordelt på utredning/behandling, habilitering/rehabilitering og annet. Det er noen avvik mellom ulike kilder, men forskjellene ligger på +/- 1 til 3 prosent. Sum korttidstilbud (linjen) blir tilnærmet uavhengig av kilde. I figuren er summen av de tre kategoriene vist i linjene der både data fra SSB og Hdir er tatt med. Figuren har også inkludert dagopphold institusjon. Dagopphold eller ikke inkludert i sum institusjon.

Figuren viser antall tjenestemottakere gjennom året. Antall tjenestemottakere per 31.12 ligger rundt 10 prosent av antall tjenestemottakere gjennom året. Gjennomstrømningen i denne tjenesten er dermed relativt høy sammenlignet med de øvrige tjenestene. For dagopphold er det omtrent halvparten så mange registrerte per 31.12 som gjennom året.

Figur 3.13 Antall tjenestemottakere gjennom året, korttids institusjon



Kilde: SSB Statistikkbanken, tabell 11642 og Hdir (2021)

Vi ser at kategorien utredning/behandling er den største kategorien, og at det heller ikke var nedgang i denne kategorien i 2020. Habilitering/rehabilitering øker fra 2012 til 2019, men begge disse kategoriene reduseres fra 2019 til 2020.

Utredning/behandling brukes både til å ta imot utskrivningsklare pasienter med tunge oppfølgingsbehov, og observasjon med behandling av personer som kan trenge døgnoppfølging eller behandling for en tidsavgrenset periode. Habilitering/rehabilitering tar også imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus for videre oppfølging. Den store kategorien annet, inneholder etter det vi skjønner et bredt spekter tjenestekategorier, hvorav flere er spesialiserte helsefaglige tilbud.

Innholdet i tilbudet i korttidsinstitusjon krever i de fleste tilfeller spesialisert helsefaglig kompetanse der det tilbys helsetjenester som for få år siden kun ble tilbudt i spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder også for helsetjenester i hjemmet, men korttids institusjon har kanskje i større grad en spesialisert funksjon enn hjemmetjenestene.

Korttidsavdelinger brukes ofte til palliativ behandling

Korttidsavdelinger brukes også til palliativ behandling. Palliativ behandling gis i tillegg i egne boliger, egne skjermede avdelinger eller egne tilpassede boliger/institusjoner.

Bruvik et al. (2017) viser at pasienter som ble overflyttet fra sykehus til sykehjem etter at samhandlingsreformen var innført, var eldre. De finner at flere døde på korttidsopphold ved sykehjem etter overføring fra sykehus. Forfatteren konkluderer med at dette trolig har konsekvenser for kompetanse og bemanningsbehov i sykehjem.

NOU 2017: 16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende, beskriver noen av tjenestekravene som følger med omsorg for døende. Pasientgruppen har mange og sammensatte utfordringer som krever helsetjenester på ulike nivåer og helsefaglig kompetanse. Det antas at tre fjerdedeler av de som dør, mottar kommunale helsetjenester. Det vurderes som avgjørende at tjenestetilbudet har høy kvalitet, og at det også er tilgjengelig hele døgnet. Det forventes at kommunene skal tilby tjenesten hjemme, og at det også skal være kapasitet til å ta imot døende i institusjoner der det er tilrettelagt for tjenesten.

Dødsårsaksregisteret viser at det det har vært en reduksjon i andelen som dør på sykehus fra 33 prosent i 2012 til 27 prosent i 2020. Deler av denne reduksjonen kan tilskrives samhandlingsreformen der eldre skrives ut fra sykehus til palliativ behandling i kommunehelsetjenesten.

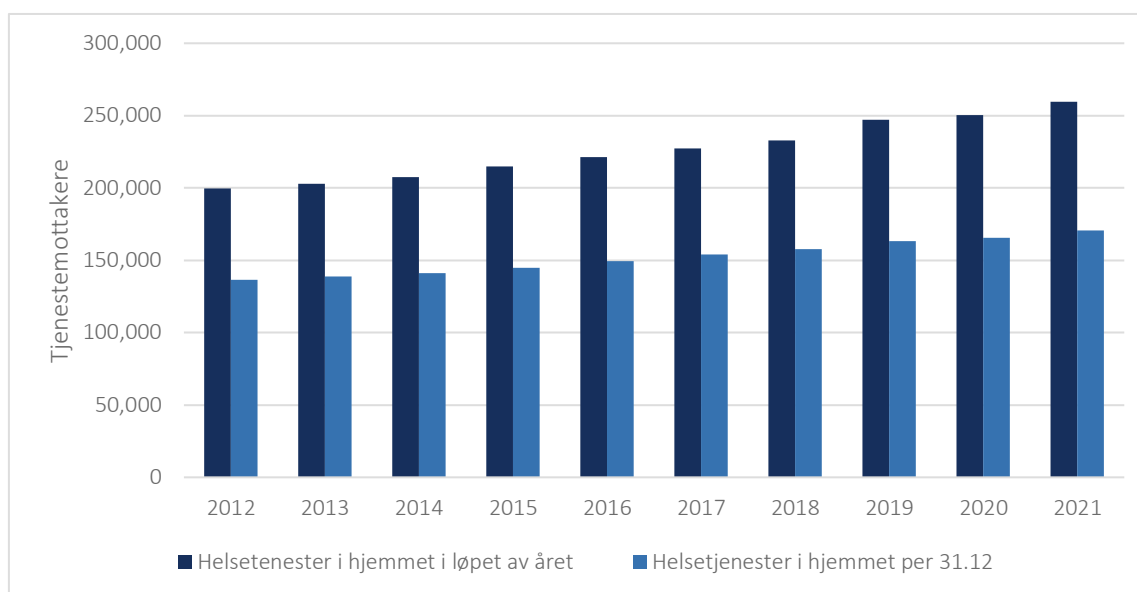
For årene 2016-2019 mottok 94 prosent av de som døde i aldersgruppen 90 år og eldre helsetjenester i hjemmet eller institusjonstilbud (sykehjem). Fire av fem av de som dør i aldersgruppen 60 år og oppover er enten på sykehjem eller mottar helsetjenester i hjemmet (SSB).

3.3.2 Økt gjennomstrømning også helsetjenester i hjemmet

Antall brukere per 31.12 gir et øyeblikksbilde av hvor mange brukere som til enhver tid mottar kommunale helsetjenester. Kapasitet og kompetanse forventes å tilpasses et gjennomsnittsbetegnelse som stemmer med øyeblikksbilde målt per 31.12. I tillegg er det også relevant å vurdere hvor mange brukere som mottar helsetjenester i løpet av året. Dette omtales som gjennomstrømning. For å kunne vurdere utviklingen i kapasitet og kompetanse i forhold til behov, er det interessant å se på utviklingen i gjennomstrømningen i forhold til grunnbelastningen målt per 31.12.

Følgende figur viser både gjennomstrømningen og grunnbelastningen av brukere som mottar *helsetjenester i hjemmet* i perioden 2012 til 2020.

Figur 3.14 Helsetjenester i hjemmet i løpet av året og per 31.12. 2012 til 2020



Kilde: Statistikkbanken tabell 11642: og tabell 11645

Antall brukere som mottar helsetjenester i hjemmet i løpet av året har økt med 50 000 fra 2012 til 2020 mens økningen i grunnbelastningen målt per 31.12 har økt med 30 000 brukere. Dette illustrerer at gjennomstrømmingene har økt. I perioden 2012 til 2020 har det vært en vekst i gjennomstrømmingen på 26 prosent mot en vekst i grunnbelastningen på 21 prosent.

En høy gjennomstrømning stiller ekstra krav til kompetanse og kapasitet i tjenestene.

3.4 Samhandlingsreformens bidrag til vekst og kompleksitet

I tillegg til befolkningsvekst og endringer i befolkningene, har også samhandlingsreformen påvirket innhold, omfang og kompleksitet i oppgavene for tjenestene. Det finnes etter hvert en rik litteratur, artikler, utredninger og forskning som har vurdert ulike konsekvenser av samhandlingsreformen. Det er en bred enighet om at pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen ofte er sykere nå enn det som var tilfelle før samhandlingsreformen. Antall utskrivninger til kommunehelsetjenesten økte særlig i den første perioden mens utviklingen i senere år er preget av en høy vekst i poliklinisk behandling og dagbehandlinger. Gjennomstrømningen i spesialisthelsetjenesten øker, og det utføres stadig mer avansert medisinsk behandling. Liggetiden for pasienter som legges inn går ned, og det er et økt tempo i utskrivningsprosessene (se blant annet SAMDATA).

Helsedirektoratet (2018) viser at den typiske pasient som skrives ut til kommunehelsetjenesten har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov om kommunale tjenester, har mer enn en sykdom. Gjennomsnittsalderen for utskrivningsklare pasienter i 2017 var 79 år.

I 2020³ var det totalt omtrent 76 400 utskrivningsklare pasienter. Dette er en reduksjon fra 2019. Reduksjonen tilskrives et lavere aktivitetsnivå som følge av korona-epidemien. Fra 2016 til 2019 økte antall utskrivningsklare pasienter fra 70 800 til 79 000. Antall utskrivningsklare opphold var på i

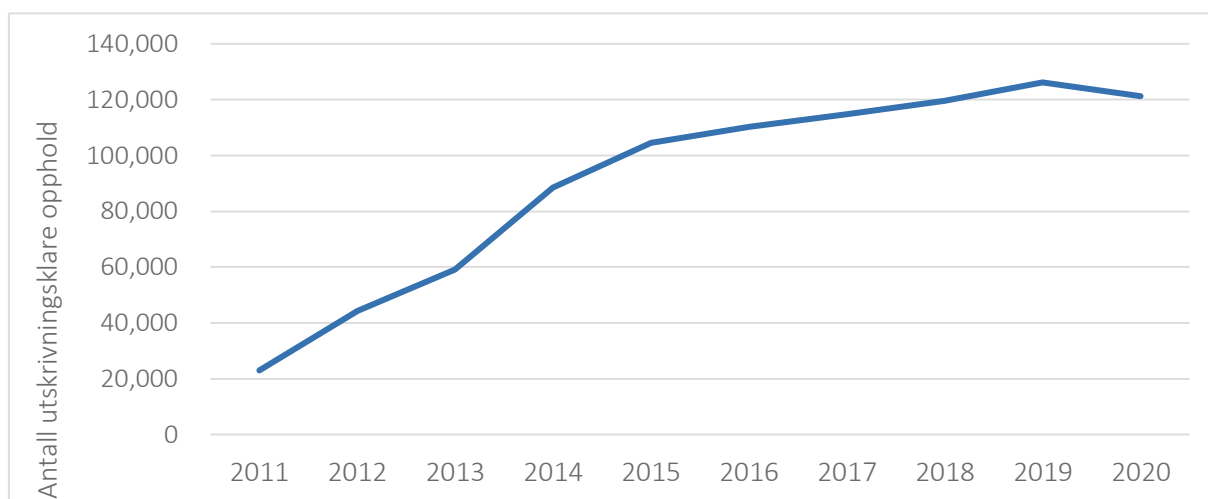
³ Tall i dette avsnittet er hentet fra Helsedirektoratet statistikk:

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/f6ee3122-67d3-4f53-abbf-091e199d039b?e=false&vo=viewonly>

underkant av 121 200 i 2020. Fra 2016 til 2019 økte antall utskrivningsklare opphold fra 110 300 til 126 200. Av alle utskrivningsklare pasienter var 83 prosent i alderen 67 år eller eldre i 2020. Denne andelen har vært noenlunde stabil i perioden 2016 til 2020.

Fra 2012 til 2015 økte antall opphold for utskrivningsklare pasienter fra 44 000 til 104 000. Dette tilsvarer mer enn en dobling av antall. Veksten i antall utskrivningsklare pasienter var med andre ord størst de første årene etter samhandlingsreformen, med en utflating i veksten etter 2016 (jf. Figur 3.15).

Figur 3.15 Utviklingen i antall utskrivningsklare opphold



Kilde: Helsedirektoratet. SAMDATA spesialisthelsetjenesten

Omlag en av fem av utskrivningsklare pasienter ble reinnlagt innen 30 dager i 2018. Omtrent en av fem utskrivningsklare pasienter ble reinnlagt innen 30 dager i 2018. Tilsvarende for pasienter som ikke var meldt utskrivningsklar ble færre enn en av ti reinnlagt. Pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar, hadde høyeste andel reinnleggelser (20,1 prosent). Av pasientene som ikke ble tatt imot av kommunene samme dag som meldt utskrivningsklar, ble 17,8 prosent reinnlagt innen 30 dager (Helsedirektoratet, 2019 a). Andelen reinnleggelser innen 30 dager har vært noenlunde stabil fra 2015.

3.4.1 Kortere liggetid, dårligere pasienter og økt spesialisering

Riksrevisjonens undersøkelse for perioden 2010-2015 viste at 95 prosent av kommunene opplevde at pasientene typisk var sykere ved overføring til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før samhandlingsreformen trådte i kraft. Kortere liggetid og en sterk økning i antall utskrivningsklare pasienter bekreftes. Videre vises det at flere enn halvparten av kommunene opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om pasientens forventede utvikling ved utskrivning til videre behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Informasjon fra sykehusene kom ofte ikke tidnok til at kommunen ble i stand til å legge til rette for gode tjenester i den videre behandlingen. Dette vurderes som ressurskrevende for både kommunene og spesialisthelsetjenesten. For tidlig utskrivning og reinnleggelser, er andre temaer som omtales.

Det vises at antallet mottakere av hjemmetjenester og korttids institusjonsopphold økte noe etter reformen, men at det i flere kommuner også var blitt vanskeligere å få plass ved sykehjem, både korttids- og langtids plasser.

Riksrevisjonen stiller videre spørsmål ved kommunenes kapasitet, og om kommunene var i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte. Det vises til at få kommuner hadde etablert forsterkede

korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtids- plasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen.

“ Etter Riksrevisjonens vurdering er det grunn til å følge utviklingen nøye, både når det gjelder om pasienter overføres for raskt til kommunene, og om kommunene er i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte.

(Riksrevisjonen, 2016, s. 8)

Riksrevisjonen undersøkelse av tiden fram til 2015, trekker i retning av at kommunene ikke i tilstrekkelig grad hadde tilpasset kapasiteten i tjenestetilbudet til etterspørsel og behovet for tjenester som fulgte med samhandlingsreformen.

Resultatene støttes blant annet av utredningen: *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet* (Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen, 2014). I utredningen vises det at pasienter oftere forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander etter samhandlingsreformen. Dette har gitt mer behandling og pleie av kort varighet og av mer spesialisert karakter. Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen (2014) finner en vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men at veksten i hovedsak er kommet på bekostning av langtidsplasser. Resultatet er en høyere terskel for å få sykehjems plass og hjemmetjenester. Det indikeres at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgningstjeneste til de utskrivningsklare, har gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre.

Hagen & Melberg (2016) kommer til en annen konklusjon enn Riksrevisjonene. De mener at kommunene har klart å imøtekomme den ekstra belastningen som reformen medførte, blant annet gjennom å øke bruk av korttidsopphold i sykehjem, styrking av hjemmesykepleien og bedring av kompetansen i sykehjem. Hvorvidt terskelen for å få motta tjenester er endret, berøres ikke i denne studien.

Hagen, Ambugo, & Melberg (2016) finner ved hjelp av en statistisk analyse at pasienter som er definert som utskrivningsklare og skal ha tjenester fra kommunene, reduserer liggetidene mer enn andre pasienter. De finner ingen endringer i reinnleggelsesratene etter Samhandlingsreformen. Pasienter som meldes utskrivningsklare har høyere reinnleggelsesrater enn de som ikke meldes utskrivningsklare, men det skjer ingen generelle endringer i reinnleggelsesraten for denne gruppen fra før til etter innføringen av Samhandlingsreformen for noen av pasientgruppene som er studert. De finner imidlertid store variasjoner mellom helseforetak og kommuner. Det konkluderes med at liggetiden reduseres ved innføringen av Samhandlingsreformen mens det ikke skjer generelle endringer i reinnleggelsesratene for de pasientgrupper som er analysert. Hagen, Ambugo, & Melberg (2016) tolker dette som at kommunene håndterte den økte omsorgsbelastningen som fulgte av Samhandlingsreformen.

Som en del av Samhandlingsreformen ble det også innført en betalingsordning der kommunene måtte betale for opphold på sykehus etter pasienten var meldt utskrivningsklar. Det er vist i flere studier at betalingsordningen bidro til å redusere liggetidene for pasientene som ble meldt utskrivningsklare.

Grimsmo (2015) viser også til en sterk økning i utskrivningsklare pasienter. I tillegg peker han på at pasientene ble meldt utskrivningsklare tidligere enn før, og at det ofte ikke ble tatt tilstrekkelig hensyn til hvor dårlige pasientene var eller at de hadde andre samtidige kroniske sykdommer. Han mener videre at det ble vist liten fleksibilitet i forhold til kommunenes behov for tid til å planlegge.

Ifølge Grimsmo opplevde kommunene et økt trykk på spesialisering av tilbud og personell. I artikkelen rettes det kritikk mot ideen om diagnosespesifikke pasientforløp i kommunene begrunnet i at multisykdom foreligger hos nesten alle pasienter med behov for kommunale tjenester. Det vises til at diagnosegrupper som er store i sykehus, eksempelvis kols, hjertesvikt og slag, er lavfrekvente blant pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester. Kommunene må ivareta hele pasienten med alle diagnosene. Diagnosespesifikke pasientforløp og spesialutdanning av helsepersonell i forhold til enkeltdiagnoser, vurderes derfor verken som funksjonelt eller bærekraftig i primærhelsetjenesten.

SINTEF har studert omfanget av oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene. Som en del av studien er det hentet erfaringer fra kommuner om samhandling med sykehus (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020). De finner at mange kommuner både kan og vil følge opp utskrevne pasienter med det de har behov for hjemme eller på kommunal institusjon. For å kunne følge opp pasienter som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, pekes det på at det i mange tilfeller krever veiledning fra spesialisthelsetjenesten, god oversikt over medikamentbehov og tilgang på utstyr for å kunne følge opp pasientene med forsvarlig helsehjelp. Dersom kommunene får for kort tid på seg og det ikke følger med epikriser, opplæring og medikamentlister, oppstår det problemer for kommunene og helsepersonellet som får ansvaret for den videre oppfølgingen.

Av endringer i senere år pekes det på at kommunene har fått nye oppgaver knyttet til pasienter med stort behov for sammensatte og kompliserte tjenester, uansett alder, og der det er behov for mye utstyr og krav til kompetanse. Disse utfordringene sies å gjelde både kompliserte problemstillinger innen somatikk, rus, psykiatri og demens. Det vises til skrøpelige eldre og utagerende demente som ikke passer inn i noe system, og som tar mye ressurser.

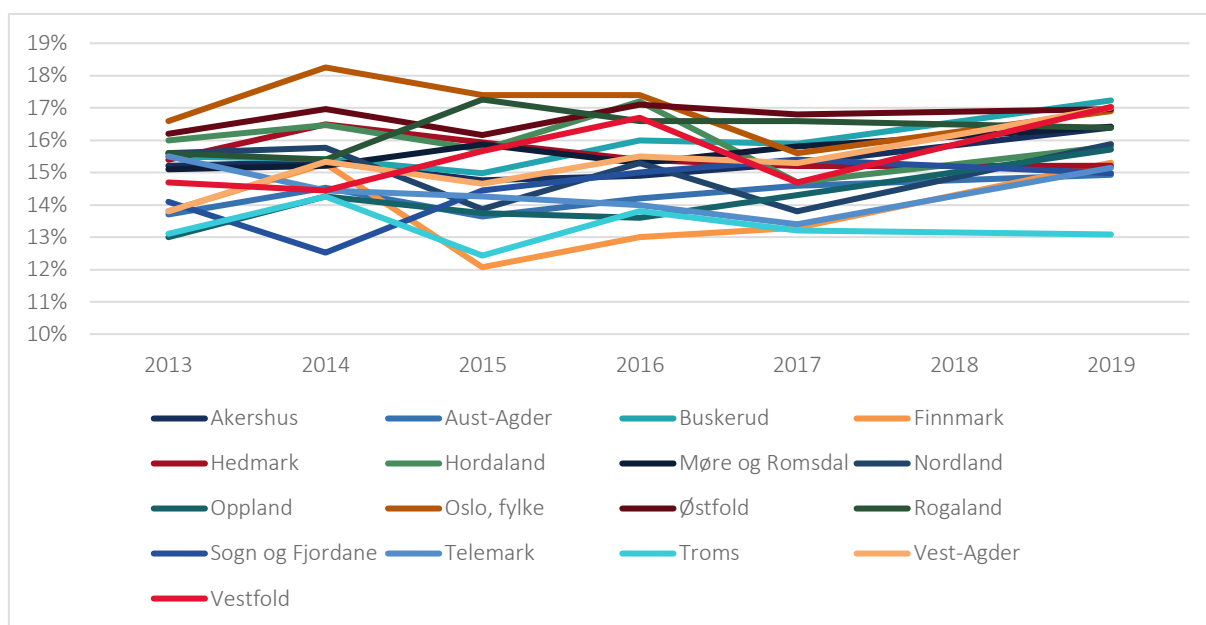
SINTEF finner at både sykehusene og kommunehelsetjenesten kan vise til at deres pasienter/brukere er blitt noe mer krevende, målt med bistandsbehov for kommunenes del og DRG for sykehusene.

SINTEF anbefaler at arbeidet med kompetanseheving i kommunene bør styrkes ved en systematisk gjennomgang av hvilke pasientgrupper som er de dominerende. Det vil gi mer kunnskap om hvilke pasientgrupper som er såpass sjeldne at det er naturlig at spesialisthelsetjenesten følger opp med sin kompetanse så langt det er behov for det.

3.4.2 Store variasjoner på tvers av fylker og kommuner

I flere av studiene referert over, vises det til at det er store variasjoner på tvers av helseforetak, fylker og kommuner. Vi finner store variasjoner langs de aller fleste indikatorene; reinnleggelser, overliggedøgn, innleggelser, mv. Det er ikke mulig å vurdere forklaringer bak variasjonene innenfor rammene av disse studiene. Vi konstaterer at det er store variasjoner, og eksemplifiserer med å vise utviklingen i reinnleggelser av eldre etter 30 dager fordelt på fylker. Det er større variasjoner mellom kommunene enn det er mellom fylkene.

Figur 3.16 Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre etter 30 dager. Fylkesfordelt



Kilde: Hdir Statistikk

Helsedirektoratet (2019 a) viser at utskrivningsklare pasienter tilhørende Helse Midt-Norge og Helse Nord lå lengre på sykehus enn utskrivningsklare pasienter tilhørende Helse Sør-Øst og Helse Vest i 2018. De geografiske forskjellene var størst for liggetiden etter at pasienten var meldt utskrivningsklar. I områder med lengst gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar lå pasientene i gjennomsnitt nesten tre ganger så lenge som i områder med kortest liggetid. Helse Vest og Helse Sør-Øst har i hele perioden 2012-20120 hatt en høyere andel reinnleggelser enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. Det er et sammenfall mellom andel reinnleggelser og gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar.

Mange områder med en relativt lav andel reinnleggelser, har samtidig lengre gjennomsnittlig liggetid enn områder med høy andel reinnleggelser. Dette indikerer at det kan være en direkte sammenheng mellom liggetid og reinnleggelser. Det kan være mange forklaringer bak lengre liggetid og reinnleggelser. Kommunenes kapasitet og kompetanse til å ta imot pasienter kan påvirke liggetiden på sykehus og sannsynligheten for reinnleggelse i hver sin retning. Kvaliteten på tjenesten på sykehus og i kommunen, samt samhandlingen ved overføring, vil også kunne påvirke sannsynligheten for reinnleggelse. Alder og diagnose spiller inn, for eksempel øker sannsynligheten for reinnleggelse etter 30 dager med alder, helt opp til den eldste aldersgruppen der sannsynligheten for reinnleggelser faller. En mulig forklaring bak reduksjonen kan være at en større andel i denne aldersgruppen dør innen 30 dager etter utskrivning.

Vi finner også store variasjoner mellom kommunene i omfang av utskrivningsklare opphold og hvor lenge pasienten ligger på sykehus etter meldt utskrivningsklar. Dette er en av flere indikasjoner på at kommunene har ulik kapasitet på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og i ulik grad er i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter på en god måte.

3.4.3 Kommunene skal tilby heldøgns, medisinsk akuttberedskap (KAD/ØHD)

Samhandlingsreformen krevde også at kommunene skulle tilby heldøgns, medisinsk akuttberedskap (KAD/ØHD). De første plassene ble opprettet i 2012, og tilbudet ble fasett inn i kommunene fram mot

2016 og lovfestet fra 1.1.2016. I første omgang omfattet tilbudet i hovedsak somatiske diagnoser, men fra 1.1.2017 ble plikten utvidet til å gjelde voksne pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Formålet med opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, er blant annet å unngå innleggelser i sykehus.

Riksrevisjonen undersøkelse fra perioden 2010-2015 (Riksrevisjonen, 2016), samt en rapport fremstilt av Helsedirektoratet, viser at ØHD førte til en nedgang i 60 000 liggedøgn ved somatiske sykehus blant alle pasientgrupper fra tiltaket ble innført i 2012 til 2015 (Helsedirektoratet, 2016). Den største reduksjonen av liggedøgn er et resultat av at ferdigbehandlede pasienter har blitt overført til sine hjemkommuner, og tilbragt et kortere opphold ved en ØHD.

Swanson og Hagen (2016) viser at tiltaket reduserte antallet akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger for aldersgruppen over 80 år. Etter denne undersøkelsen ble gjennomført er antall pasienter økt, trolig som følge av at tilbudet ble lovfestet. Helsedirektoratet har estimert at det i 2019 var drøye 100 000 liggedøgn i ØHD i 2019.

Hvorvidt ØHD har spart liggedøgn i større eller mindre grad i spesialisthelsetjenesten er ikke så relevant for denne rapportens problemstillinger. Derimot er det relevant at antall liggedøgn i ØHD i kommunene har passert 100 000. Dette er en tjeneste som krever høyt kvalifisert helsepersonell. Ulik organisering og rapportering i kommunene gjør at det er usikkerhet knyttet til hvorvidt personell tilknyttet ØHD kan være rapportert inn under institusjon og dermed ligger i vårt datagrunnlag for en større eller mindre andel av kommunene.

3.5 Vekst innenfor rus og psykiatri og nedbygging og kortere liggetid

Veksten i spesialisthelsetjenestene innenfor rus og psykiatri har, i likhet med somatikk, vært innen poliklinisk behandling. Pasientene bor da i egen eller kommunal bolig. Hvis pasientene ikke responderer på behandling i spesialisthelsetjenesten vil de bli avvist der. Når de distriktpspsykiatriske enhetene (DPS) ikke fungerer som ønsket, blir det kommunen som sitter med ansvaret for til dels dårlige pasienter (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020). Bliksvær, Andrews, Bardal, & Waldahl (2020) understreker i en studie av aldring i rurale strøk at spesialisthelsetjenesten har redusert tilbudet om døgnbehandling også for personer med rusproblemer og/eller psykiske helseutfordringer, og at dette sammen med kortere liggetid for somatiske pasienter, stiller krav til kommunene både med tanke på fagkompetanse og ressursbruk.

3.6 Oppsummering – behov og etterspørsel

Gjennomgangen i dette kapitlet viser at vekst i antall brukere under 67 år er den sterkeste driveren bak økningen i antall brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Aldersgruppen under 67 år har nær halvparten av vedtakstimene i 2020. Med en vekst i brukere under 67 år, har det også fulgt med en større heterogenitet i etterspørselen og en større andel brukere med omfattende bistandsbehov. Antall brukere over 80 år lavere i 2020 enn i 2012.

Tallene trekker i retning av at terskelen for å motta helsetjenester i hjemmet eller institusjonsplass, er blitt høyere gjennom perioden, og at dette kanskje særlig gjelder for de eldste gruppene (over 67 år). Veksten har kommet i helsetjenester i hjemmet, med en nedgang i langtidsplasser på institusjon.

Økt gjennomstrømming i spesialisthelsetjenesten, kortere liggetid, og mer poliklinisk behandling medfører mer komplekse oppgaver i kommunesektoren. Økt gjennomstrømming i spesialisthelsetjenesten forplanter seg også til kommunehelsetjenesten. Dette vises gjennom en sterkere vekst i antall brukere gjennom året enn vekst i antall brukere per 31.12. For tjenestekategoriene vi har vurdert øker antall tjenestemottakere gjennom året med drøye 50 000 personer, noe som gir en vekst på 18 prosent for perioden 2012-2020. Tilsvarende vekst målt i antall brukere per 31.12, er på 26 000 personer, noe som gir en vekst på 14,5 prosent.

Noe av den økte gjennomstrømmingen kan tilskrives kortere liggetid på sykehus og raskere utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Overføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten krever samhandling på tvers av sektorene, i mange tilfeller også opplæring i bruk av utstyr og/eller spesialiserte behandlingsprosedyrer. Dette tar tid, og krever kompetanse og medfører også at de som skal følge opp pasientene etter utskrivning stadig får nye og spesialiserte oppgaver som må læres.

Det er også godt dokumentert at pasientene/brukerne er blitt mer ressurskrevende målt i DRG for spesialisthelsetjenesten og bistandsbehov i kommunehelsetjenesten.

Befolkningsveksten forklarer en liten del av veksten fram til 2020, men med en nedgang i antall brukere over 80 år, er det ikke en aldrende befolkning som forklarer veksten. Med store etterkrigskull, og en økende andel brukere i de yngre årsklassene, må det forventes et økt press på tjenestene framover.

4 Utvikling i årsverk for institusjon, hjemmetjenesten og bofellesskap

Riksrevisjonens undersøkelse av samhandlingsreformen fram til 2015, finner at nær halvparten av kommunene vurderte at de ikke har nok sykepleiere. Riksrevisjonen viser også at mange kommuner manglet både kapasitet og kompetanse på flere områder sett i forhold oppgavene som fulgte med samhandlingsreformen. (Riksrevisjonen, 2016). I dette kapitlet ser vi på hvordan utviklingen i kompetansesammensetningen og årsverk har vært etter 2015. Gjennomgangen er basert på uttrekk fra registerdata fra SSB. For en nærmere beskrivelse av datagrunnlaget, viser vi til kapittel 2.1.

Vi starter med en nasjonal oversikt over utviklingen i årsverk og kompetansesammensetning, før vi ser på geografiske variasjoner der vi ser på årsverk per 10 000 innbygger for ulike kompetanseområder. Videre viser vi betydningen av enkelte strukturelle variable.

Vi finner at den samlede veksten i antall årsverk for de tre nevnte tjenesten er på 17 prosent fra 2015 til 2020. Veksten i årsverk per innbygger er på 13 prosent. Kompetansesammensetning er nær uendret fra 2015 til 2020. Bofellesskap skiller seg fra de to øvrige tjenestene med en lavere sykepleierandel. Det er en større spredning i sykepleierandel i gruppen små og usentrale kommuner enn i større og mer sentralt beliggende kommuner.

Resultatene viser at det er store geografiske variasjoner, og at variasjonene er større på kommunenivå enn på fylkesnivå. Videre finner vi noen systematiske variasjoner i ressursbruk målt i netto driftsutgifter til helse og omsorgssektoren, men vi finner også store variasjoner i denne variabelen som ikke kan forklares med strukturelle variasjoner.

Dataene gir grunnlag for å kunne konkludere med at målet om likeverdige tjenester uavhengig av bosted, neppe kan være oppfylt. Med den kraftige veksten i etterspørsel og helsefaglige behov som har vært etter 2015, er det ikke grunnlag for å anta at situasjonen er vesentlig bedre enn den var da Riksrevisjonen konkluderte med at mange kommuner manglet kompetanse og kapasitet på flere områder.

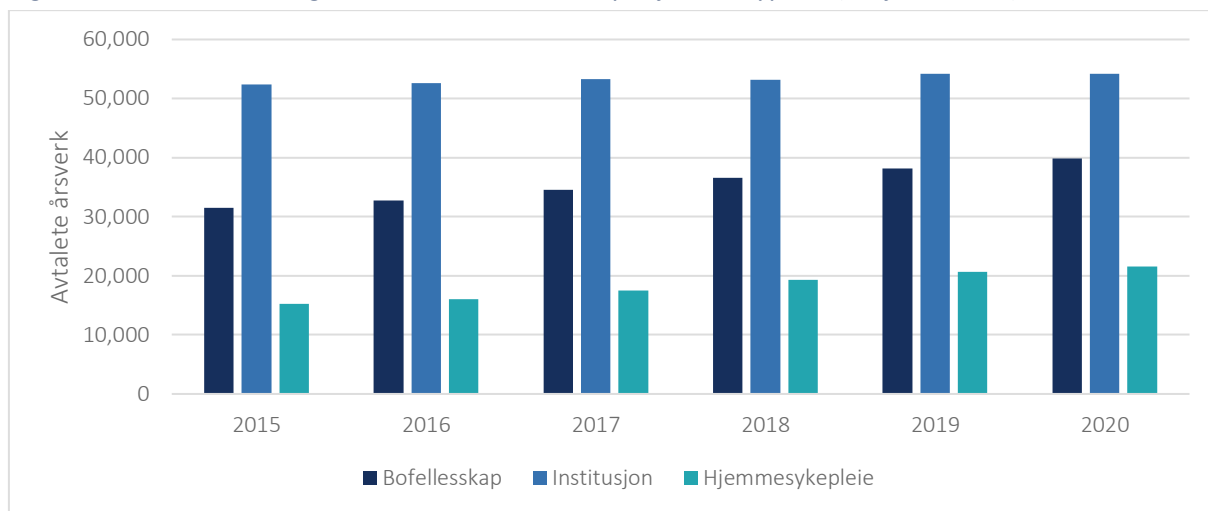
I kapittel 5 følger vi opp spørsmålet om årsverk, kompetanse og tilstrekkelighet i forhold til behov med resultater fra utredningens spørreundersøkelse rettet mot sykepleiere i de tre tjenestene.

4.1 Utviklingen i avtalte årsverk fordelt på tre tjenestekategorier

Figur 4.1 beskriver utviklingen i avtalte årsverk fordelt på tre tjenestetypene; bofellesskap, institusjon og hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie er den tidligere betegnelsen på det som nå omtales som helsetjenester i hjemmet. I bofellesskap er det her inkludert årsverk innenfor boliger for personer med utviklingshemming, samt samlokaliserte omsorgsboliger, både de som er bemannet hele og deler av døgnet (jf. kapittel 2.1). Både bofellesskap og helsetjenester i hjemmet ligger under den samme KOSTRA-funksjonen (254), og begge tjenestene inkluderer som vist i kapittel 2, tjenestemottakere med heldøgns omsorg.

Hjemmesykepleie er brukt som betegnelse i registerdataene fra SSB og skal sammenfalle med funksjonene helsetjenester i hjemmet. Vi har valgt å bruke betegnelsen i registerdataene i gjennomgangen av årsverk.

Figur 4.1 Utvikling i avtalte årsverk fordelt på tjenestetypene (nasjonalt nivå)



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB

De tre tjenestene hadde til sammen i underkant av 100 000 årsverk i 2015, med en økning til 116 000 årsverk i 2020. Dette gir en samlet vekst på 17 prosent. Vektet for befolkningsvekst får vi en årsverksvekst på 13 prosent.

Bofellesskap har størst vekst målt i antall årsverk og øker fra 31 500 årsverk i 2015 til 39 800 årsverk i 2020. Dette gir en uvektet vekst på 26 prosent. Ose & Kaspersen (2020) viser at det i 2020 var 5 251 årsverk knyttet til bolig med fast personell innen psykisk helse- og rusarbeid til voksne. Dette tilsier at om lag 13 prosent av stillingene i denne kategorien er direkte relatert til rus- og psykisk helse.

Tjenesten hjemmesykepleie øker fra 15 200 årsverk i 2015 til 21 500 årsverk i 2020. Dette gir en uvektet vekst på 6 300 årsverk (41 prosent) fra 2015 til 2020. Ose & Kaspersen (2020) finner at 2635 årsverk i hjemmetjenesten er knyttet til rus og psykisk helse. Hjemmetjenesten inkluderer flere tjenester enn hjemmesykepleie (helsetjenester i hjemmet). Vi har ikke informasjon om hvor stor andel av stillingene i denne kategorien som sorterer under hjemmesykepleie.

Som det framgår av figuren har antall årsverk i institusjonstilbudet vært noenlunde stabilt, men med en svak vekst, tilsvarende 1800 årsverk (4 prosent vekst). Vektet for befolkningsvekst er det ingen endring i denne kategorien.

Kompetansesammensetning er nær uendret fra 2015 – 2020. Dette vises i Figur 4.8, og følges opp i den samlede analysen i kapittel 7.

4.1.1 Geografisk fordeling av årsverk i forhold til befolkning

Vi starter med å se på hvordan årsverk i de tre tjenestene målt per 10 000 innbygger varierer mellom fylkene.

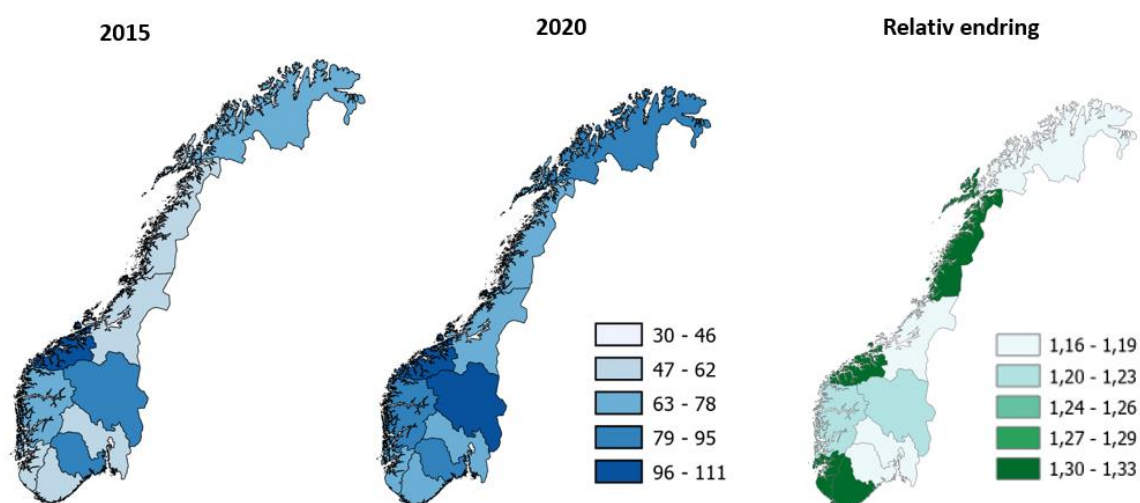
Figur 4.2 viser hvordan årsverkene registret under bofellesskap, institusjon og hjemmetjenesten fordeler seg mellom fylkene i 2015 og 2020. For alle tjenestetypene er utviklingen målt i antall årsverk

per 10 000 innbygger. For institusjon er det i tillegg målt per person over 80 år. Figurene viser også den relative endringen mellom de to årstallene.

I kartene er sammenslåtte tidsserier benyttet for fylkene som har opplevd endringer i struktur de siste årene. Mørkere farge betyr flere årsverk per innbygger enn lysere farge. Kartet lengst til høyre i hver figur viser den relative endringen mellom de to årene⁴. Her betyr tall over én at antallet har steget, og tall under én betyr at antallet har sunket. Dette representeres av henholdsvis grønne og røde farger.

I Figur 4.2 går skalaen går fra 96 -111 årsverk per 10 000 innbyggere til 30-46 årsverk per 10 000 innbygger. Som det framgår av kartene, har det vært en vekst i antall årsverk målt i forhold til befolkningen i samtlige fylker. Det er også mindre variasjon i antall årsverk per 10 000 innbygger i 2020 enn det var i 2015.

Figur 4.2: Årsverk tilknyttet bofellesskap per 10 000 person



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB og SSB tabell 07459: Befolkning, etter statistikkvariabel, region, år og alder

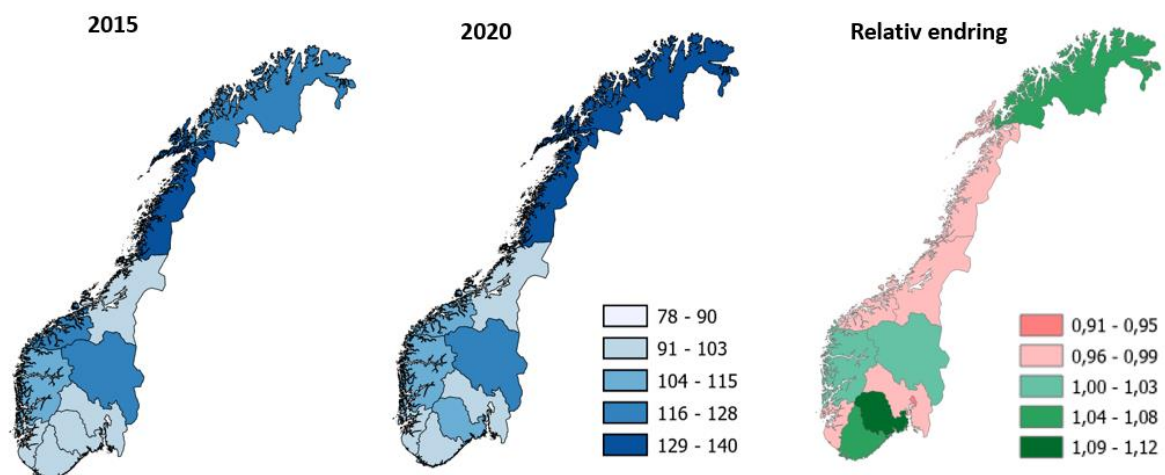
På nasjonalt nivå har antall årsverk tilknyttet bofellesskap økt med 8 200 årsverk, noe som tilsvarer en vekst på 26 prosent. Økningen synes i første rekke å kunne tilskrives tyngre bistandsbehov blant brukerne og i mindre grad en vekst i antall brukere. Som det framgår av kartene, har det vært en vekst i forhold til befolkningsgrunnet i samtlige fylker.

Vi har ikke funnet statistikk som viser antall beboere i døgnbemannede boliger/bofellesskap. Basert på tilgjengelige data har vi anslått at antall beboere i denne type boliger ligger mellom 25 – og 30 000. Antall årsverk totalt var på 39 813 i 2020.

Brukerdataene tyder på at det antall brukere i kategorien bofellesskap er noenlunde stabilt, men tallgrunnet på dette området er svakt.

⁴ Fordi områdene kan ha opplevd endringer uten å endre fargeintervall (for eksempel fra nedre del av intervallet til øvre del) vil figurene med relativ endring kunne indikere endring til tross for at området har den samme fargen i begge årstallene.

Figur 4.3 Årsverk i institusjon per 10 000 person



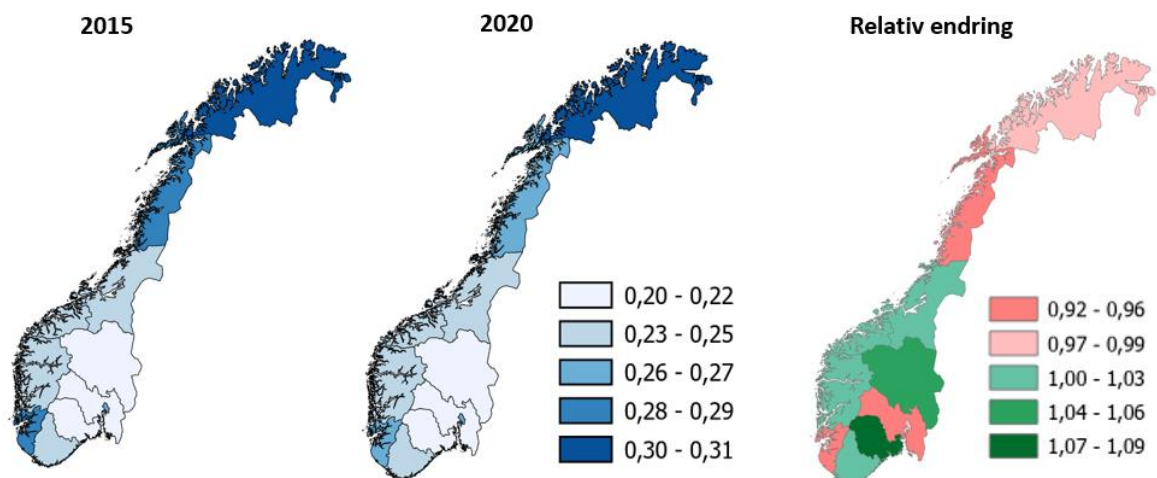
Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB og SSB tabell 07459: Befolkning, etter statistikkvariabel, region, år og alder

Institusjon er den største tjenesten målt i årsverk, og har hatt en samlet årsverksvekst på 4 prosent med 54 000 avtalte årsverk i 2020. Målt per 10 000 innbygger er det ingen endring i antall årsverk. Antall institusjonsplasser er noe redusert på landsbasis, men brukerne har større bistandsbehov i 2020 enn i 2015. Det er også en viss mulighet for at enkelte kommuner kan ha rapportert årsverk tilknyttet ØHD/KAD under institusjon.

I og med det i første rekke er de eldste aldersgruppene som har et institusjonstilbud, viser vi også årsverk i institusjon per person over 80 år (neste kart). Målt i årsverk per person over 80 år, finner vi en samlet nedgang på 4 prosent.

Som vi ser av begge kartene er det flere fylker med en reduksjon i årsverk i institusjon, men det er også fylker som har hatt en vekst i årsverk tilknyttet institusjon målt per 10 000 person. Troms og Finnmark har en økning når det måles per 10 000 person, men får en nedgang når det måles per person over 80 år. Andre fylker som har en nedgang målt per person får en sterkere nedgang når det måles per person over 80 år. Disse forskjellene reflekterer demografiske forskjeller.

Figur 4.4 Årsverk i institusjon per person over 80 år



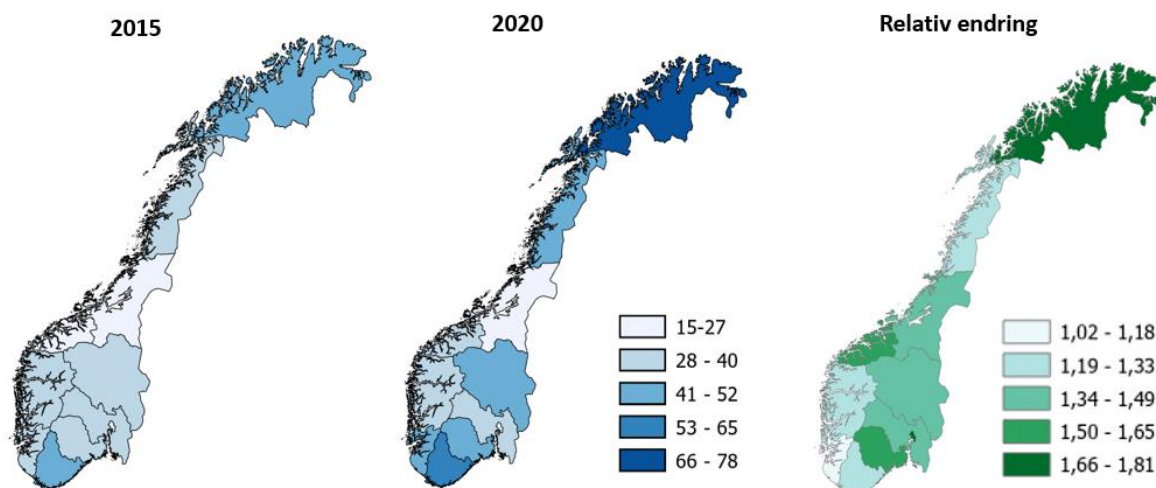
Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB og SSB tabell 07459: Befolkning, etter statistikkvariabel, region, år og alder

Hjemmesykepleie (helsetjenester i hjemmet) er den tjenesten med størst vekst i antall brukere, og har også den største prosentvise veksten i antall årsverk med 41 prosent vekst. Målt i antall årsverk, er

veksten likevel lavere enn for bofellesskap. Totalt er det registrert 21 535 årsverk i hjemmesykepleien i 2020.

Som det vises i følgende figur, har det vært en vekst i årsverk i hjemmesykepleien i forhold til befolkningen i samtlige fylker.

Figur 4.5 Årsverk i hjemmesykepleien per 10 000 person



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB og SSB tabell 07459: Befolkning, etter statistikkvariabel, region, år og alder

I 2015 var det størst variasjon i landet i årsverk per 10 000 person innenfor bofellesskap og institusjon, mens variasjonen er størst i bofellesskap i 2020. Antall årsverk per 10 000 person synes å være mest stabil for institusjon. En vekst i antall årsverk i hjemmetjenesten følger av økt behov og etterspørsel etter helsetjenester i hjemmet, og da særlig fra de yngre aldersgruppene.

Bofellesskap kan også ha litt forskjellig organisering på tvers av kommunene. Noen steder vil beboerne stort sett få dekket sine tjenestebehov fra personalbasen, mens det andre steder er den ambulerende hjemmesykepleien som står for helsetjenestene. Tjenestemottakere med heldøgns omsorg er delvis i bemannede bofellesskap og delvis i egne hjem. Ifølge Helsedirektoratet er det 56 000 tjenestemottakere med heldøgns omsorg i 2020. Dette er en ressurskrevende brukergruppe. Kommunenes organisering av dette tilbudet, har betydning for fordelingen av årsverk mellom bofellesskap og hjemmesykepleie.

Hva forteller kartene?

Fra kartene kan det observeres noen sammenhenger. Møre og Romsdal har høyest antall årsverk i bofellesskap, og ligger relativt høyt på antall årsverk i institusjon i begge årene. Samtidig har de relativt få årsverk i hjemmetjenesten. Nordland har flest årsverk i institusjon, etterfulgt av Troms og Finnmark. Det nordligste fylket har også flest årsverk i hjemmetjenesten per 10 000 innbygger.

Et relativt høyt antall årsverk i bofellesskap, kombinert med få årsverk i hjemmetjenesten, har sammenheng med hvordan tjenestetilbudene er organisert. Årsverksbehovet i hjemmesykepleien avhenger blant annet av i hvilken grad hjemmesykepleien brukes til å yte helsetjenester til brukere i bemannede boliger. Det samme gjelder for årsverksbehovet i bofellesskap.

De nordligste fylkene har en stor andel kommuner med spredt befolkning og lang reisetid mellom kommunens yttergrenser. Dette kan forklare en høy andel institusjonsplasser, og et høyt antall årsverk

per 10 000 person i hjemmetjenesten. Lang reisetid vil gjøre at det både er mer kostnadseffektivt og gir bedre kvalitet med et institusjonstilbud enn å bo hjemme. Lange reiser gjør også at en mindre del av arbeidsdagen er «ansikt-til ansikt» kontakt, noe som tilsier at det er behov for flere årsverk per bruker.

Oslo er det fylket der årsverk per 10 000 innbygger er lavest for hver tjenestetype, etterfulgt av Rogaland, Viken og Trøndelag for henholdsvis bofellesskap, institusjon og hjemmetjeneste både i 2015 og 2020.

I kartet med relative endringer kan det observeres at det kun er i institusjon at antall årsverk per 10 000 person som har sunket i flere fylker. I de to andre tjenestetypene har dette tallet steget, og mest har det steget for årsverk per 10 000 person i hjemmetjenesten. Oslo, etterfulgt av Troms og Finnmark har den største relative økningen i årsverk i hjemmesykepleien, mens Rogaland har holdt seg på omtrent samme nivå som i 2015.

Flere fylker har redusert antall årsverk per 10 000 person i institusjon, og størst relativ reduksjon sees i Oslo og Nordland. Vestfold og Telemark befinner seg på andre siden av denne skalaen, med en økning på 11 prosent i årsverk per 10 000 person i institusjon.

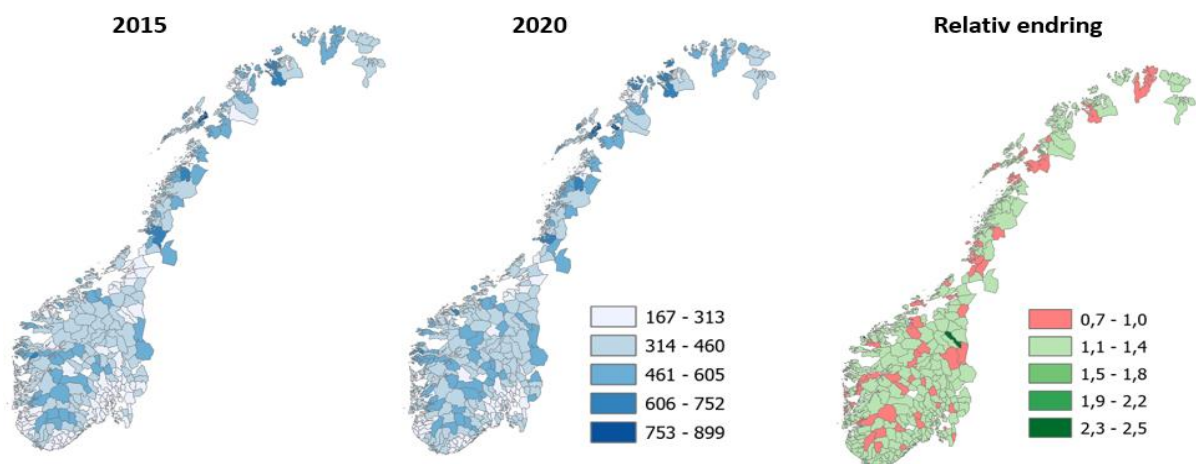
Riksrevisjonens undersøkelse av utviklingen i perioden 2010-2015 konkluderte med at flere kommuner ikke hadde tilstrekkelig kapasitet i tjenestene til å løse oppgavene som fulgte med samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016). Kombinert med den betydelige veksten i etterspørsel og behov som har vært etter 2015, kan det stilles spørsmål ved om det kan være tilstrekkelig kapasitet i tjenestene i dag i samtlige fylker. Dette gjelder spesielt for fylker som startet lavt, og som også har hatt en lav vekst i antall årsverk.

Ser vi på den samlede veksten fra 2015 til 2020 i antall tjenestemottakere gjennom året for de aktuelle tjenestene, er den på 12 prosent. Veksten målt i antall mottakere per 31.12 er på 10 prosent. Når det også tas hensyn til at andelen tjenestemottakere med mindre omfattende behov er redusert på bekostning av tjenestemottakere med omfattende behov, kan det stilles spørsmål ved om 17 prosent vekst i årsverk er tilstrekkelig til å både dekke gapet Riksrevisjonen avdekket per 2015, og utviklingen i behov og etterspørsel som har vært etter 2015.

Større variasjoner på kommunenivå enn på fylkesnivå

Datagrunnlaget er ikke tilstrekkelig til å kunne presentere utviklingen i årsverk på tjenestenivå på kommunalt nivå. Slår vi sammen tjenestene, får vi rimelig gode data for de fleste kommunene. I Figur 4.6 viser vi utviklingen i årsverk på kommunenivå for de tre tjenestekategoriene samlet. Vi har sett bort fra kommuner der det har vært kommunesammenslåinger. Disse er markert som hvite i kartene. Sterkere blåfarge indikerer et høyere antall årsverk per 10 000 person. I kartet for relativ endring er grønne kommuner der antall årsverk per 10 000 person har steget, mens de røde kommunene er der det har vært nedgang i antall årsverk per 10 000 person. Sterkere farge indikerer en større endring.

Figur 4.6 Årsverk i helse og omsorg per 10 000 person på kommunalt nivå ⁵



Kilde: SSB tabell 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region, år og statistikkvariabel

Intervall for årsverk per 10 000 person har sunket noe i perioden, og det laveste nivået er høyere i 2020 enn i 2015. Dette tilsier at det er mindre spenn mellom kommunene i 2020, enn i 2015. Fra kartet til høyre ser man at utviklingen er negativ fra 2015 til 2020 for mange kommuner. Denne utviklingen ser ikke ut til å være konsentrert i én del av landet, men tilfalle kommuner spredt fra sør til nord. Blant kommunene med nedgang i årsverk per 10 000 person finner vi noen som lå høyt i 2015 og som har nærmet seg gjennomsnittet i 2020. Vi finner imidlertid også kommuner som ikke lå spesielt høyt på antall årsverk i 2015 og som har redusert antall årsverk per 10 000 person i 2020. Dette på tross av en generell vekst i etterspørselen etter tjenester. En følge av denne type reduksjoner, kan være at terskelen for å få tilbud og helsetjenester i hjemmet eller institusjonsplass er kraftig hevet.

4.1.2 Kommunenes sentralitet og størrelse spiller inn

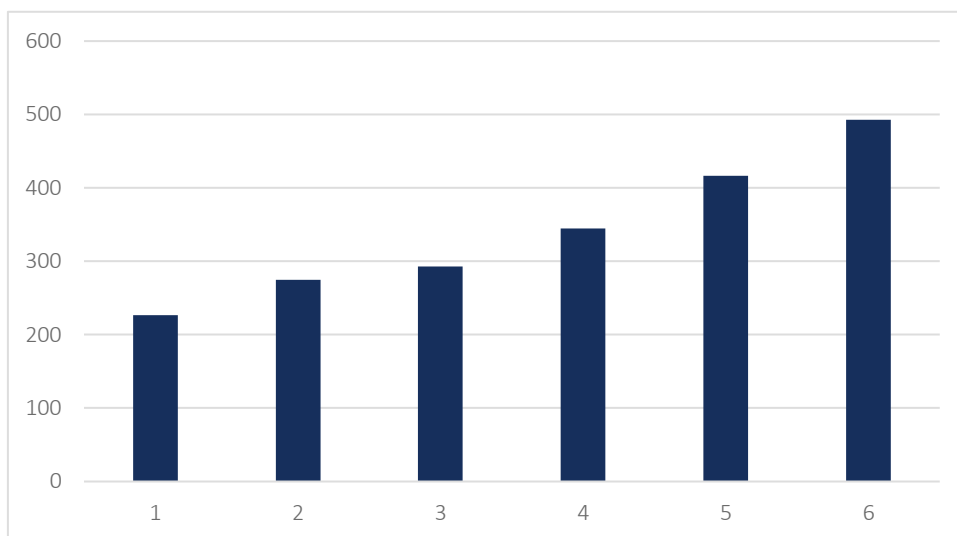
Kommunenes størrelse måles i befolkningsstørrelse mens sentralitet måles med en indikatorer som går fra 1-6 (SSBs sentralitetsindeks⁶). Både kommunestørrelse og sentralitet forklarer noen forskjeller, og er også til en viss grad overlappende. Her viser vi sammenhengen mellom sentralitet og årsverk per 10 000 innbygger.

Dersom vi ser på gjennomsnittlige årsverk per 10 000 innbygger per sentralitetsklasse ser vi at antall årsverk øker med økende sentralitetsklasse. Dette vises i følgende figur:

⁵ Årsverk helse og omsorg er ikke fordelt på tjenestetypene i kommunene.

⁶ Sentralitetsindeksen er en kode med en verdi for hver kommune, som gir et mål for kommunens sentralitet. Sentralitet er basert på nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner, og skalaen går fra 1 til 6, der 6 er de minst sentrale kommunene

Figur 4.7 Gjennomsnittlig antall årsverk per 10 000 innbygger fordelt etter kommunenes sentralitet



Figuren viser at de mest sentralt beliggende kommuner bruker færre årsverk per 10 000 innbygger på helse- og omsorgstjenestene enn de mindre sentrale kommunene. Det samme gjelder når vi kontrollerer for kommunenes størrelse. Store kommuner har færre årsverk per innbygger enn mindre kommuner. Dette kan delvis forklares med strukturelle variable som befolkningens alderssammensetning, spredt bosetting med tilhørende lengre reisevei for hjemmetjenesten. Det kan også være noen smådriftsulemper som gjør at det er behov for flere årsverk i tjenestene. Vi finner også at en høyere andel av innbyggerne over 80 år bruker hjemmetjenester i de desentrale kommunene, og at utgiftene til de kommunale helse og omsorgstjenestene per innbygger er større i desentrale kommuner enn i sentrale kommuner. Høyere utgifter til sektoren henger sammen med den demografiske utviklingen. Mange små kommuner har en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet og større kommuner. En høyere andel brukere over 80 år kan ha flere mulige forklaringer. Kommunenes befolkning over 80 år kan være skrøpeligere enn gjennomsnittet og dermed ha sterkere behov for tjenester. Det kan også være et tegn på at terskelen for å motta hjelp er lavere enn i større kommuner.

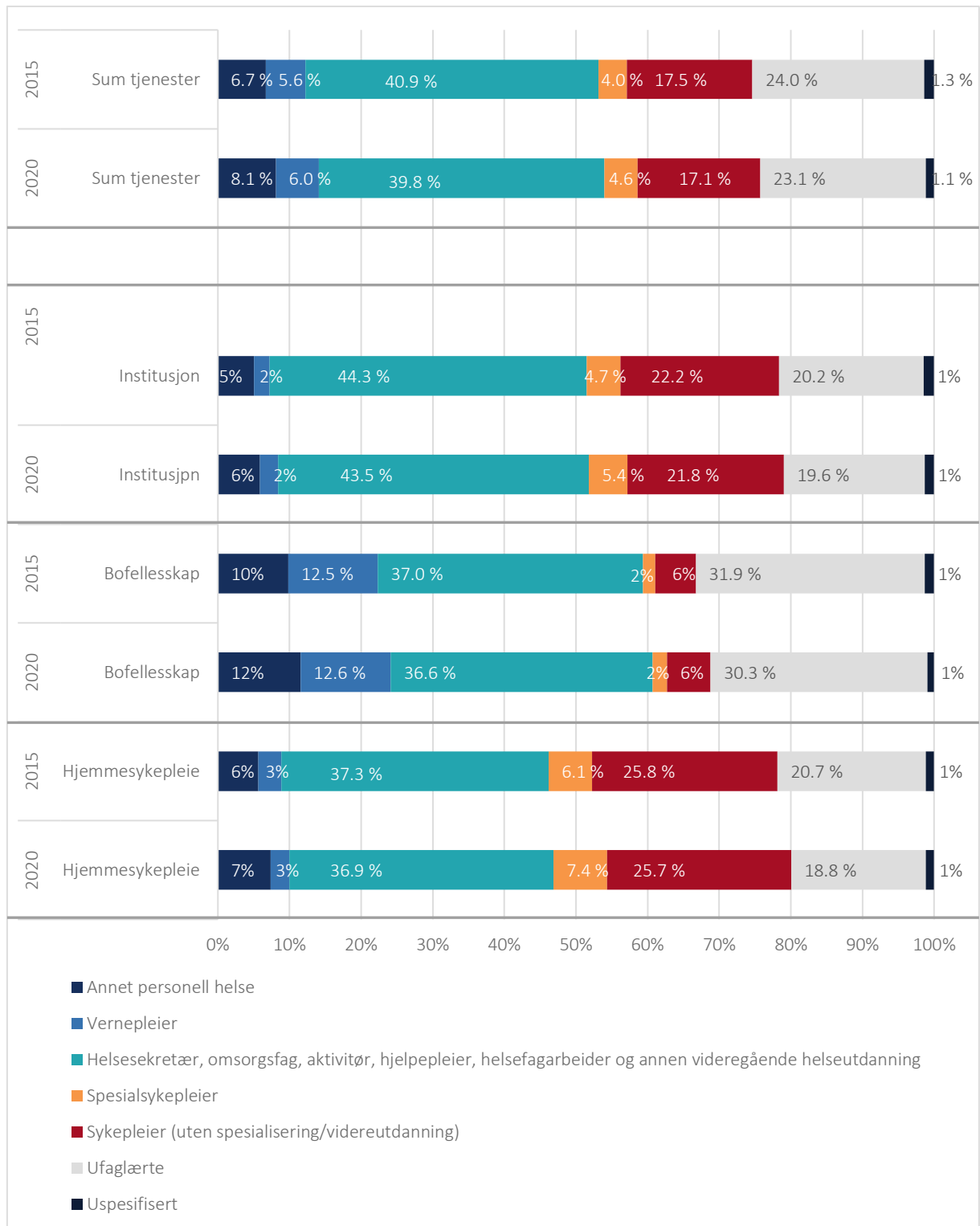
Oppsummert finner vi store variasjoner på tvers av fylker og kommuner målt i årsverk brukt i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Deler variasjonene av har strukturelle forklaringer, men det er også mange uforklarte forskjeller.

Med denne utviklingen som bakteppe vil vi videre beskrive utviklingen i kompetanse og kompetansesammensetning.

4.2 Utvikling i kompetansesammensetning

Én måte å vurdere utviklingen i kompetansesammensetning er å se på utviklingen i andeler årsverk fordelt på ulike helsepersonellgrupper. Figuren nedenfor viser endringer i andelen årsverk fordelt på helsepersonellgrupper i 2015 og 2020.

Figur 4.8 Kompetansesammensetning i tjenestene i 2015 og 2020



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB

Vi ser av figuren over at kompetansesammensetningen er forbausende lik i 2015 og 2020. Kategorien annet personell helse og vernepleier, viser en svak økning i andel. Andelen ufaglærte faller med 0,9 prosentpoeng totalt og reduseres i samtlige tjenester. Bofellesskap skiller seg ut med størst andel ufaglærte, men ufaglærte har også en høy andel i institusjon og hjemmesykepleie. Nær hver femte ansatt i hjemmesykepleien og på sykehjem (institusjon) er ufaglært.

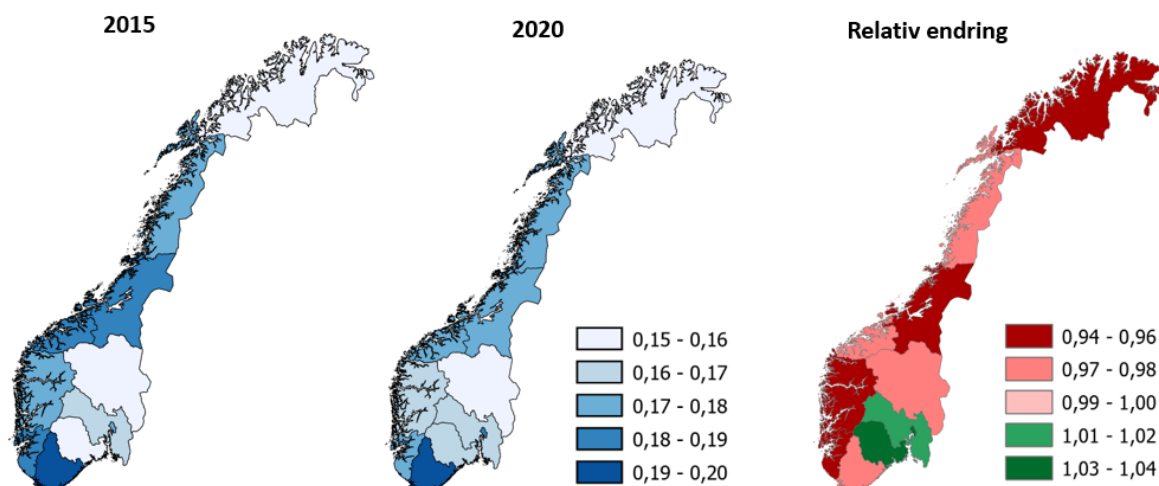
Helsefagarbeidere og andre grupper med videregående helseutdanning representerer den største andelen i samtlige tjenester. Andelen sykepleiere uten spesialisering er redusert med 0,4 prosentpoeng totalt, mens andelen sykepleiere med spesialisering er økt med 0,6 prosentpoeng. Samlet sett er dermed sykepleierandelen på omtrent samme nivå som i 2015, men en liten andel har tilegnet seg mer formalkompetanse.

Sett i lys av utviklingen i de helsefaglige oppgavene som er beskrevet foran, og Riksrevisjonens påpeking av mangel på sykepleiere per 2015 (Riksrevisjonen, 2016), ville det vært naturlig å forvente en økning i andelen sykepleiere, i tillegg til flere sykepleiere med spesialisering.

4.2.1 Utviklingen i sykepleierandeler fordelt på fylker

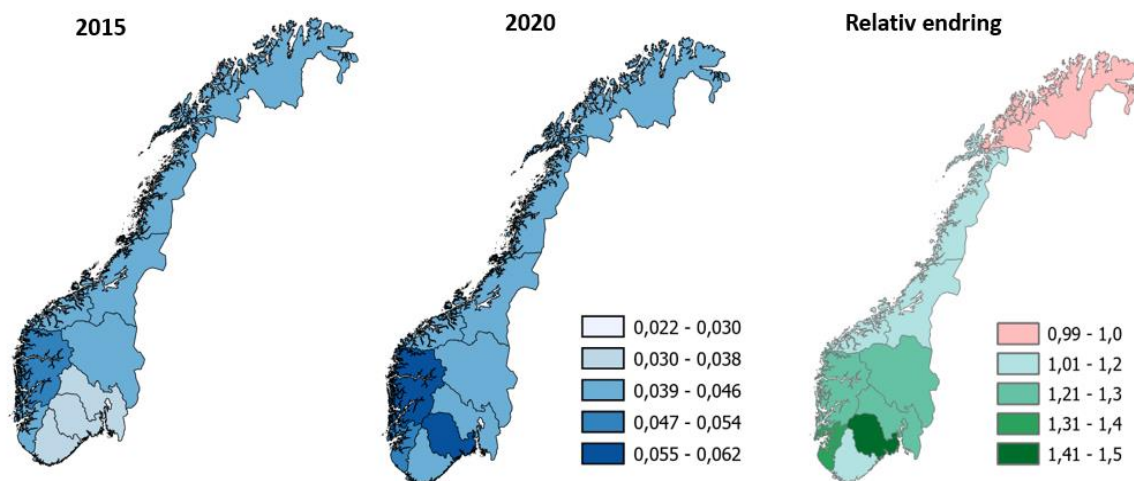
Figuren nedenfor viser hvordan utviklingen i kompetanse utspiller seg i landets fylker. Figur 4.9 viser sykepleierandelen i fylkene i 2015 og 2020 mens Figur 4.10 viser tilsvarende for spesialsykepleiere. Kartene lengst til høyre viser den relative endringen der rød farge betyr at sykepleierandelen er redusert, mens grønn betyr at andelen har økt.

Figur 4.9 Utvikling i sykepleierandelen i tjenesten



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB

Figur 4.10 Utvikling i andel årsverk til spesialsykepleiere



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB

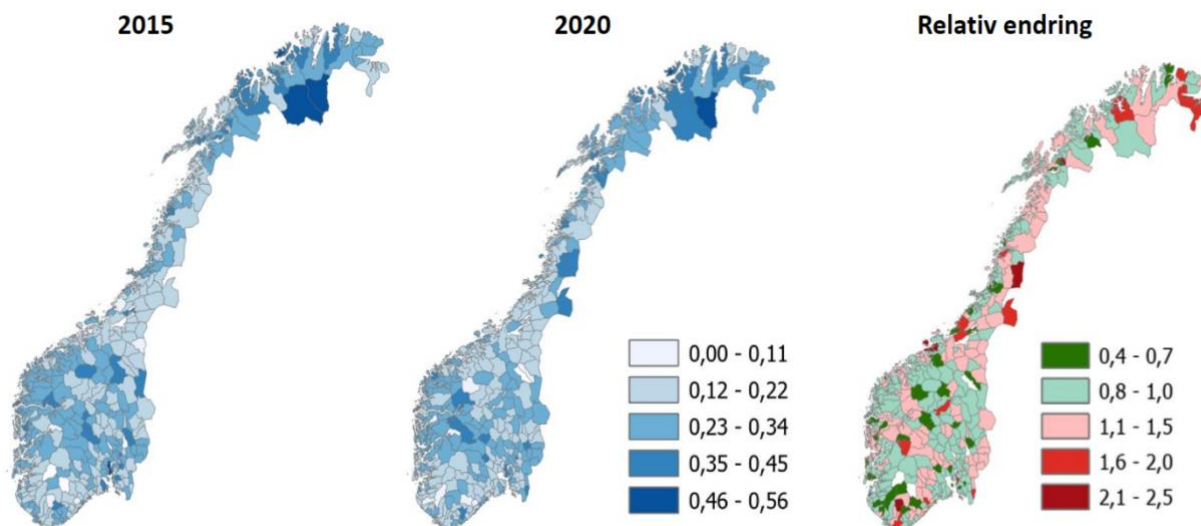
Ytterpunktene for sykepleierandelen i fylkene er konstant mellom de to årene. Likevel har flest fylker redusert sykepleierandelen i perioden. Kun Viken og Vestfold og Telemark har en svært liten, men positiv utvikling i andel årsverk utført av sykepleiere. Reduksjonen i sykepleierandelen er størst på Vestlandet, men fylket har likevel en høyere sykepleierandel i 2020 enn Innlandet og Troms og Finnmark. Sistnevnte har for øvrig også en relativt stor reduksjon i sykepleierandelen på tross av at de lå under gjennomsnittet i 2015. Også Trøndelag har en relativt stor reduksjon fra 2015 til 2020, men ligger likevel over landsgjennomsnittet i 2020.

For andelen årsverk utført av spesialsykepleiere er utviklingen annerledes. Her er intervallet for andel årsverk utført høyere i 2020 enn i 2015 og andelen har steget i omtrent alle landets fylker. Kun Troms og Finnmark har en svært liten, men negativ endring i andel årsverk utført av spesialsykepleiere. Økningen er størst i Vestfold og Telemark, som også har økt andelen sykepleiere uten spesialisering. Vestfold og Telemark lå under gjennomsnittet for sykepleierandel i 2015, men har kommet over gjennomsnittet i 2020 når vi ser på de to sykepleierkategoriene samlet. Agder hadde den desiderte høyeste sykepleierandelen i 2015, og har beholdt denne posisjon i 2020 på tross av en reduksjon i sykepleierandelen fra 2015 til 2020.

4.2.2 Utviklingen i andelen ufaglærte fordelt på fylker

I lys av den skisserte utviklingen i andelen sykepleiere og spesialsykepleiere, er det videre interessant å se hvordan andelen årsverk utført av ufaglærte har variert i landets kommuner i samme periode. Ufaglærte er ansatte uten formell utdanning. Gruppen betegnes også som «assistenter». Vi har valgt å bruke samme begrep som brukes i datauttrekket vi har fått fra SSB. Ufaglærte er den eneste gruppen vi har rimelige gode data for på kommunenivå. Uttrekket gjelder for samtlige tre tjenester SSB⁷.

Figur 4.11 Utvikling i andel årsverk utført av ufaglærte i landets kommuner fra 2015 til 2020



Kilde: Uttrekk fra registerdata fra SSB

⁷ Grunnet personvern er noe av dette datagrunnlaget ikke tilgjengelig for analyse. Av 3259 celler med informasjon om årsverk til faglærte og assistenter i 2015 og 2020 er 349 celler utelatt. Disse er nokså jevnt fordelt mellom årene, mellom gruppene og mellom kommunene. Vi tar likevel høyde for at noen feil kan forekomme.

I kartene betyr mørkere farge at prosentandelen årsverk utført av ufaglærte er høyere. I kartene har kommunene markert i mørkest farge over 46 prosent av årsverkene utført av ufaglærte, mens de med lyseste farge har under ti prosent av sine årsverk utført av ufaglærte.

I kartet til høyre er kommuner der andelen årsverk utført av ufaglærte har steget markert i rødt, mens kommuner der andelen har sunket er markert i grønt. I Bjerkreim, Modalen og Skiptvedt er andelen årsverk utført av ufaglærte mer enn halvert. I disse kommunene er fargen mørk grønn. Der fargen er mørkest rød har denne andelen mer enn doblet seg på disse årene. Dette er kommuner som Åseral, Hattfjelldal, Aure og Smøla. Der andelen har steget mest, har den steget med nesten 150 prosent.

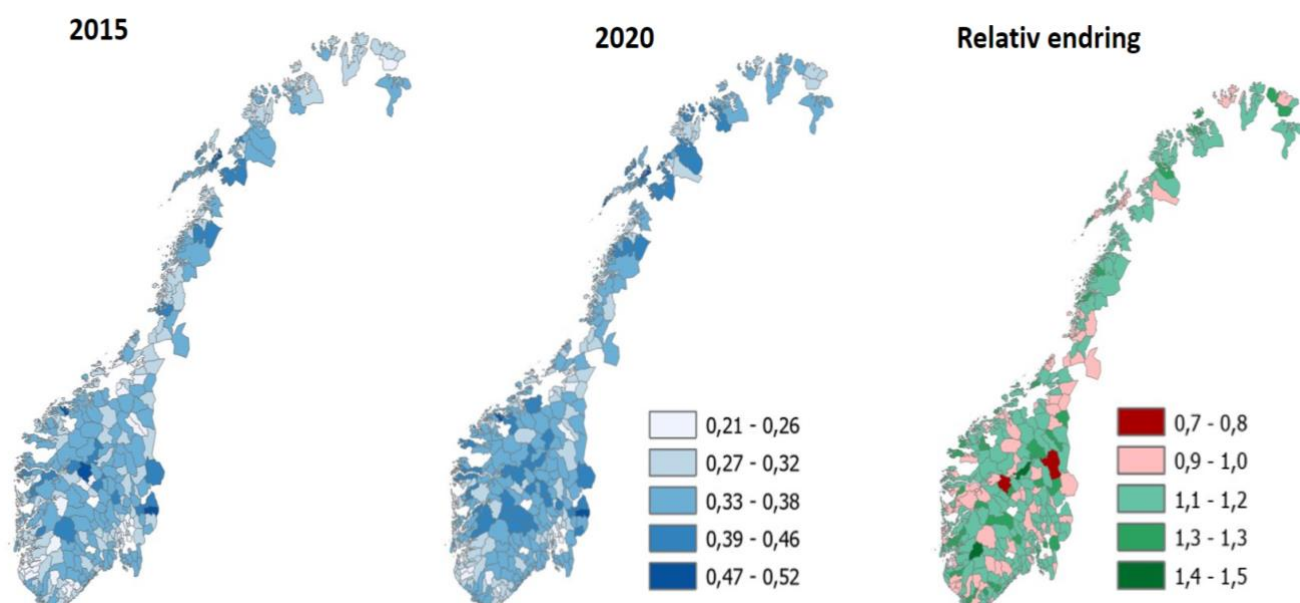
Vi ser at det er noen kommuner som har en veldig lav andel årsverk som er utført av ufaglærte i 2020. Dette er blant annet Ulvik, Vegårshei og Bjerkreim, som er representert av nesten hvit farge i 2020. Noen kommuner som har hatt stor absolutt endring i retning av at større andel årsverk utføres av ufaglærte i denne femårsperioden er Jevnaker, Hattfjelldal, Smøla og Lierne. Flere kommuner har altså hatt både stor absolutt, og relativ endring i andelen årsverk som utføres av ufaglærte i denne femårsperioden.

Hvorvidt variasjonene i årsverk og kompetansesammensetning samsvarer med budsjettet kommunene har til rådighet i den kommunale helse og omsorgssektoren, samt behovene de møter, er temaet for neste avsnitt.

4.3 Kostnader og behov

Én av indikatorene på hvor mye kommunene bruker på helse og omsorg er en variabel som beskriver netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter. I kartene nedenfor er variasjon mellom kommunene i denne prosentandelen beskrevet.

Figur 4.12 Utvikling i netto driftsutgifter til helse og omsorg i landets kommuner fra 2015 til 2020



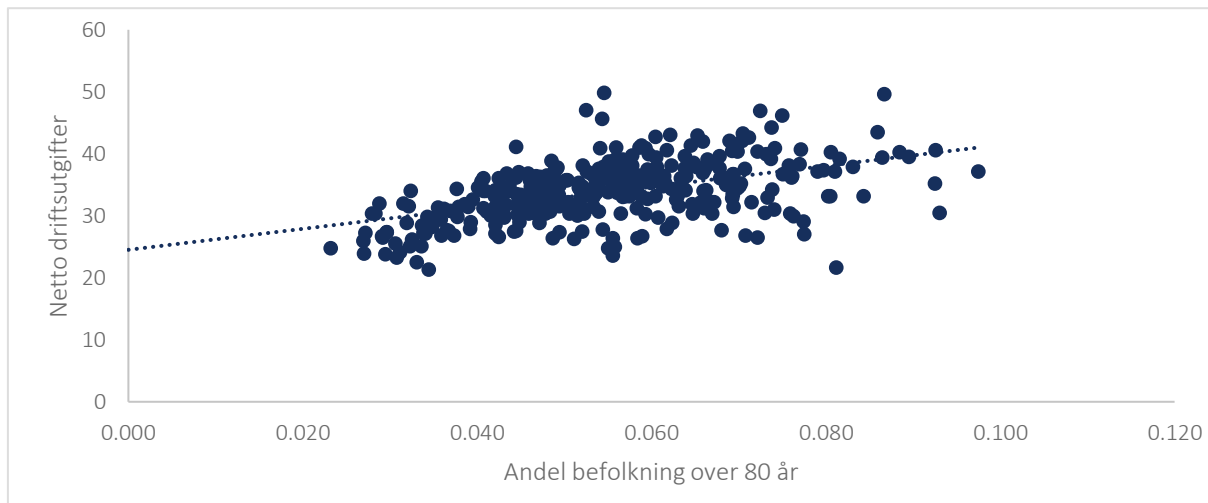
Kilde: SSB tabell 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region, år og statistikkvariabel

I kartene er kommuner der vi ikke har datagrunnlag ekskludert, og mørkere blåfarge betyr høyere netto driftsutgifter til omsorgstjenester som prosent av kommunenes samlede netto driftsutgifter. I kartet til

høyre er den relative endringen i denne prosentandelen fra 2015 til 2020 representert. Her betyr røde farger at prosentandelen har sunket, mens grønne farger betyr at denne andelen har steget.

En kan tenke seg at kommuner med eldre befolkning, eller befolkning med større bistandsbehov trenger å bevilge en større andel av budsjettet til helse og omsorgstjenester. Figuren nedenfor gir en indikasjon på at det kan finnes en sammenheng mellom en høyere andel av befolkningen som er over 80 år og høyere andel av budsjettet til omsorgstjenester i kommunene.

Figur 4.13 Sammenheng mellom andel av befolkning over 80 og netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester som prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter⁸



Kilde: SSB tabell 07459: Befolkning, etter statistikkvariabel, region, år og alder og 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region, år og statistikkvariabel (2020)

Her ser vi at kommuner med en høyere andel av befolkning over 80 år i gjennomsnitt har høyere netto driftsutgifter til helse og omsorg, som andel av totale netto driftsutgifter. Dette tyder på at en eldre befolkning sammenfaller med høyere utgifter til helse og omsorg. Samtidig som befolkningen blir stadig eldre, er det som vist i kapittel 3, også store endringer i bistandsbehovet i befolkningen.

Det er også en positiv korrelasjon mellom netto driftsutgifter og årsverk per 10 000 innbygger. Distriktskommuner har gjennomgående en eldre befolkning enn sentralt beliggende kommuner, og bruker en større andel av netto driftsutgifter på helse- og omsorgssektoren. Det er også mange unntak fra dette mønsteret og flere forklaringsvariabler bak variasjoner i kommunenes budsjettmessige prioriteringer av sektoren.

⁸ Tall hentet fra SSB i kommunene 2020

5 Behov, ressurser og kompetanse

Gjennomgangen i kapittel 3 viser en vekst i etterspørselen etter tjenester som er høyere enn befolkningsveksten, og vi viser at de som mottar tjenester i 2020 har mer omfattende og komplekse behov enn i 2012. Gjennomstrømningen har økt, både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og det stilles stadig større faglige krav til kommunehelsetjenesten i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten ved mottakelse av utskrivningsklare pasienter. Liggetiden på sykehus går fortsatt ned og kommunene tar imot stadig dårligere pasienter med spesialiserte behov som skal behandles videre i kommunehelsetjenestene. I kapittel 4 viste vi at det har vært en vekst i antall årsverk, men at kompetansesammensetningen er omtrent uendret på nasjonalt nivå. Sykepleierandelen er på samme nivå i 2020 som den var i 2015, men en noe større andel av sykepleierne har spesialisering eller videreutdanning. Dataene gir flere indikasjoner på at terskelen for å motta tjenester fra kommunene har økt. Vi har også vist at det er store variasjoner på tvers av kommuner og fylker i andelen ufaglærte i tjenestene og i sykepleierandelen. Det er også store variasjoner i antall årsverk i de tre tjenestene målt per 10 000 innbygger på tvers av kommunene.

På tross av solid dokumentasjon og mye data, er funnene ikke tilstrekkelig til å kunne belyse sammenhengen mellom behov, ressurser og kompetanse i helse og omsorgstjenestene. Vi mangler data for kvalitet og hva som er «tilstrekkelig» kapasitet og kompetanse for å kunne møte behovene og etterspørselen i sektoren. I tillegg er det behov for mer konkret kunnskap om utviklingen i brukernes behov og innhold i betegnelsen «omfattende» behov. Dataene gir heller ikke muligheter til presise koblinger mellom utviklingen i behov og etterspørsel mot kompetanse og kapasitet/årsverk (jf. kapittel 2). For å supplere kunnskapsgrunnlaget sendte vi en elektronisk spørreundersøkelse til omtrent 24 100 sykepleiere tidlig i januar 2022. Spørreundersøkelsen var rettet mot ansatte i institusjon, heldøgns omsorg (bofellesskap, jf. kap 2) og hjemmesykepleien (helsetjenester i hjemmet). Formålet med undersøkelsen var å få en bedre forståelse og mer kunnskap om utvikling i arbeidsbelastning og brukeres behov, utfordringer i arbeidshverdagen, innhold og kompleksitet i oppgaver, for å nevne noe. Spørreundersøkelsen ble påbegynt av over 8000, og omtrent 6200 respondenter besvarte hele spørreundersøkelsen på tvers av institusjon, heldøgns omsorg og hjemmetjenesten. Spørsmålene respondentene ble bedt om å besvare er av ulike typer. Én type er gradsspørsmål, hvor respondentene ble bedt om å vurdere en rekke forhold på en numerisk skala, en annen type spørsmål er å velge type utsagn som best stemte overens med deres arbeidshverdag, og i noen tilfeller ble respondentene oppfordret til å svare deskriptivt. Spørreskjemaet følger i vedlegg A. Oversikt over respondentene gis i vedlegg B.

Kapittelet starter med en beskrivelse av tjenestene der vi har spurt respondentene om faktainformasjon om tjenestene. Deretter går vi gjennom vurderinger av utfordringer og sykepleierens vurdering av kompetanse og kapasitet i ulike sammenhenger. Til slutt analyserer vi sammenhenger mellom svar der vi ved å krysse variable søker å finne forklaringsvariabel bak funnene i de første kapitlene. Vi viser også geografiske variasjoner på sentrale variabler.

Resultatene viser at sykepleierne er samstemte i at brukernes behov har blitt mer omfattende og at arbeidsbelastningen har økt. De bekrefter også at terskelen for å motta tjenester er økt, og at det stadig stilles større krav til samhandling og opplæring i bruk av spesialutstyr og prosedyrer ved mottagelse av utskrivningsklare pasienter. Dette gjelder for hele landet. På andre variable er det større variasjon mellom tjenestene og også geografiske variasjoner.

5.1 Beskrivelse av tjenestene

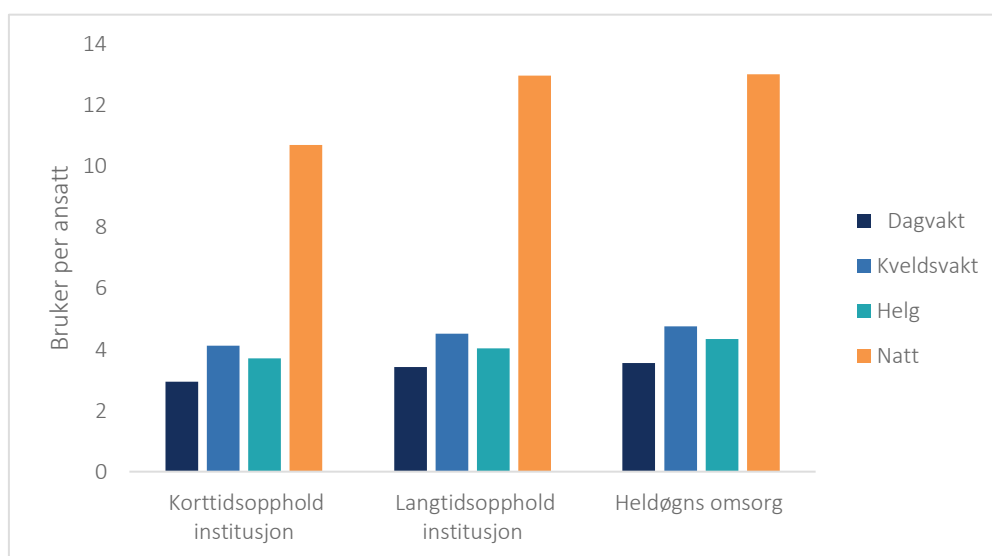
Vi starter med å beskrive svar på faktaspørsmål om tjenestene og arbeidshverdagen. Under følger flere figurer, som gir en oversikt over svarene på et overordnet nivå. Svarene tas videre til analyser og sees i sammenheng med andre funn i etterfølgende kapitler.

5.1.1 Institusjon og heldøgns omsorg

I institusjon og heldøgns omsorg har respondentene svart på de samme spørsmålene. I det følgende presenterer vi derfor resultatene for begge disse tjenestetypene sammen. Der det er relevant og vesentlige forskjeller på hvordan respondenten har svart, har vi også skilt mellom langtids- og korttidsopphold i institusjon.

Respondentene ble spurt om hvor mange ansatte de er på ulike typer vakter, og hvor mange brukere de har på sin avdeling. Dette har gitt grunnlag for å kunne beregne hvor mange brukere det er per ansatt på ulike vakter. Figur 5.1 viser gjennomsnittlig antall brukere per ansatt på vakt for ulike typer vakter.

Figur 5.1 Bruker per ansatt for institusjon og heldøgns omsorg fordelt på vakter



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Vi ser at det er store likheter mellom tjenestetypene i bruker per ansatt på de ulike vaktene. Det er færre ansatte på vakt på kvelden enn i helgen, og dekningen er spesielt lav på nattevaktene. Gjennomsnittlig antall brukere per ansatt i heldøgns omsorg på nattevakt er på hele 13 brukere, og noe lavere for korttids institusjon. Vi ser av figuren at korttids institusjon har noe færre brukere per ansatt enn de øvrige to kategoriene og at dette særlig gjelder for natt.

Korttidsinstitusjon brukes blant annet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, behandling av dårlige og også ofte døende pasienter, observasjoner og utredning. Sett i lys av funksjonen korttidsinstitusjon har fått, framstår forskjellene som små.

Det ble også spurt om hvor mange sykepleiere det vanligvis er på vakt på avdelingen. Flere av respondentene har besvart dette spørsmålet ved å oppgi intervaller, eller knyttet en kommentar til svaret. Svarene kan vært av typen; mellom 2-5, minst 1, 0-1, av og til ingen, stort sett 1, en på dag enten lørdag eller søndag, 1 på 16 pasienter eller 2 på 44 pasienter, 1 eller kun tilgjengelig sykepleier i bakvakt,

1 men ikke hver dag, enkelte helger ingen sykepleier, ikke hver kveld, 1-2 på dag på avdelingen og 1 sykepleier på tre avdelinger natt og helg, av og til er det kun meg, en på hele huset, en på fire- fem-seks avdelinger natt, ofte ingen, osv.

Vi har kodet disse svarene om til tall. Der antall sykepleiere på vakt er oppgitt med et intervall, har vi brukt gjennomsnittsverdien. Der svaret er av og til ingen, har vi lagt inn null som en verdi og forsøkt å beregne et vektet gjennomsnitt basert på informasjonen som er oppgitt. Der det er oppgitt 1 sykepleier på 3 avdelinger har vi regnet $1/3$ sykepleier per avdeling. Kodingen og de store variasjonene i svarene for helg, natt, og kveldsvakt, gir en mulig feilkilde og gjør at resultatene på spørsmålet om antall sykepleiere på vakt, er mindre presise enn svaret på spørsmålet om antall ansatte på vakt.

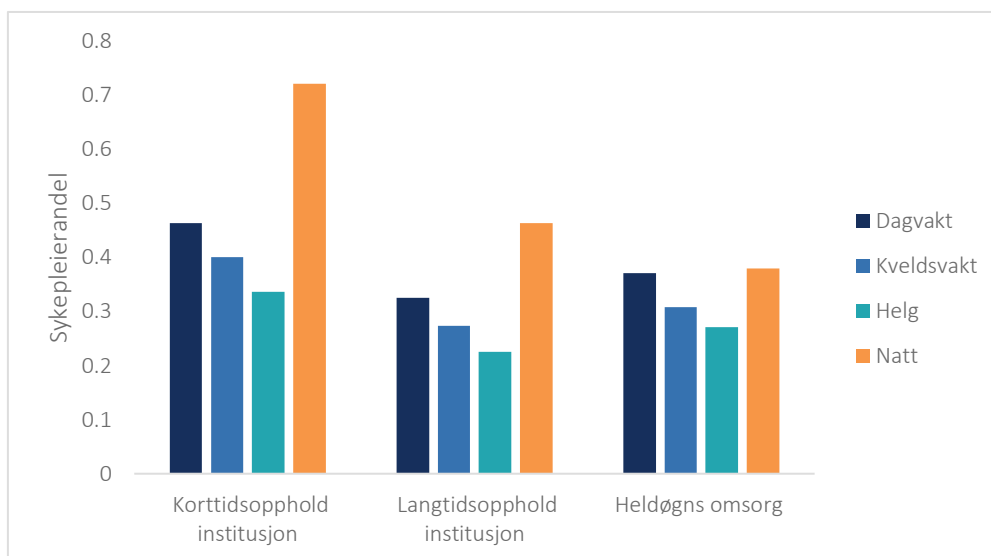
Med denne usikkerheten i anslagene for antall sykepleiere på vakt, har vi brukt tallet videre til å beregne sykepleierandelen på ulike vakter. Resultatet av beregningen er vist i Figur 5.2. Som i ovenstående figur ser vi at det er nattevaktene som skiller seg ut. Her skiller nattevakt seg ut med en høyere sykepleierandel enn på de øvrige vaktene. Fra intervjuene har vi fått opplyst at det er vanlig å stille krav til at det alltid skal være en sykepleier på vakt, og at også ofte stilles krav til viss dekning av sykepleiere for å sikre forsvarlig drift. Andre faggrupper kan i større grad kan velges bort på nattevaktene.

I datamaterialet ser vi en stor andel svar som til en viss grad kan bekrefte denne praksisen. Vi finner 650 respondenter i kategorien sykehjem som har svart at det kun er 1 sykepleier alene på vakt natt, noe som naturlig nok trekker sykepleierandelen opp. I gjennomsnitt er det oppgitt 18 beboere på disse avdelingene, men med en spredning fra 8 til 60 beboere per sykepleier på vakt. Tilsvarende er det om lag 60 respondenter i kategorien heldøgns omsorg som har svart at det kun er en sykepleier på vakt natt. Disse har i gjennomsnitt ansvaret for 21 beboere med en spredning fra 12 til 60 brukere per sykepleier. Til sammenligning er det 450 respondenter i kategorien sykehjem som har svart at det er 2 på vakt natt, hvorav 1 er sykepleier. I gjennomsnitt er det 20 beboere på disse avdelingen med en spredning fra 6 til 45 beboere. Vi har også om lag 1100 respondenter som har oppgitt at det ikke er sykepleier på nattevakt, men noen av disse har oppgitt at de har tilgang til bakvakt. Dette er avdelinger som dekker fra 1 til 60 brukere, med et gjennomsnitt på 14 brukere per ansatt. Dette tilsier at på langt nær samtlige institusjoner følger en praksis om at det alltid skal være minst en sykepleier på vakt.

Ellers ser vi at sykepleierdekningen synes lavest i langtidsopphold i institusjon, og noe høyere på korttidsavdelingene. Dette kan ha sammenheng med at brukerne i korttidsopphold har mer akutte og/eller komplekse helsebehov i enn gjennomsnittet for hhv langtids institusjon og heldøgns omsorg.

Figuren må tolkes i lys av usikkerheten som følger av kodingen fra oppgitte intervaller og svarene som er gitt på spørsmålet om antall sykepleiere på ulike vakter. Beregningen av sykepleierandelen på natt vurderes som mest usikker, men tendensen med en betydelig høyere sykepleierandel på natt enn på øvrige vakter, er robust. Resultatene viser ellers stor spredning i sykepleierandelen, noe som særlig ser ut til gjelde for natt.

Figur 5.2 Sykepleierandelen fordelt på vakter og type institusjon



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022.

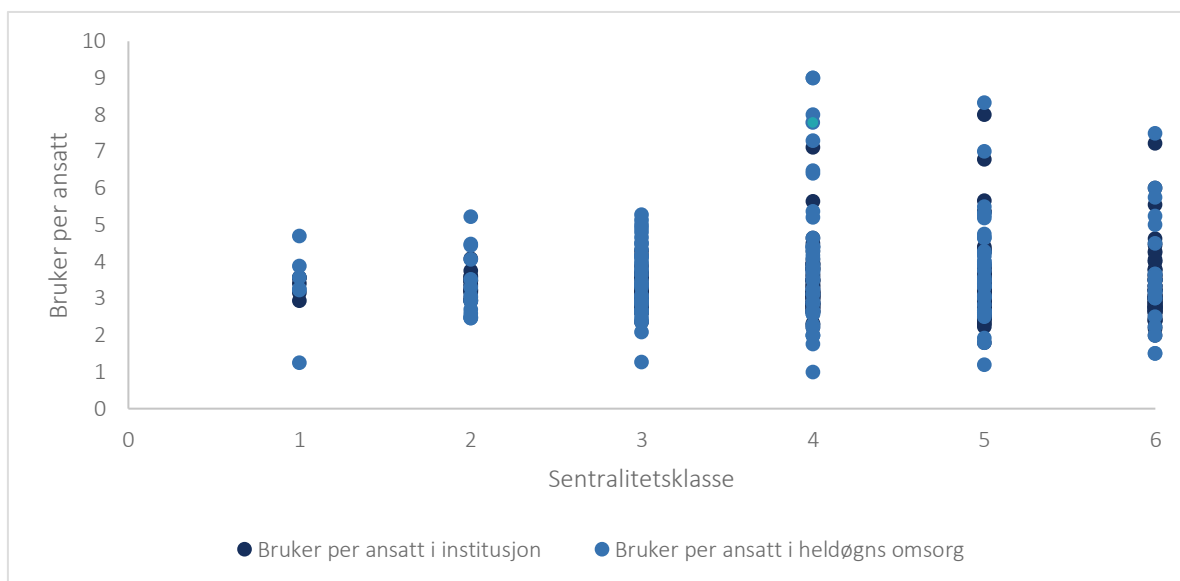
En høy sykepleierandel på natt skyldes lav bemanning total slik det framgår av Figur 5.1. Antall brukere per sykepleier på vakt på natt for institusjon og heldøgns omsorg har et gjennomsnitt fra 15 til 25, og går opp til 100 beboere per sykepleier. I tillegg kommer som nevnt en stor andel avdelinger hvor det ikke er sykepleier på vakt natt, helg og/eller kveld.

Sykepleierandelen på vakt, er høyere enn sykepleierandelen vi finner i registerdataene for hv institusjon og bofellesskap. Dette gjelder særlig for bofellesskap. En mulig forklaring på denne forskjellen kan være at en andel av de øvrige årsverkene ikke er direkte knyttet til pasientarbeid, og derfor ikke definert inn i det å være på vakt. Bofellesskap har en stor andel brukere som krever aktivisering og oppfølging på dagtid. Aktivitører, fysioterapeuter, rusterapeuter og andre faggrupper, er dermed ikke nødvendig på det som betegnes som å være på vakt, selv om de arbeider med brukerne. I spørreundersøkelsen definerte vi ikke heldøgns omsorg. Respondentene definerte selv hvilken kategori de utførte sitt hovedarbeid i. Heldøgns omsorg kan derfor dekke en større gruppe enn det som tilsvarer registerdataenes funksjon bofellesskap. Heldøgns omsorg ble som tidligere vist, en egen kategori i statistikken fra 2019, men er kun registret for tjenestemottakere. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan derfor gi et riktigere bilde av årsverk og sykepleierandel i denne tjenestekategorien enn å bruke registrerte årsverk i bofellesskap.

Strukturelle sammenhenger og forklaringer

Sykepleierandelen fordelt på vakter og institusjonstyper varierer med en rekke faktorer. Én av disse faktorene er kommunens sentralitet. I det følgende har vi generert gjennomsnittsverdier for brukere per ansatt og sykepleierandel på kommunalt nivå, og sett dette opp mot kommunens sentralitet. Vi har brukt SSB sin sentralitetsindeks der 1 er de mest sentrale kommunene og 6 de minst sentralt beliggende kommunene. Her er de mest sentrale områdene i landet på venstre side (laveste sentralitetsindeks), med stigende verdier for mindre sentrale områder. Som vi ser av figuren er det minst variasjon mellom de mest sentrale kommunene, mens det er betydelig større variasjoner i de minst sentrale kommunene.

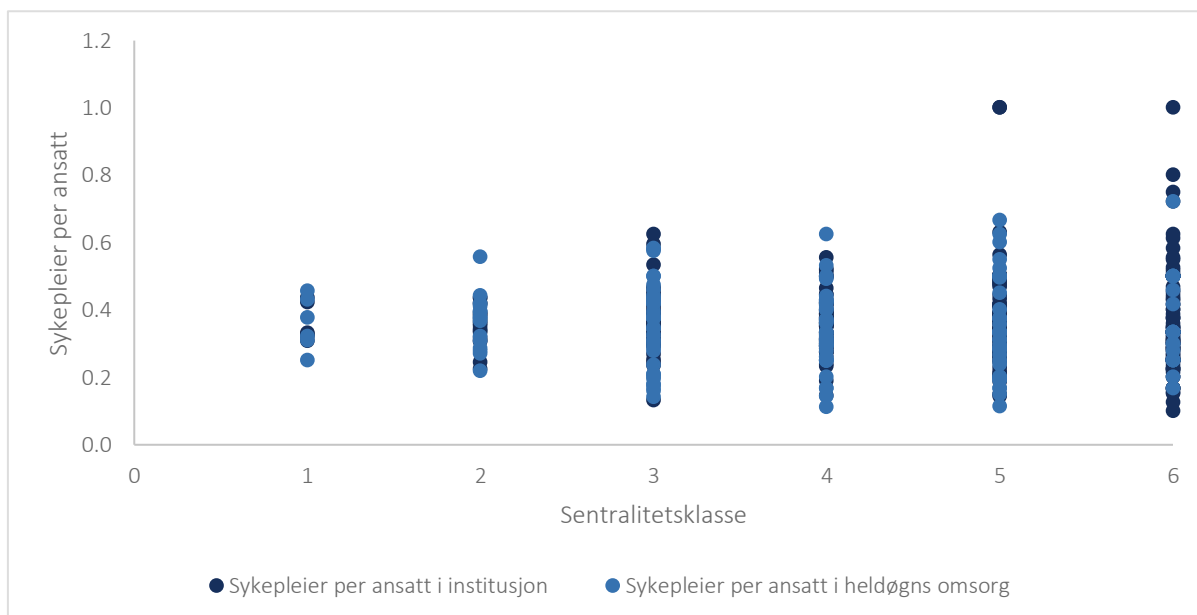
Figur 5.3 Sammenheng mellom sentralitet og bruker per ansatt



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022 og Sentralitet 2020 - Kommuneinndeling 2020 (SSB)

Ser vi på sykepleierandelen viser den enda større variasjon der spredningen øker med sentralitetsklasse. Dette betyr med andre ord at sykepleierandelen i de mest sentrale kommunene er har mindre spredning på tvers av kommunene, mens denne andelen viser stor spredning i de mindre sentrale kommunene. Det er blant de minst sentrale kommunene vi finner den høyeste sykepleierandelen, men også der vi finner den laveste sykepleierandelen. Vi får det samme bilde om vi kontrollerer for størrelse, der spredningen er størst i gruppen med små kommuner.

Figur 5.4 Sammenheng mellom sentralitet og sykepleierandelen målt i sykepleier per ansatt



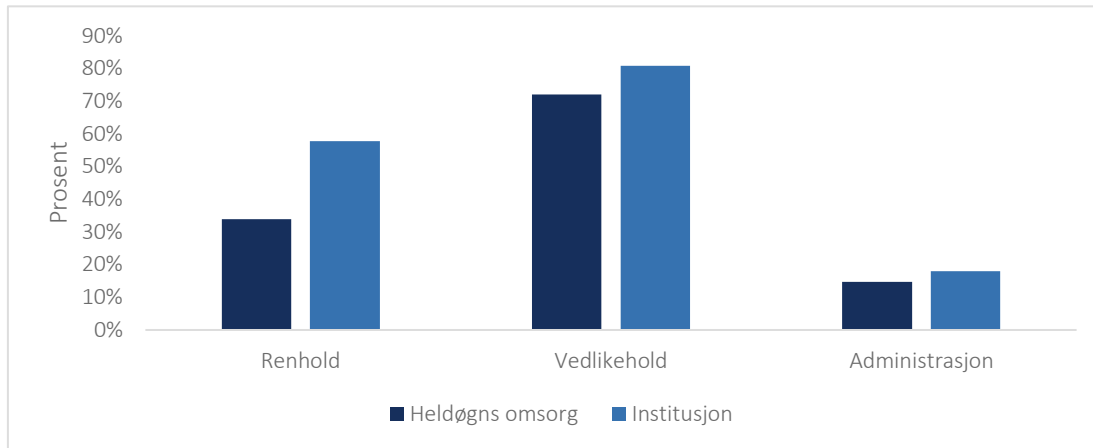
Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022 og Sentralitet 2020 - Kommuneinndeling 2020 (SSB)

Resultatene stemmer godt med vurderingene av betydningen sentralitet og kommunestørrelse har for de ulike tjenestetilbudene, årsverk per 10 000 innbygger og sykepleierandelen beregnet fra registerdataene. Sykepleierandelen ligger som nevnt høyere enn det som framkommer fra registerdataene.

5.1.2 Betydning av støttepersonell

Videre ble respondentene spurt om hvorvidt sykepleierne har støttepersonell på sin arbeidsplass, som kan hjelpe og avlaste med følgende tre typer oppgaver; renhold, vedlikehold og administrasjon.

Figur 5.5 Andelen respondenter som har oppgitt at de har tilgang til støttepersonell

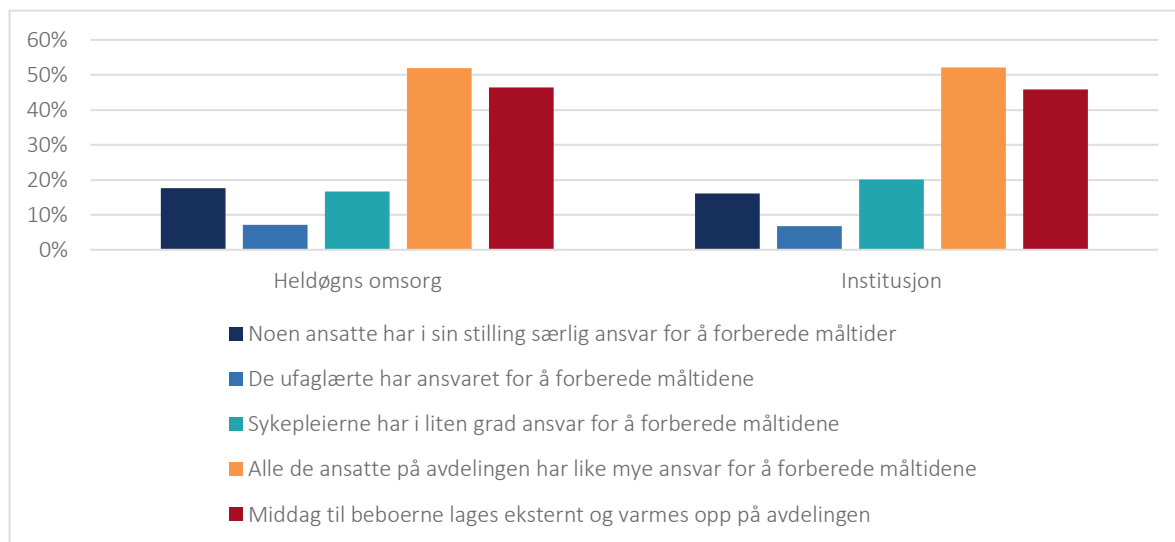


Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Figuren viser andelen respondenter som har svart at de har støttepersonell til disse oppgavene på arbeidsplassen sin. Det er flere ansatte i institusjon som svarer at de har tilgang til støttepersonell, enn ansatte i heldøgns omsorg. Størst forskjell er det i bruk av støttepersonell til renhold og vasking. Kun 34 prosent oppgir at de har tilgang til disse funksjonene i heldøgns omsorg, mot 58 prosent i institusjon. Kategorien administrasjon dekker; å svare på telefoner, bestille transport og varer, ringe etter vikarer m.m. Renhold inkluderer klesvask, mens vedlikehold er forklart med «vaktmestertjenester».

Videre er respondentene spurt om hvordan de organiserer måltider på sin arbeidsplass. Figuren under viser fordeling av antall svar innad i de to tjenestetypene på ulike utsagn som er ment å beskrive måten matlaging organiseres på. Det var mulig å krysse av for flere alternativer. Prosentandelen viser til prosent av respondentene som har krysset av for alternativet og summerer seg derfor til over 100 prosent.

Figur 5.6 Organisering av måltider: fordeling mellom svaralternativer



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

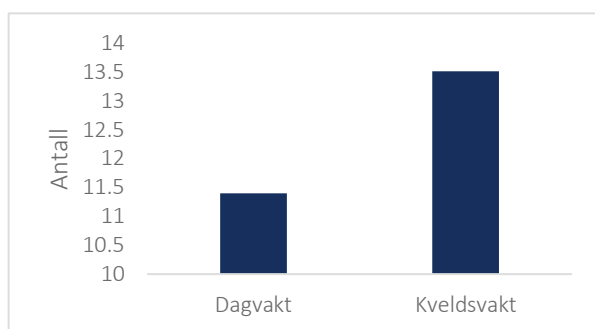
Figur 5.6 viser hvordan respondentene svarer at måltider er organisert på arbeidsplassen sin. Vi ser at flest (over 50 prosent) svarer at alle ansatte på avdelingen har like mye ansvar for å forberede måltidene, og færrest svarer at ufaglærte har ansvaret for dette. Svarfordelingen er omtrent lik for institusjon og heldøgns omsorg, men med en noe større andel sykepleiere på institusjon som slipper å forberede måltider. I delkapittel 5.4 kommer vi tilbake til spørsmålet om organisering av matlaging og bruk av støttepersonell der svarene settes i sammenheng med vurderinger av hvorvidt respondentene mener at ressurser og kompetanse brukes hensiktsmessig.

5.1.3 Hjemmesykepleien

Respondenter ansatt i hjemmesykepleien ble stilt litt andre spørsmål enn ansatte i de to tjenestetypene beskrevet over. Her er antallet brukere de besøker på en vanlig vakt, samt tiden de oppgir å bruke på reising interessante variabler.

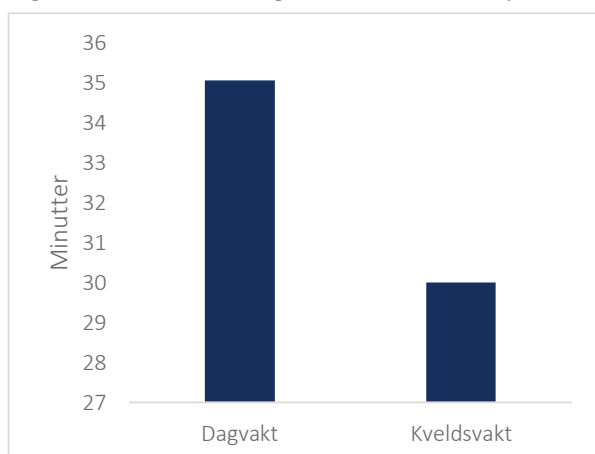
Figurene under viser gjennomsnittlig antall brukere respondentene besøker i løpet av en vakt, samt gjennomsnittlig tid de bruker inne hos disse brukerne. Gjennomsnittlig tid hos bruker er utledet på bakgrunn av tiden respondentene oppgir å reise i løpet av en gjennomsnittlig vakt.

Figur 5.7 Brukere besøkt på dag og kveldsvakt⁹



I gjennomsnitt besøker respondentene litt over 11 brukere på en vanlig dagvakt, og 13.5 på en vanlig kveldsvakt. Her er det ganske stor variasjon i svarene. Standardavviket for antall brukere besøkt er omtrent 4 og 4.7 for henholdsvis dag- og kveldsvakt. I vedlegg B er det inkludert et diagram som viser spredningen i disse svarene for bruker besøkt per dag på kommunenivå.

Figur 5.8 Beregnet tid hos bruker per besøk



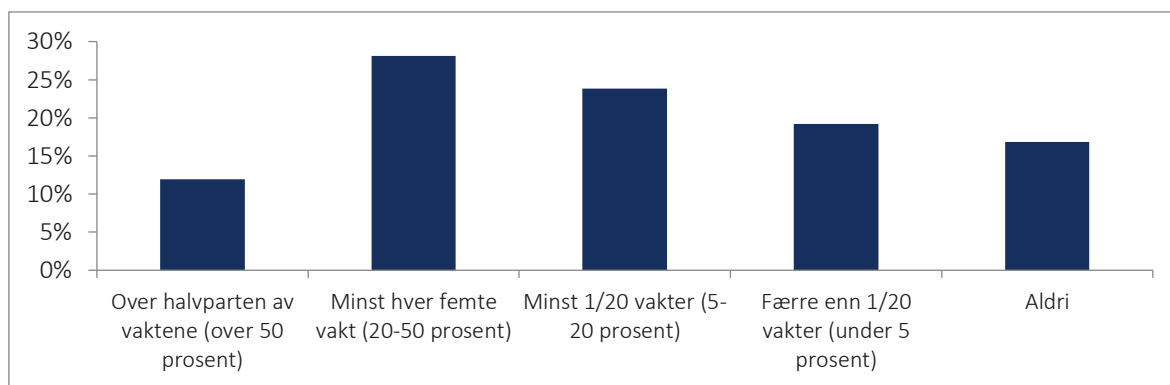
I Figur 5.8 vises beregnet tid hos bruker per besøk der det framgår tydelig at respondentene bruker mindre tid på sine brukere på kveldsvakter, enn på dagvaktene. Dette følger direkte av at de besøker flere i gjennomsnitt på kveldsvaktene, ettersom disse gjennomsnittsverdiene er utledet på bakgrunn av respondentene som har oppgitt reisetiden sin på en gjennomsnittlig vakt. Det er ikke tatt hensyn til ulik tid til administrasjon og/eller pauseavvikling i disse beregningene, ettersom vi ikke har datagrunnlag til å si noe om dette.

⁹ Her er det ekskludert de respondentene som har svart at de ikke besøker noen brukere. Gjennomsnittlig tid inne hos bruker er utledet på bakgrunn av oppgitt total reisetid og gjennomsnittlig antall brukere besøkt i løpet av vakt. Det er ikke tatt hensyn til at administrasjon og pausetid kan variere.

I gjennomsnitt reiser respondentene litt over 1,5 time i løpet av vekten. Også her er det en del spredning i svarene som er oppgitt. Likevel har i underkant av nitti prosent av respondentene svart verdier som ligger under 2,5 time mens den maksimale observerte verdien er rundt 7 timer¹⁰.

Vi har også spurt om hvor ofte respondentene opplever at reisetiden utgjør mer enn halvparten av vaktene. Svarene vises i Figur 5.9. Som det framgår av figuren er det det over 10 prosent som opplever at reisetiden utgjør over halve vekten. Fra intervjuene har vi fått informasjon om at det er særlig krevende å rekruttere sykepleiere og annen helsefaglig kompetanse til stillinger der en stor andel av arbeidstiden går til reising. Vi finner eksempler der vaktområder er slått sammen for å fordele reisebelastningen. Denne type tilpasninger kan forklare at nær 30 prosent svarer at reisetiden utgjør mer enn halvparten av vekten på minst hver femte vakt. Det må antas at de fleste tjenestemottakerne med lang reisevei mottar tjenester oftere enn det som tilsvarer 20-50 prosent av en sykepleieres vakter. Resultatene trekker dermed i retning av at reisebelastningen fordeles, noe som også må bety at brukerne må forholde seg til flere personer.

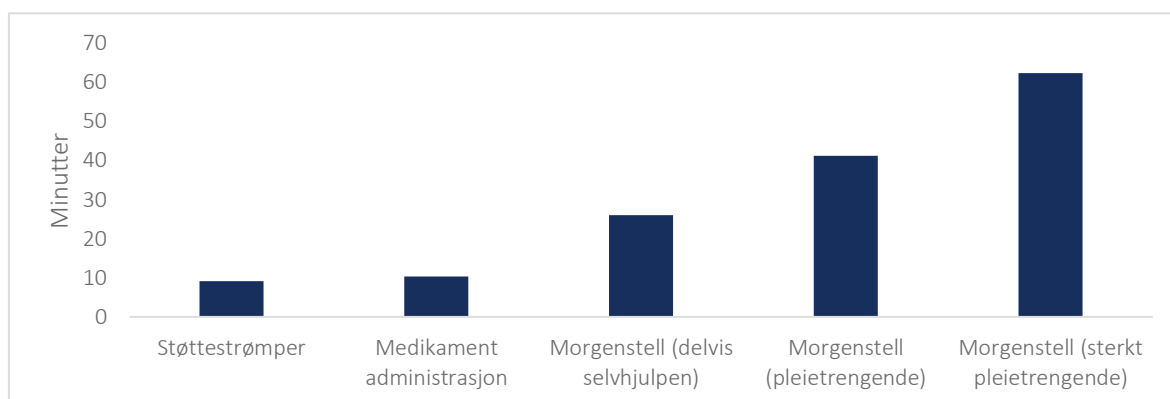
Figur 5.9 Hvor ofte opplever du at reisetiden utgjør mer enn halvparten av vaktene? (kryss av for det alternativet som passer best).



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Respondenter ansatt i hjemmesykepleien ble også spurt om tidsbruk på en rekke oppgaver hos tjenestemottakeren. Figur 5.10 viser gjennomsnittlig oppgitt tidsbruk på disse oppgavene.

Figur 5.10 Tidsbruk på ulike oppgaver i hjemmetjenesten (minutter)



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

¹⁰ Vi har ansett verdier som ligger over 7,5 time som ulogiske. Disse har derfor blitt ekskludert.

I gjennomsnitt bruker respondentene rundt ti minutter på å hjelpe til med støttestrømper og medikamentadministrasjon. Som forventet stiger gjennomsnittlig tid brukt på morgenstell med graden av bistandsbehov hos bruker. Også her er det en del spredning i oppgitt tid blant respondenter. Relevant i denne sammenheng er også økningen i både andel og antall brukere som er registrert med omfattende behov (jf. kapittel 3).

Nesten 40 prosent av respondentene ansatt i hjemmesykepleien oppgir at noen av brukerne de besøker bor i heldøgns omsorgsboliger. Dette har liten effekt på hvor mange brukere de oppgir å besøke i gjennomsnitt i løpet av sin vakt, men disse oppgir å reise rundt 8 minutter mer i gjennomsnitt enn de som ikke besøker brukere som bor i heldøgns omsorgsboliger. At disse reiser mer, men besøker like mange, kan tilsa at det er mer effektivt å besøke brukere i omsorgsboliger, ettersom flere brukere bor på samme sted. Vi ser også at en større andel besøker brukere som bor i omsorgsboliger dersom de arbeider i mindre sentrale strøk.

Videre i kapittelet beskrives utfordringer på arbeidsplassen skissert av respondentene, før vi viser hvordan respondentene vurderer bruken av kompetanse og ressurser, betydningen av organisering og bruk av strategisk arbeid.

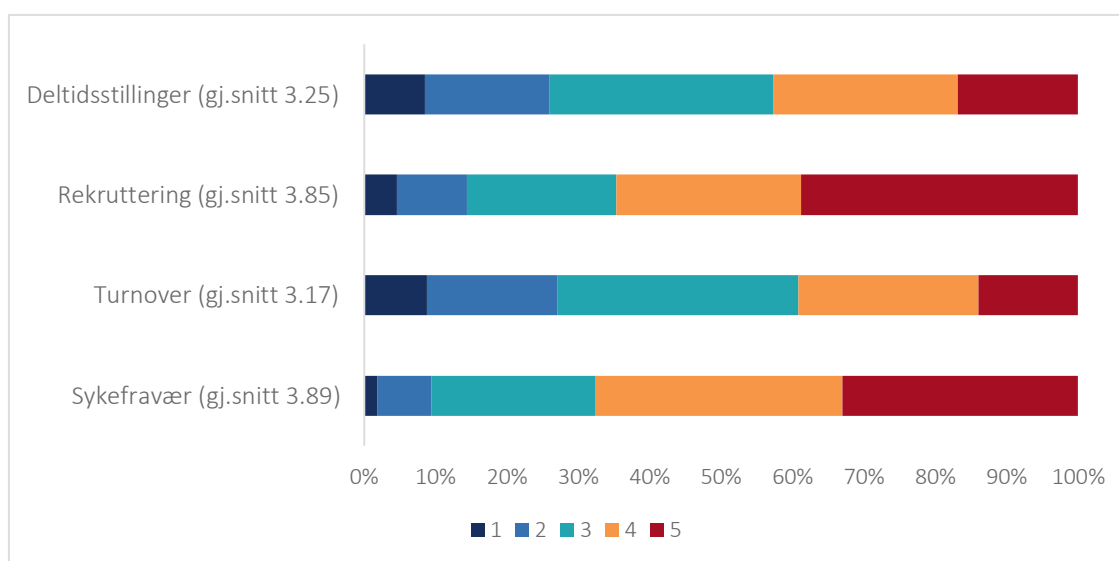
5.2 Utfordringer

I det følgende beskrives ulike utfordringer respondentene oppgir å møte i sin arbeidshverdag.

5.2.1 Utfordringer på arbeidsplassen

Respondentene i undersøkelsen ble bedt om å oppgi svar knyttet til utfordringer og endring i belastning på arbeidsplassen sin. Blant spørsmålene er «i hvilken grad er følgende forhold en utfordring på din arbeidsplass». I Figur 5.11 er svarfordelingen på utfordringene vist for alle respondenter.

Figur 5.11 «I hvilken grad er følgende forhold en utfordring på din arbeidsplass? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".» (gjennomsnitt av alle tjenestetyper)

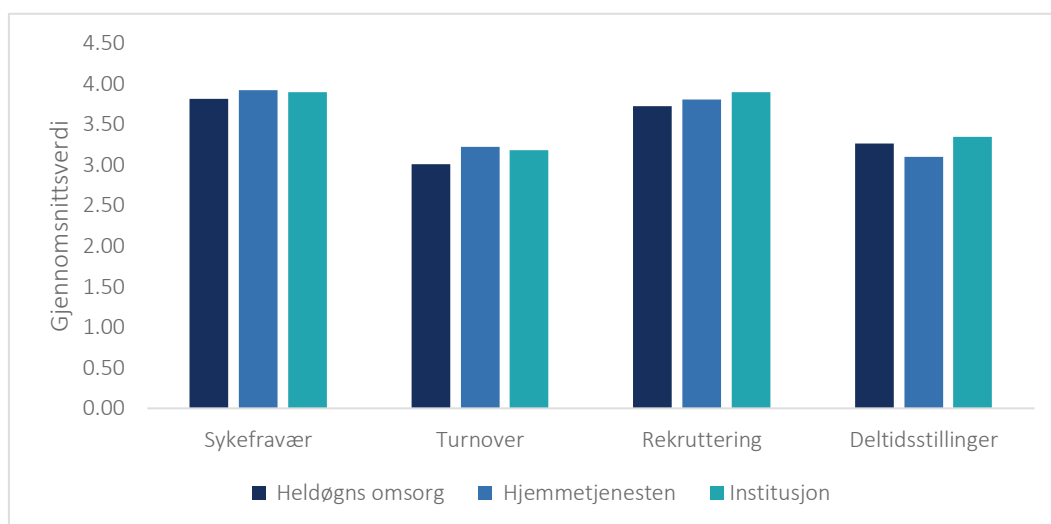


Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Respondentene svarer relativt likt på tvers av tjenestetypene. Figur 5.11 viser gjennomsnittsverdien for de fem mulige utfordringene for tjenestetypene hver for seg.

Det er flest som mener at rekruttering og sykefravær i stor grad er en utfordring på arbeidsplassen sin. Turnover oppfattes som en noe mindre utfordring blant respondentene, men har likevel en gjennomsnittsverdi på over 3 og må betraktes som en vesentlig utfordring.

Figur 5.12 Utfordringer på arbeidsplassen, etter tjenestetype. Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad"



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

At gjennomsnittsverdien på alle utfordringene ligger over tre tyder på at respondentene i snitt mener at samtlige forhold er en utfordring på arbeidsplassen sin.

Sykefravær og turnover er i størst grad en utfordring i hjemmetjenesten, mens rekruttering og deltidsstillinger er største utfordringer i institusjon. Merk at det er ganske små forskjeller mellom tjenestetypene i deres vurdering av utfordringene.

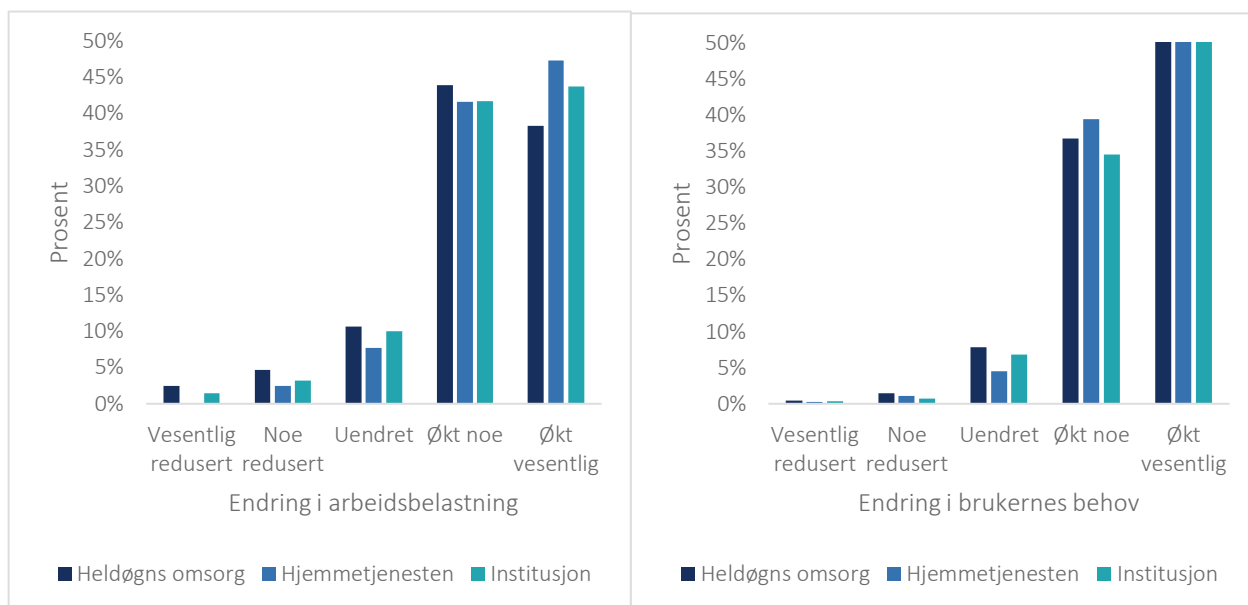
Sykepleierens vurderinger av utfordringene er analysert i sammenheng med kommunenes vikarbruk. I vedlegg B viser vi en analyse av sammenhengen mellom kostnader til vikar målt per innbygger i kommunen og sykepleierens vurderinger av utfordringer på arbeidsplassen. Vi finner en signifikant sammenheng mellom alle utfordringene og bruken av vikartjenester. I den samme analysen har vi også vurdert betydningen av sentralitet på vikarbruk og kostnader til vikarbruk. Analysen bekrefter for det første at sykepleierne har en realistisk vurdering av utfordringene, og at de som opplever de største utfordringene også har en omfattende vikarbruk. For det andre viser svarene at utfordringene oppfattes som belastende i arbeidshverdagen.

5.2.2 Utvikling i brukernes behov og arbeidsbelastning

Videre ble respondentene bedt om å vurdere hvorvidt arbeidsbelastning og brukernes behov har endret seg de siste 3-4 årene. For alle tjenestetypene sett under ett svarer rundt 85 prosent av respondentene at arbeidsbelastningen har økt noe, eller at den har økt vesentlig de siste 3-4 årene. Videre svarer en like stor andel at brukernes behov har økt noe eller vesentlig i perioden.

Ser vi på tjenestetypene hver for seg, svarer en størst andel, hele 47 prosent, at arbeidsbelastningen har økt vesentlig i hjemmetjenesten. Likevel svarer en størst andel at brukernes behov har økt vesentlig i institusjon, hele 57 prosent. Dette sett i sammenheng kan støtte opp om at flere tyngre pasienter bor hjemme lenger, og at når de først kommer på institusjon, er de dårligere enn de var tidligere. Videre har arbeidsbelastningen økt mer i korttidsavdeling, enn i langtidsavdeling på institusjon.

Figur 5.13 Svarfordeling etter tjenestetype, om utvikling i brukernes behov og arbeidsbelastning



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

På spørsmål om arbeidsbelastningene har økt ser vi at de aller fleste mener den den har økt noe eller vesentlig. Det samme gjelder for vurderingen av endringer i brukernes behov. Svarene indikerer at endringer i brukernes behov i liten, om noen grad, samsvarer med sektorens kapasitet til å møte behovene.

På spørsmål om hvorvidt det har blitt vanskeligere å få institusjonsplass i kommunen de siste årene svarer omtrent 80 prosent av respondentene at brukerne må være mer pleietrengende nå enn for 3-4 år siden for å få tildelt institusjonsplass. Svarene støtter opp under gjennomgangen i de foregående kapitlene som viser økt kompleksitet i behov og etterspørsel som kommunen skal dekke, uten at kommunenes kapasitet og kompetanse i tjenestene nødvendigvis har fulgt med.

5.2.3 Spesialisthelsetjenesten, komplekse oppgaver og samhandling med andre instanser

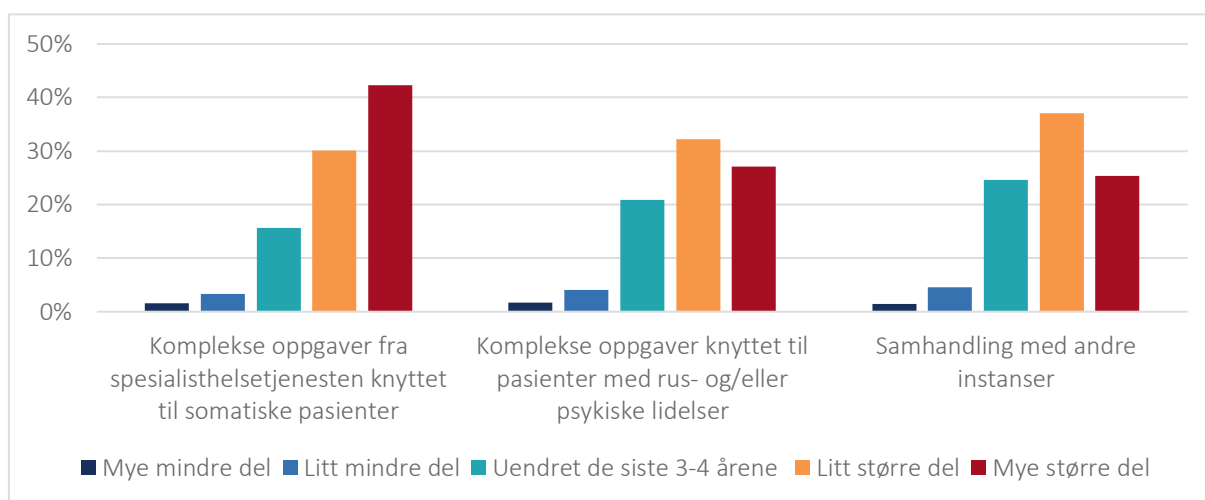
På spørsmål om hvorvidt komplekse oppgaver fra spesialisthelsetjenesten knyttet til somatiske pasienter utgjør en mer eller mindre del av arbeidshverdagen nå enn for 3-4 år siden svarer over 40 prosent av respondentene totalt at dette utgjør en mye større grad av arbeidshverdagen. Av disse er det en størst andel av ansatte i hjemmetjenesten som mener at komplekse oppgaver fra spesialisthelsetjenesten utgjør en mye større grad av oppgavene enn tidligere.

På spørsmål om hvorvidt komplekse oppgaver knyttet til pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser opptar mer av arbeidshverdagen enn tidligere, svarer over 60 prosent i alle tjenestetypene at dette

utgjør enten litt større del, eller mye større del av arbeidshverdagen. Disse andelene er relativt stabile på tvers av tjenestetypene.

På spørsmål om hvorvidt samhandling med andre instanser tar mer tid nå enn for 3-4 år siden svarer flest i hjemmetjenesten at dette opptar mer tid enn tidligere. Til sammen i hjemmetjenesten har over 70 prosent svart at samhandling med andre instanser opptar litt større, eller mye større del av arbeidshverdagen. Pasienter som overføres fra spesialisthelsetjenestene har ofte mer omfattende og komplekse behov, og det brukes også tid på opplæring i bruk av utstyr og prosedyrer for å ivareta brukernes behov når de overføres til kommunehelsetjenesten. Dette kommer vi tilbake til i delkapittel 5.3.1 der vurdering av kompetanse er tema.

Figur 5.14 Utgjør følgende oppgaver en større/mindre del av arbeidshverdagen din i dag enn for 3-4 år siden?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

5.2.3.1 Oppgaver og endringer i arbeidsdagen oppgitt i fritekstsvaer

På spørsmålet om hvilke oppgaver som utgjør en større eller mindre del av arbeidsdagen nå enn for 3-4 år siden var det også mulig å svare i et fritekstfelt. Under har vi listet opp noen utsagn som er representative for et stort antall svar:

Svar relatert til samhandlingsreformen og samarbeid med spesialisthelsetjenesten

- Det kommer hjem sykere pasienter. Må læres opp så godt det går!
- Avanserte oppgaver som tidligere låg til spesialisthelsetjenesten er flytta ut i kommunane etter samhandlingsreforma som: dialyse, cytostatika på veneport, smertebehandling, SVK, rehabilitering, rus og psykiatri. Mange avanserte oppgaver utan at det følger midlar med til kompetanseheving og meir ressursar.
- Større kompleksitet, fleire sjukdommar med auka levealder, tyngre brukarar, tidligere ut frå sjukehus, hyppigare kontakt med helseføretak, lege, legevakt etc
- Sykepleier bruker mye tid til koordinering fastlege, apotek, sykehus og primærhelsetjeneste
- Ser klart at pasienter som tidligere var innlagt på sykehus skrives tidligere ut og er hjemme med oppfølging fra hjemmesykepleien. F eks: total parenteral ernæring eller væskebehandling via cvk eller picline/midline. Kreftbehandling med smertebehandling fra hjemmesykepleien.

Ellers smertebehandling med smertepumper. Hjemmedialyse. O2 behandling, hostemaskin har vi pasienter som har og har hatt pasient hjemme med hjemmerespirator.

- Avanserte prosedyrer til pasienter som blir meldt på kort varsel. Har ofte sett prosedyrefilmer på YouTube som jeg håper samsvarer med pasientens utstyr og prosedyre (om dette foreligger, noe det sjelden gjør).

Økende behov i befolkningen generelt og mer komplekse oppgaver

- Behovet for kompetanse har økt, noe som gjør at det blir mer oppgaver for de som har den kompetansen, men kommunehelsetjenesten opererer fortsatt med bemanning som kun kan ivareta grunnleggende primærbehov (stell, mat, toalettbesøk o.l.), men på korttidsavdelinger i dag er det i størst mulig grad pasienter som kommer fra sykehus, som ikke er ferdigbehandlet og som krever observasjon og vurdering av behandlingsoppfølging, noe som ofte krever en høy kompetanse for å ivareta og følge opp
- Fleire palliative pasienter
- Pasientene har blitt sykere og krever mere spesialkompetanse
- Flere administrative oppgaver, stadig flere skjemaer å følge opp.
- Flere pasienter og sykere pasienter i hjemmet enn før.
- Økende andel pasienter med kognitiv svikt har gitt utfordringer ift tid. Det tar lengre tid å behandle/ivareta demente enn pasienter som tar instruksjon og kan følge opp på egen hånd
- Pasienter som krever tett oppfølging og observasjon. Medisinsk krevende. Rett og slett skummelt med så marginale pasienter som kan få livstruende tilstand på kort tid, er utrygg på om vi har kompetanse og ressurser som trengs.
- Får dårligere pasienter som trenger mer komplekse behandlinger. Krever mer kompetanse fra sykepleier
- Flere utagerende pasienter, passer ikke på et sykehjem
- Pasientene legges i mindre grad inn på sykehus. Behandles på sykehjemmet
- Mye ansvar for sykepleier: legen 9,5t/uke. Pasientgruppe med de dårligste som bor på sykehjem: fysisk tungt og stor auke i demente som ikke lenger kan bu hjemme: krevende utagerende og skjemingsbehov.
- Palliasjon med smertepumpe, væskebehandling, administrering av antibiotika
- Personell som vaktmester, fysio, ergoterapeut, aktivitører, avdelingshjelp, kjøkken ol er borte fra avdelingen. De kan være vanskelige å få tak i+ at vi har tatt over mange av oppgavene.
- Får stadig inn beboere som ikke passer inn i omsorgsboligprofile; psykiatri, langtkommet demens (skulle vært skjermet), sterkt pleietrengende (vi mangler hjelpemidler + at boligen ikke er tilrettelagt).

Blant de som mener at enkelte oppgaver er blitt mindre belastende enn tidligere er det flere som begrunner dette i frisvaret. Det vises blant annet til at tildelingskontoret i noen tilfeller har overtatt en del oppgaver som sykepleiere tidligere måtte gjøre, og opprettelse av ambulerende team i rus/psykiatri som letter arbeidet med denne pasientgruppen. Det vises også til andre team, palliative team og demensteam som eksempel på avlastende funksjoner.

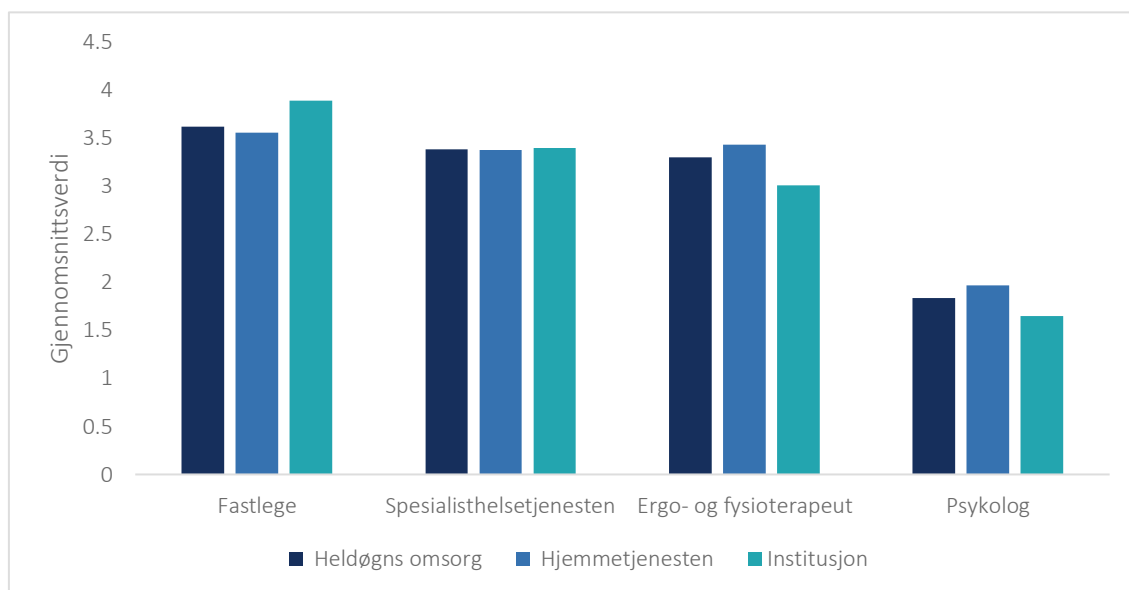
5.2.4 Tilgang på tjenester

Respondentene ble bedt om å oppgi i hvilken grad deres brukere har tilgang på andre tjenester, som fastlege/tilsynslege, tjenester i spesialisthelsetjenesten, ergo- og fysioterapeut og psykolog. Ser vi tjenestetypene i sammenheng, vurderer de ansatte i institusjon tilgangen på fastlege/tilsynslege som best, etterfulgt av heldøgns omsorg, og hjemmetjenesten. Tilgangen til tjenester i spesialisthelsetjenesten ser ikke ut til å avhenge av hvilken type tjeneste brukeren benytter, men i gjennomsnitt vurderes tilgangen som dårligere sammenliknet med tilgangen på fastlege/tilsynslege.

Tilgangen på ergo- og fysioterapeut ser ut til å være best for brukere av hjemmetjenester, og dårligst for beboere i institusjon. Her er det en større spredning i svarene, sammenliknet med vurderingen for tilgang på de andre tjenestene. Videre vurderes tilgangen på psykolog og/eller psykiater til å være dårlig på tvers av tjenestetypene, hvor gjennomsnittet av svarene ligger under 2, der 1 er det dårligste alternativet. Det kan også være verdt å merke at de ansatte i institusjon og heldøgns omsorg har større spredning i sine svar enn det ansatte i hjemmetjenesten har.

Figur 5.15 viser gjennomsnittlig svar per tjenestetype for vurderingen av tilgang på disse tjenestene. Her er 1 «har i svært liten grad tilgang», og 5 er «har i svært stor grad tilgang» til tjenestene. Det vil si at de høyeste stolpene er der tilgangen er best.

Figur 5.15 I hvilken grad har brukerne tilstrekkelig tilgang til følgende tjenester. Svar på en skala fra 1 til 5 der 1 betyr i svært liten grad, 5 betyr i svært stor grad



5.2.5 Ressurser og behov

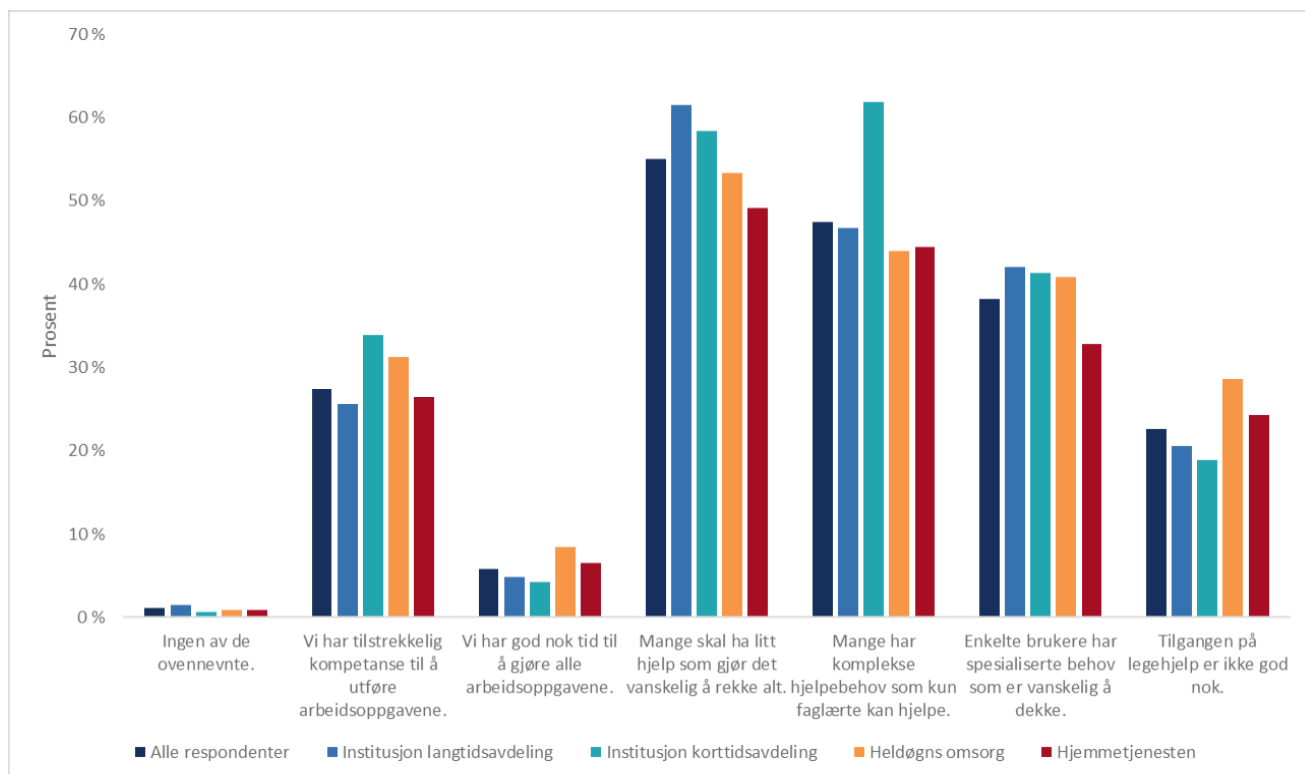
Respondentene ble bedt om å velge utsagn som beskriver forholdet mellom ressurser og behov på arbeidsplassen sin. Respondentene kunne velge mellom følgende utsagn:

- Vi har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene
- Vi har god nok tid til å gjøre alle oppgavene
- Mange skal ha litt hjelp som gjøre det vanskelig å rekke alt
- Mange har komplekse behov som kun faglærte kan hjelpe
- Enkelte brukere har spesialiserte behov som, er vanskelig å dekke

- Tilgangen på legehjelp er ikke god nok
- Ingen av de overnevnte

Figur 5.16 viser andelen av respondentene som har svart ulike utsagt, fordelt på tjenestetype. Her er det i tillegg skilt mellom svar gitt av ansatte i kort- og langtidsavdeling på institusjon.

Figur 5.16 Hvilke utsagn mener du beskriver forholdet mellom ressurser og behov på din arbeidsplass? Flere svar er mulig



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Nærmere 50 prosent på tvers av tjenestetypene har svart at mange skal ha litt hjelp som gjør det vanskelig å rekke alt. Dette er mest utpreget i langtidsavdeling på institusjon. Videre mener over 40 prosent at mange har komplekse hjelpebehov som kun faglærte kan avhjelpe. Dette er den klart største utfordring på korttidsavdelingene på institusjon. Videre er det høyest andel respondenter som svarer at de har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene på korttidsavdelingene. Det vil si at de har mange pasienter med komplekse hjelpebehov, men vurderer også at kompetansen er tilstrekkelig på korttidsavdelingene. Samtidig ser vi at nær 40 prosent oppgir at enkelte har spesialiserte behov som er vanskelig å dekke, og at denne vurderingen også gjelder for korttidsavdeling institusjon. I kapittel 3 viste vi at korttidsavdeling har en høy gjennomstrømning sammenlignet med langtidsavdeling. Det er også korttidsavdelingene som i hovedsak tar imot utskrivningsklare pasienter som har behov for videre behandling, palliativ behandling, observasjoner mv. Det er derfor rimelig at det er en tettere bemanning med spesialsykepleiere, sykepleiere og annen helsefaglig kompetanse på denne type avdelinger enn på andre avdelinger.

Svarene tyder uansett på at forholdet mellom ressurser og behov preges av både mange brukere, og komplekse og spesialiserte hjelpebehov i en stor andel av tjenestene. Svarene indikerer også at de mest komplekse behovene med høye krav til helsefaglig kompetanse preger korttidsavdelingene på sykehjem, men at også langtidsavdelingene møter har en stor andel brukere som kun faglærte kan hjelpe.

Tilgangen på legehjelp ser ut til å være best for beboere på institusjon, og dårligst for beboere i heldøgns omsorg, etterfulgt av brukere av hjemmetjenesten. Disse tjenestene skal som hovedregel dekkes av hver enkelt bruker sin fastlege. Svarene understøttes delvis av svarene på spørsmål om tilgangen til fastlege/tilsynslege, hvor institusjon ble vurdert som best.

5.3 Vurderinger av kompetanse og kapasitet

I det følgende ser vi nærmere på ulike sammenhenger mellom vurderingen av kompetanse og kapasitet og andre forhold på arbeidsplassene. Formålet med gjennomgangen er å forsøke å avdekke hvilke forhold som er bestemmende for vurderingene av kompetanse og kapasitet.

Først vurderes ulike forhold som påvirker vurderingen av kompetanse, som opplæring, tilgang til tjenester og brukernes behov, før vurderingen av kapasitet blir beskrevet.

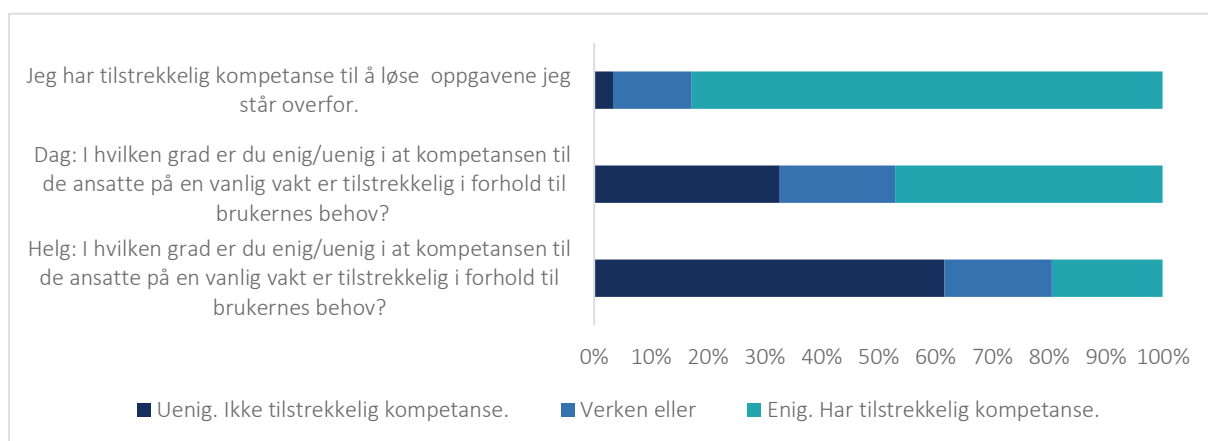
5.3.1 Kompetanse

Respondentene fikk en rekke spørsmål knyttet til deres egen kompetanse og kompetanse-sammensetningen på avdelingen de arbeider på. I dette delkapittelet gir vi en oversikt over hvordan respondentene vurderer sin egen kompetanse, og kompetansen på vaktene deres, samt utdypere hvilke forhold som ser ut til å påvirke denne vurderingen.

Over 80 prosent av respondentene svarer at de selv har tilstrekkelig kompetanse til å løse oppgavene de står overfor. Kun 3 prosent mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse. Vurderingen av hvorvidt egen kompetanse er tilstrekkelig ser ut til å avhenge lite av utdanningsnivå eller antall år med erfaring hos respondentene.

Til tross for dette svarer en mindre andel at kompetansen til de ansatte på vakt er tilstrekkelig i forhold til brukernes behov. Over 30 prosent på dagvakt, og over 60 prosent på helgevakt mener at kompetansen til ansatte på vakt ikke er tilstrekkelig i forhold til brukernes behov. Svarene tyder på at mange opplever at det arbeider for mange ufaglærte, eller personer med lite tilpasset kompetanse til å kunne ivareta brukernes behov godt nok. Her er tjenestetypene forholdsvis like. Svar på disse utsagnene vises derfor samlet for alle tjenestetypene samlet.

Figur 5.17 Hvor enig/uenig er du i følgende påstander? Svar på en skala fra 1 til 5 der 1 er «helt uenig» og 5 er «helt enig».



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

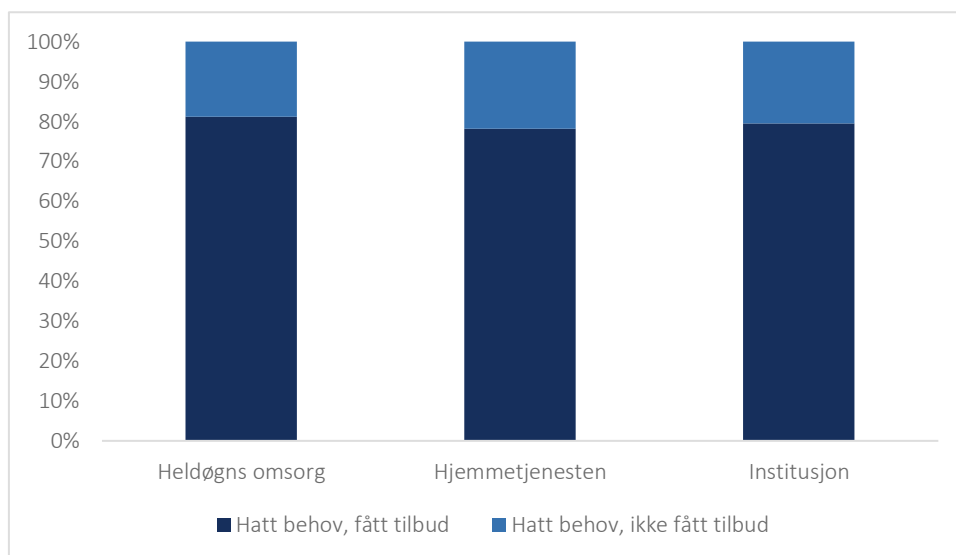
Vurderingen av egen kompetanse ser ikke ut til å avhenge av kommunestørrelse eller sentralitet, men respondentene vurderer kompetansen på avdelingen som mer tilstrekkelig i små og usentrale kommuner. Dette kan tenkes å henge sammen med sykepleierandelen i personalgruppen. I Figur 5.4 er det vist at spredningen i sykepleierandelen er høyere blant kommuner i mindre sentrale områder, sammenliknet med de mest sentrale områdene i landet. Dette kan tenkes å bidra til at respondentene vurderer kompetansen på avdeling som mer tilstrekkelig i mindre sentrale områder.

Videre er det er en svak negativ, men signifikant sammenheng mellom færre brukere per ansatt og mindre sentrale områder. I Figur 5.3 er det vist at spredningen i bruker per ansatt er mye høyere for de mindre sentrale områdene, sammenliknet med de mest sentrale områdene i landet. Dette kan også være med på å påvirke vurderingen av tilstrekkelighet i mindre sentrale områder.

Behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten

Respondentene ble videre spurt om hvorvidt de har hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenestene det siste året, og hvorvidt de har fått dette behovet dekket. Hele 67 prosent oppgir å ha hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten i bruk av utstyr eller behandlinger i løpet av det siste året blant ansatte i hjemmetjenesten, mens andelen er noe lavere, rundt 50 prosent for ansatte i institusjon og heldøgns omsorg. Videre er det rundt 20 prosent av de som oppgir å ha hatt dette behovet, men ikke fått tilbud om opplæring. Denne andelen er slående lik på tvers av tjenestetypene. Det er en større andel som oppgir å ha hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten i hjemmetjenesten, men her er det også flere som har fått opplæring. Andelen respondenter med et udekket behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten ser ikke ut til å avhenge av kommunestørrelse eller sentralitet. Figur 5.18 viser andelen med dekket og udekket opplæringsbehov i de tre tjenestetypene.

Figur 5.18 Andel med dekket og udekket behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten av de som har oppgitt at de har hatt behov for opplæring det siste året



Dersom vi ser behovet for opplæring i sammenheng med svarene på hvorvidt respondentene oppgir å ha tilstrekkelig kompetanse til å løse sine arbeidsoppgaver, ser vi at de som har hatt behov for opplæring, men ikke mottatt dette, utgjør en høyere andel av de som mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse, sammenliknet med de som mener de har dette.

Omtrent 40 prosent av de som oppgir å ikke ha tilstrekkelig kompetanse oppgir også å ha et udekket behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten, mot rundt 20 prosent av de som mener de har tilstrekkelig kompetanse. Dette tilsier at opplæring fra spesialisthelsetjenesten er medvirkende til at respondentene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgavene de står overfor.

Flere faktorer spiller inn på vurdering av egen kompetanse

Videre finner vi også en sammenheng mellom vurderingen av hvorvidt kompetansen er tilstrekkelig og om brukerne har tilstrekkelig tilgang på fastlege/tilsynslege, tjenester i spesialisthelsetjenesten og fysioterapeut. Her finner vi både sammenheng med egen kompetanse og vurderingen av kompetansen på avdelingen på en vanlig vakt.

Blant de 11 prosentene som svarer at brukernes tilgang til fastlege/tilsynslege ikke er tilstrekkelig, svarer kun 36 prosent av disse at kompetansen på avdelingen er tilstrekkelig i forhold til behovet på dagvakt. Til sammenlikning svarer omtrent 60 prosent at kompetansen er tilstrekkelig blant de som har svart at tilgangen på fastlege/tilsynslege er tilstrekkelig.

Det er over tre ganger så høy sannsynlighet for å svare at brukerne ikke har tilstrekkelig tilgang på lege/tilsynslege, tjenester i spesialisthelsetjenesten, fysio- og ergoterapeut, dersom respondenten svarer at kompetansen på avdelingen ikke er tilstrekkelig.

De som svarer at tilgangen til tjenester som lege, fysioterapeut, psykolog og tjenester i spesialisthelsetjenesten ikke er tilstrekkelig, svarer med andre ord også i større grad at de selv ikke har tilstrekkelig kompetanse og at avdelingen ikke har tilstrekkelig kompetanse på en vanlig vakt. Det kan tenkes at denne sammenhengens skyldes at dårlig tilgang på tjenester medfører høyere krav til sykepleierne og de øvrige ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Denne hypotesen støttes av flere av frsvarerne som ble gitt på spørsmålet om endringer i oppgaver de siste 3-4 årene (jf. avsnitt 5.2.3). Det pekes der på spesialiserte oppgaver, mangelfull opplæring, og et bredt ansvar på mange områder.

Det er også mulig at respondentene som opplever at kompetansen ikke er tilstrekkelig, i større grad har ønsket seg mer kontakt med lege, spesialisthelsetjenesten, psykolog osv., og av denne grunn vurderer deknningen av disse tjenestene som dårligere. Mekanismen kan derfor tenkes å virke begge veier. En annen mulighet er at steder med dårligere tilgang til lege, psykolog og andre tjenester har brukere med mer krevende bistandsbehov. Opplevelsen av manglende kompetanse er antakelig avhengig av utfordringene man møter hos brukerne, ettersom utdanningsnivå og erfaring har liten betydning for vurdering av egen kompetanse.

I kapittel 5.2.2 ble det tydelig at de fleste respondenter mener at brukernes behov har økt betraktelig de siste 3-4 årene. Blant de 33 prosentene som svarer at kompetansen på dagvakt ikke er tilstrekkelig i forhold til brukernes behov, svarer 65 prosent at brukernes behov for hjelp har økt vesentlig i løpet av de siste 3-4 årene. Til sammenlikning svarer kun 46 prosent av de som svarer at kompetansen på dagvakt er tilstrekkelig det samme. Det ser derfor ut til å være en sammenheng mellom økt behov blant brukere, og vurderingen av utilstrekkelig kompetanse på vakt.

5.3.2 Kapasitet

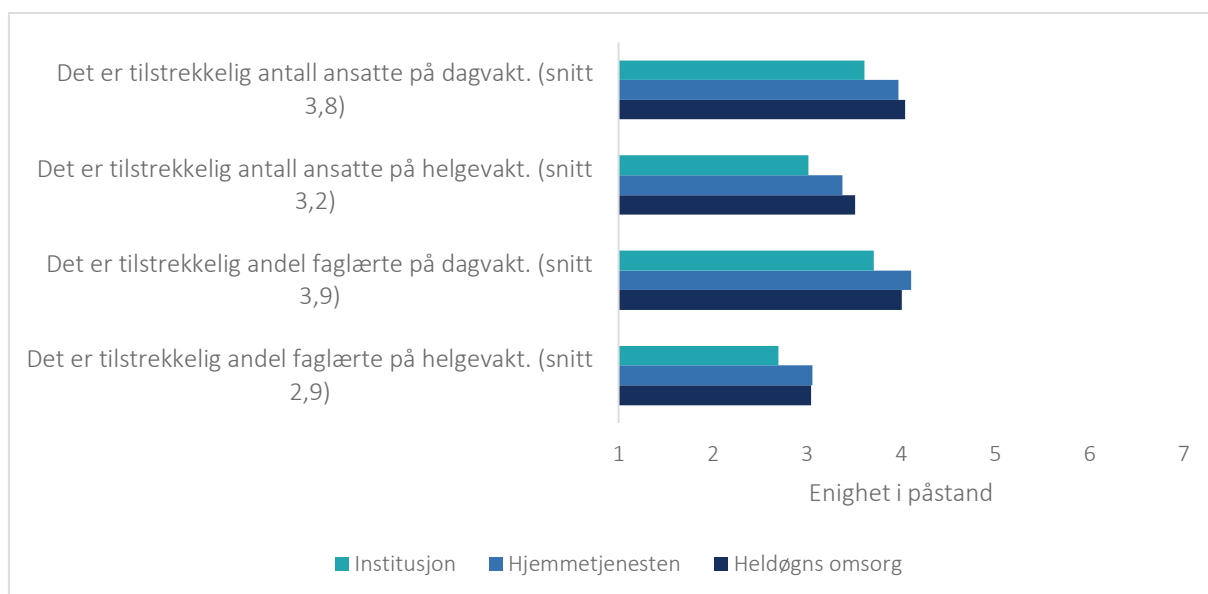
Videre ble alle respondentene bedt om å svare på hvorvidt de mener det er tilstrekkelig antall ansatte, samt andel faglærte på dag- og helgevakt. I likhet med flere andre spørsmål der respondentene skal vurdere tilstanden på ukedag og helg, kommer helgevaktene dårligere ut i gjennomsnitt, sammenliknet

med vaktene på ukedag. Ansatte i institusjon vurderer tilstanden av tilstrekkelig antall ansatte, samt tilstrekkelig andel ansatte på begge type vakter som dårligere enn ansatte i hjemmetjenesten og heldøgns omsorg.

Kun 38 prosent av respondentene fra institusjon svarer at det er tilstrekkelig antall ansatte på dagvakt. Til sammenlikning svarer 52 prosent i hjemmetjenesten og 48 prosent i heldøgns omsorg det samme. Omtrent 40 prosent av respondentene svarer at kapasiteten verken er utilstrekkelig eller tilstrekkelig.

Figur 5.19 viser gjennomsnittet av respondentenes svar på følgende spørsmål: I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene?

Figur 5.19 I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene? Svar på en skala fra 1 til 7, der 1 betyr "helt uenig" og 7 betyr "helt enig"



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

I Figur 5.19 betyr høyere gjennomsnittsverdi at respondentene er mer enig i påstanden. Det er færre som vurderer antall ansatte og andelen faglærte som tilstrekkelig på helgevakter, men andelen faglærte kommer spesielt dårlig ut for helgevaktene. Hele 23 prosent svarer at de er «helt uenig» i at det er tilstrekkelig andel faglærte på helgevakt. Kun 3 prosent svarer at de er helt enig i at andelen faglærte på helgevakt er tilstrekkelig. Til sammenlikning er de samme andelen henholdsvis 11- og 8 prosent for vurderingen på dagvakt. Vi ser videre at dersom ansatte i hjemmetjenesten vurderer at antall ansatte på vakt er tilstrekkelig, mener de også at tiden som settes av i vaktlisten er bedre tilpasset individuelle behov hos brukerne.

Som vist foran er sykepleierandelen betydelig lavere på helgevakter enn på dagvakter i uken, samtidig som det også er flere brukere per ansatt totalt i helgene på sykehjem og heldøgns omsorg. Lavere bemanning totalt gjør også at sykepleiere og andre faglærte må gjøre en større del av oppgavene som ikke krever fagkompetanse, noe som forsterker virkningen av at det er få faglærte på vakt i helgene.

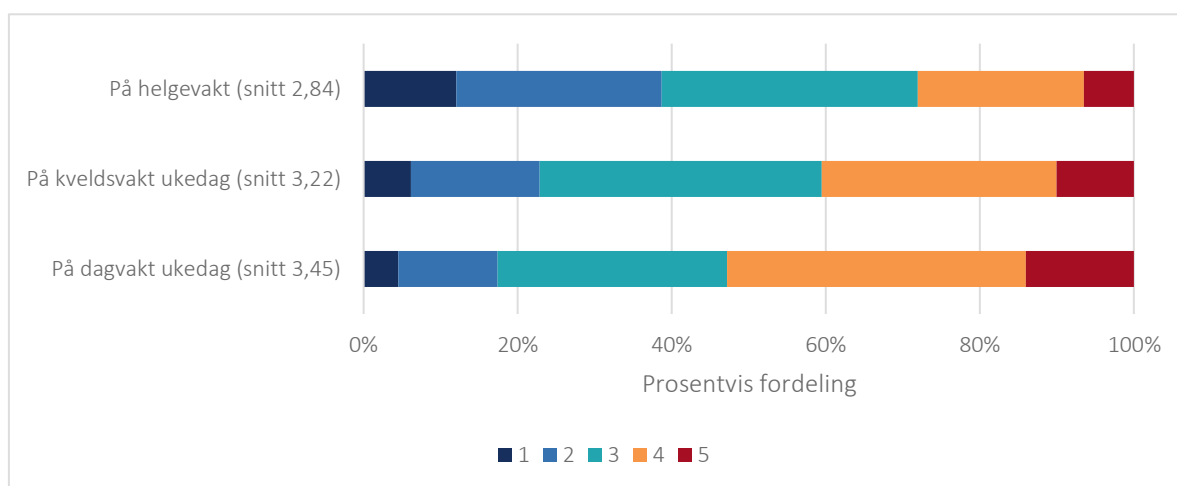
Samlet sett vurderes resultatene som svake selv om to av påstandene så vidt vipper over 3,5 og får et positivt gjennomsnitt.

Vurdering av om tiden er tilpasset den individuelle brukerens behov

Ansatte i hjemmetjenesten ble bedt om å vurdere hvorvidt de opplever at tiden som settes av i vaktlisten til hver enkelt bruker tilpasses tilstrekkelig til den individuelle brukers behov. Her er det igjen betydelige forskjeller på vurderingene gitt for en typisk ukedagsvakt og en helgevakt. På dagvakt i ukedagene mener over halvparten av respondentene at tiden som settes av til brukeren er tilpasset individuelle behov. Til sammenlikning mener under 30 prosent det samme er tilfellet i helgene. Tilsvarende andel for kveldsvakt i ukedagene er rundt 40 prosent.

Figur 5.20 viser svarfordelingen på spørsmål: I hvilken grad opplever du at tiden som settes av i vaktlisten til hver bruker, tilpasses den individuelle brukers behov? Spørsmålet er kun stilt til ansatte i hjemmesykepleien.

Figur 5.20 I hvilken grad opplever du at tiden som settes av i vaktlisten til hver bruker, tilpasses den individuelle brukers behov? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad"



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Vurderingen av hvorvidt tiden tilpasses den enkelte brukers behov blant ansatte i hjemmetjenesten ser ut til å påvirkes av en rekke faktorer. Vi finner at dersom respondenten oppgir å besøke flere brukere i løpet av en vanlig vakt, mener de i større grad at tiden ikke er tilpasset individuelle behov. Dette henger også sammen med hvordan respondenten vurderer sin egen kompetanse, samt oppgitt tidsbruk på en rekke oppgaver. Dersom respondenten i større grad vurderer at hen har tilstrekkelig kompetanse og tid til oppgaver som krever sykepleierkompetanse, mener hen i gjennomsnitt at tiden er bedre tilpasset brukernes behov. Dette kan sees i lys av at de som i gjennomsnitt bruker mer tid inne hos hver enkelt bruker, samt kortere tid på gitte oppgaver, som medikamentadministrasjon og hjelp med støttestrømper, også oppgir at tiden til hver bruker er bedre tilpasset.

De som besøker færre brukere i løpet av sin vakt har mer tid inne hos bruker¹¹, og som bruker relativt kort tid på standardiserte oppgaver, mener at tiden som settes av til brukerne er bedre tilpasset individuelle behov hos bruker.

¹¹ *Merk: Gjennomsnittlig tid inne hos bruker er utledet på bakgrunn av oppgitt total reisetid og gjennomsnittlig antall brukere besøkt i løpet av vakt. Det er ikke tatt hensyn til at administrasjon og pausetid kan variere.

Dersom vi vurderer enkelte respondentgrupper for seg, finner vi sammenhenger som avviker fra denne helhetlige vurderingen. Dette ser vi for eksempel dersom vi sammenlikner respondentene fra Nordland og Troms og Finnmark med resten. Respondenter fra disse fylkene har i gjennomsnitt mer tid hos bruker, men vurderer at tiden er dårligere tilpasset den enkelte brukers behov, noe som motstrider trenden for hele utvalget.

I arbeidet med å finne disse sammenhengene har vi ikke kunnet kontrollere for brukernes behov, eller ulike rutiner for administrasjon og pauseavvikling i løpet av arbeidsdagen. Dette kan muligens forklare hvorfor enkelte respondenter tilsynelatende har mye tid hos bruker, men likevel vurderer at tiden er lite tilpasset den enkeltes behov, slik som i de nordlige fylkene.

Andre faktorer som påvirker vurderingen av hvorvidt tiden som settes av til bruker er tilpasset individuelle behov, synes å være viktigheten av pårørendes innsats og tilgangen på andre helsetjenester. I gjennomsnitt mener respondentene at tiden som settes av til brukerne er bedre tilpasset dersom de også vurderer at brukerne har bedre tilgang på andre helsetjenester (lege, spesialisthelsetjenesten og fysioterapeut), samt dersom pårørendes innsats vurderes som mindre viktig for tjenesten.

Det kan virke som at der tilgangen til andre helsetjenester er dårlig, er det også større sannsynlighet for at hjemmetjenesten er mer presset på tid, enten som følge av mye reisetid, eller mange og sterkt pleietrengende brukere. I lys av dette er det naturlig at pårørendes innsats vurderes som viktigere for tjenesten i områder der tjenestene er mer utilgjengelige, eller under større press. Sammenhenger mellom vurderingen av hvorvidt tiden er tilpasset til brukernes behov og reisetid på vakt, er beskrevet i delkapittel 5.4.5.

Respondentene som er ansatt i heldøgns omsorg og institusjon ble ikke spurt om å vurdere hvorvidt tiden som settes av til brukere er individuelt tilpasset. For disse respondentene er det naturlig å heller vurdere hvorvidt det er sammenhenger mellom vurderingen deres av tilstrekkelighet av ansatte og andel faglærte på vakt opp mot andelen sykepleiere på vakt, samt antallet brukere per ansatt på vakt.

Ikke overraskende øker sannsynligheten for å svare at antall ansatte er tilstrekkelig dess færre brukere per ansatt respondenten oppgir å ha på sin avdeling. Videre finner vi også at høyere sykepleierandel øker sannsynligheten for å svare at det er tilstrekkelig antall ansatte på vakt på avdelingen. Både færre brukere per ansatt og høyere sykepleierandel øker sannsynligheten for å svare at det er tilstrekkelig andel faglærte på vakt.

Det er imidlertid et stort spenn i hvor mange brukere per ansatt det er på avdelingen til respondentene som svarer at det er tilstrekkelig antall ansatte, selv når vi skiller mellom institusjon og heldøgns omsorg og type avdeling. Dette tilsier at det er et stort spenn i hva som oppleves som tilstrekkelig antall ansatte på vakt.

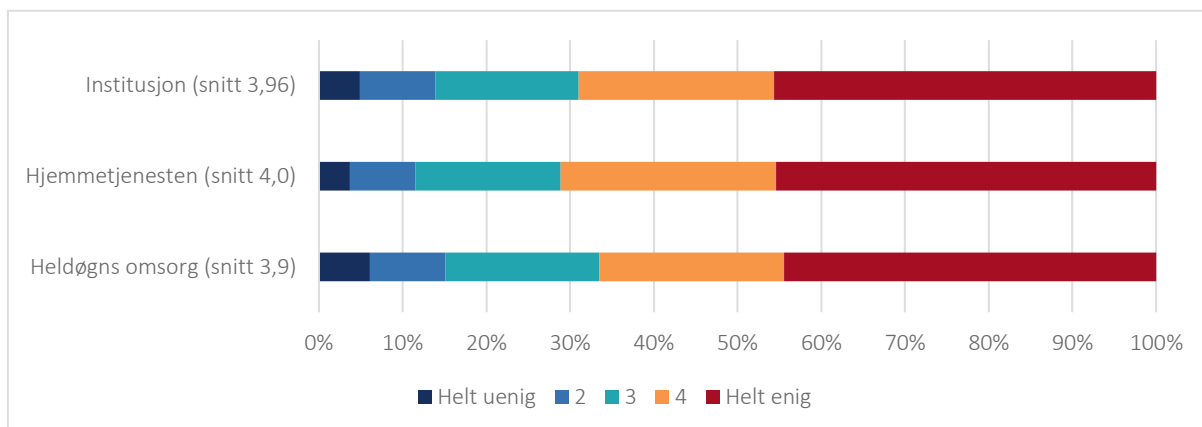
5.4 Betydning av organisering

I dette delkapittelet beskriver vi respondentenes svar på spørsmål rundt organisering av arbeidshverdag sin, og vurderer sammenhenger mellom disse forholdene og deres vurdering av kompetanse og kapasitet.

5.4.1 Hensiktsmessig ressursanvendelse

Respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad personalets ressurser og kompetanse anvendes på en hensiktsmessig måte på sin arbeidsplass. Ett av de sentrale spørsmålene her er vurderingen av hvor enige de er i utsagnet «Jeg bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse.» Her svarer respondentene på en skala fra 1 til 5, hvor 5 betyr «helt enig».

Figur 5.21 Hvor enige du i utsagnet «Jeg bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse.» Svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyr «helt uenig» og 5 betyr «helt enig». Svar fordelt etter tjenestested

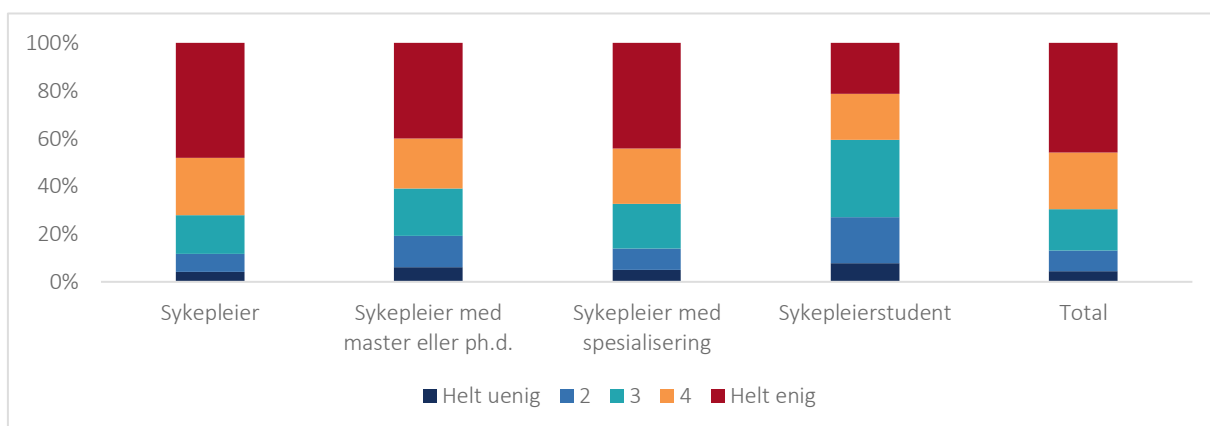


Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

I denne vurderingen er respondentene i de ulike tjenestetypene relativt enige, men vi ser at hjemmetjenesten har noe høyere gjennomsnitt enn de andre tjenestetypene. Figuren viser at nær 70 prosent av respondentene er enige eller helt enig i at de bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse. I motsatt ende er det kun mellom 12 og 15 prosent som er uenige eller helt uenige i dette utsagnet.

Vurderingen på dette spørsmålet avhenger noe av utdanningen respondentene har. Figur 5.22 viser svar på samme vurdering som i Figur 5.21, men her er respondentene delt inn etter deres høyeste oppnådde utdanning.

Figur 5.22 Hvor enige du i utsagnet «Jeg bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse.» Svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyr «helt uenig» og 5 betyr «helt enig». Svar fordelt etter utdanningsnivå

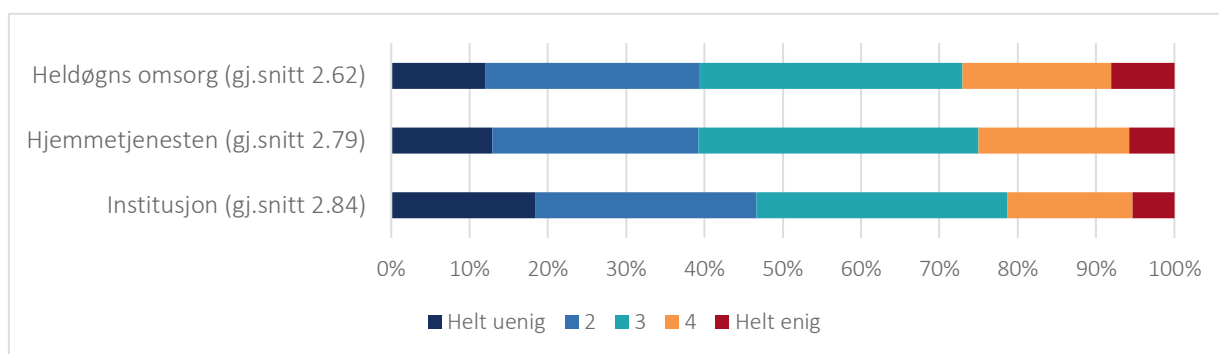


Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Omtrent halvparten av sykepleierne mener de bruker for mye tid på oppgaver som kunne vært utført av ansatte med lavere kompetanse, mot rundt 20 prosent av sykepleierstudentene. Merk at blant både sykepleiere med master/ph.d. og sykepleiere med spesialisering oppgir en lavere andel at de er helt enige i at de bruker for mye tid på slike oppgaver. Muligens blir disse gruppene gitt oppgaver som bedre utnytter deres spesialkompetanse, mens sykepleierne uten videreutdanning i større grad må hjelpe til med oppgaver som ikke krever deres utdanning.

Vi har også spurt respondentene om hvorvidt de har tilstrekkelig tid til oppgaver som krever sykepleierkompetanse. Her vil det i motsetning til figurene over være positivt å ha svart «helt enig».

Figur 5.23 Hvor enig er du i utsagnet: «Jeg har tilstrekkelig tid til oppgaver som krever sykepleierkompetanse.» Svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyr «helt uenig» og 5 betyr «helt enig»



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

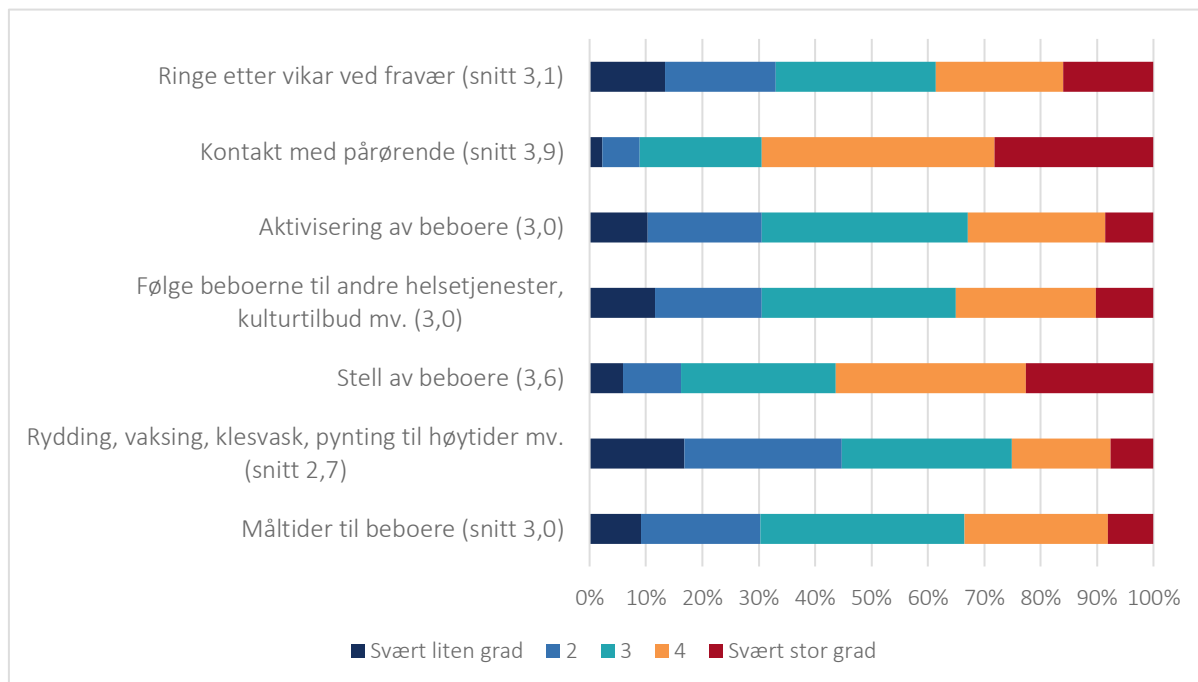
Vi ser at de ansatte i institusjon sier seg uenig i at de har tilstrekkelig tid til oppgaver som krever sykepleierkompetanse i større grad enn ansatte i de to andre tjenestetypene. Best ut ser heldøgns omsorg å komme i denne vurderingen der 27 prosent er enig eller helt enig i at de har tilstrekkelig tid til oppgaver som krever sykepleierkompetanse.

Dersom vi ser svarene i sammenheng med svarene på spørsmålet om sykepleierne gjør oppgaver andre med lavere kompetanse kunne gjort, kan det se ut som andre oppgaver fortrenger oppgaver som krever sykepleierkompetanse. Bruk av sykepleiere til andre oppgaver kan derfor neppe forklares med at det ikke er nok sykepleieroppgaver til å fylle stillingene med oppgaver som krever kompetanse. Oppgavene og behovene er der, men når sykepleierne brukes til mange andre oppgaver blir det ikke nok tid igjen til de faglige oppgavene. Det må også innebære at det er tjenestemottakere som ikke får den helsehjelpen de kunne fått med en bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. For sykepleiere som ønsker å bruke sin kompetanse, er det også rimelig å anta at de vil være tilbøyelige til å søke seg til andre stillinger der de i større grad får tid og muligheter til å utøve den kompetansen de har ervervet.

Sykepleiere i institusjon og heldøgns omsorg ble videre spurt om å vurdere i hvilken grad ansattes ressurser benyttes hensiktsmessig i forbindelse med en ulike oppgaver. Hensikten med spørsmålet var å få en vurdering av konkrete oppgaver. Oppgavene var forhåndsdefinert i spørreskjemaet og det ble bedt om en vurdering fra på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

Figur 5.24 viser spørsmålet og svarfordelingen til respondenter ansatt i institusjon.

Figur 5.24 I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass, når det gjelder følgende arbeidsoppgaver? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad"



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Det å være i kontakt med pårørende, og stell av beboere oppfattes av de fleste som svært god bruk av ressurser og kompetanse på institusjonene. Rydding, vasking, osv., aktivisering av beboere, samt arbeid i forbindelse med måltider til beboere anses av størst andel som unyttig bruk av sykepleierressurser.

Hele 687 respondenter svarer at sykepleierressursene i svært liten grad benyttes hensiktsmessig i forbindelse med rydding og vasking. Mange av disse har valgt å utdype hvorfor de har svart slik. En av respondentene utdyper:

«Sykepleiere bruker hver dag flere timer på å tilberede mat, vaske klær og vaske rom. Arbeidsoppgaver som andre kunne utført. **Det stjeler alt for mye tid fra pasienten.**»

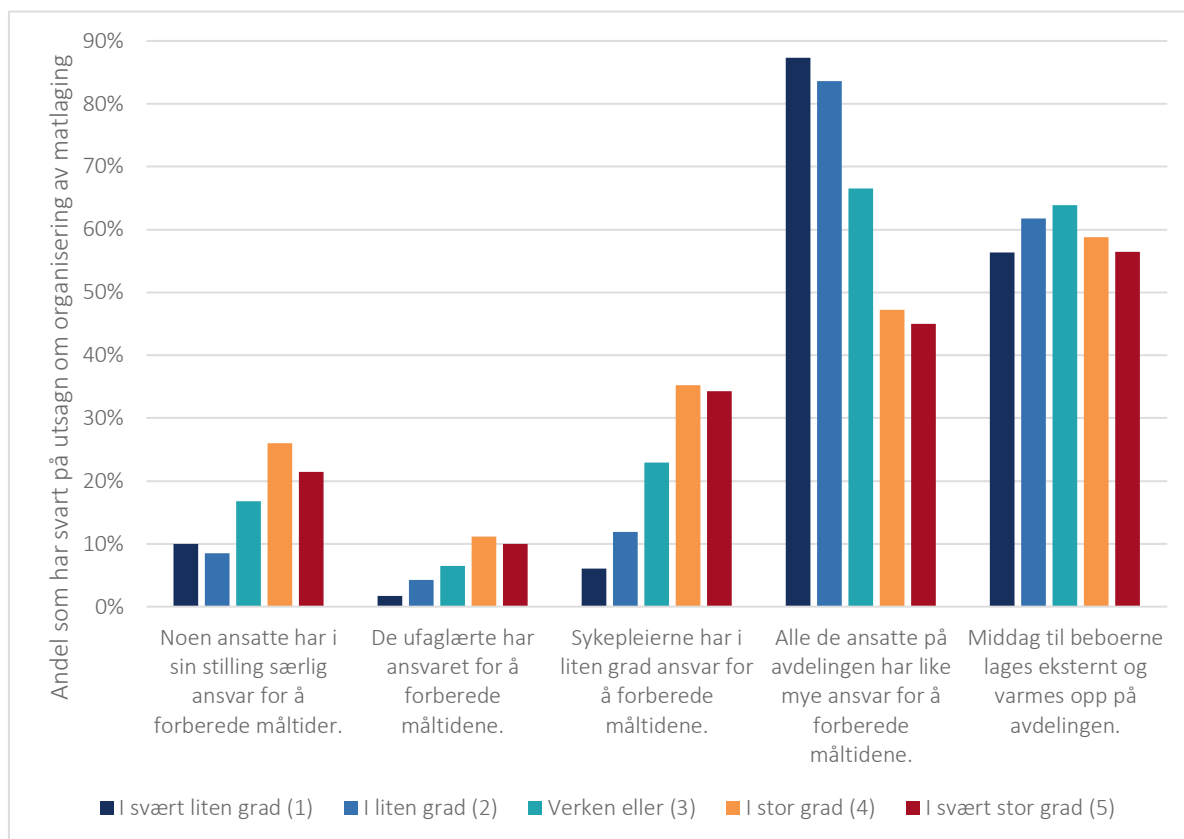
Funnene i Figur 5.24 tas med til videre analyse i de neste avsnittene der vi knytter organisering av måltider og bruk av støttepersonell mot vurdering av hensiktsmessig bruk av ressurser og kompetanse.

5.4.2 Organisering av måltider

Respondentene ble spurt om i hvilken grad personalets ressurser og kompetanse anvendes på en hensiktsmessig måte på sin arbeidsplass. I Figur 5.25 ser vi andelen respondenter som har svart de ulike alternativene for hvordan måltider tilberedes i institusjon. Deretter er respondentene delt inn etter hva de svarte på spørsmål om hvorvidt de mener at kompetanse og ressurser anvendes hensiktsmessig på sin arbeidsplass.

Fargen på stolpene viser hva respondentene har svart på spørsmålet «I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass?». Høyden på stolpene viser andelen som har svart de ulike alternativene for matorganisering.

Figur 5.25 Hvordan er matlagingen organisert på din arbeidsplass? Kryss av for utsagnene du er enig i. Kombinert med spørsmålet; I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass? Skala 1-5.



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Blant respondentene som har svart «Alle ansatte på avdelingen har like mye ansvar for å forberede måltidene», mener de aller fleste at ressursene i liten grad benyttes hensiktsmessig (mellom 80 og 90 prosent, blå stolper). Ser vi derimot på alternativene «ufaglærte har ansvaret for å forberede måltidene» og «sykepleierne har liten grad ansvar for å forberede måltidene», som antas å være to alternativ som ofte velges sammen, ser vi at respondentene har svart at ressursene i mye større grad benyttes hensiktsmessig (rød og oransje stolpe er høyest). Merk også at de som har svart at ufaglærte har ansvaret for å forberede måltidene har en forsvinnende liten andel som har svart at ressursene i svært liten grad brukes på en hensiktsmessig måte.

Dersom middag lages eksternt og varmes opp, har dette i seg selv ingen entydig effekt på vurderingen.

Resultatene viser at organiseringen av matlaging i institusjonene har en sterk påvirkning på hvorvidt sykepleierne mener at ressursbruken på arbeidsplassen er god. Det kan tyde på at der arbeidsdelingen er tydeligere mellom faglærte og ufaglærte, oppfattes ressursbruken som bedre. Respondentene er invitert flere steder i spørreundersøkelsen til å gi utdypende svar omkring deres arbeidssituasjon. Én sykepleier svarer:

«Alle de ansatte gjør de samme oppgavene, men sykepleierne har sykepleieroppgaver i tillegg. Sykepleiere deltar i stell, vasker, rydder, lager mat og har aktiviteter i like stor grad som alle andre ansatte.»

Resultatene trekker klart i retning av at mer bruk av arbeidsdeling, samt bruk av støttepersonell til oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse, er viktig for å lette arbeidsbelastningen på sykepleierne. Det kan også se ut som det er nødvendig for at sykepleierne skal få tilstrekkelig tid til å dekke brukernes helsefaglige behov.

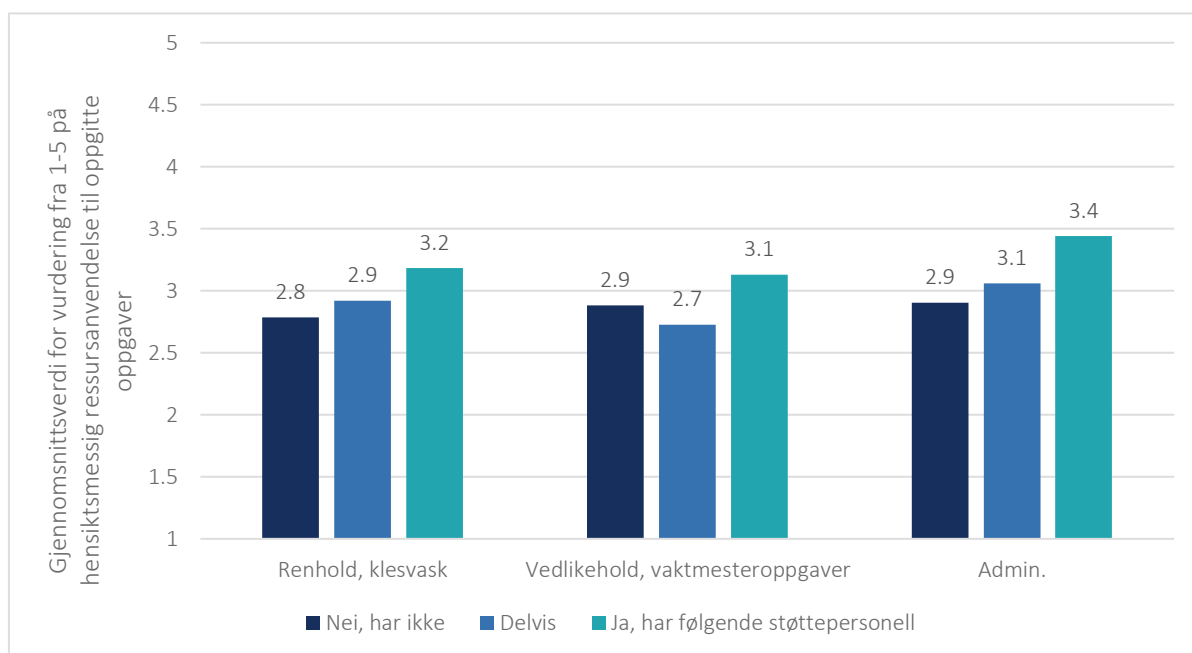
Videre ser vi på hvordan vurderingen av kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk kan påvirkes av å ha støttepersonell på institusjonene.

5.4.3 Støttepersonell

Respondentene i institusjon og heldøgns omsorg ble videre spurt om hvorvidt de har støttepersonell som kan bistå med en rekke oppgaver på arbeidsplassen, deriblant renhold, vedlikehold og administrasjonsoppgaver.

I Figur 5.26 ser vi hvordan svarene på dette samsvarer med vurderingen respondentene oppgir på hvorvidt ressurser anvendes hensiktsmessig på sin arbeidsplass. Stolpefargen viser hvorvidt de har støttepersonell, og høyden på stolpene er gjennomsnittsverdien på spørsmålet «I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass?».

Figur 5.26 I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass (svar fra 1 til 5), kombinert med spørsmål om tilgang til støttepersonell (stolpefarge).



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Vi ser at i alle tilfeller der respondentene oppgir å ha støttepersonell er de i gjennomsnitt mer enig i at ressursene på arbeidsplassen anvendes hensiktsmessig. Dersom vi sammenlikner de som ikke har støttepersonell til renhold og klesvask, samt administrasjon, med de som har dette, er sistnevnte gruppe mye mer fornøyd med ressursbruken.

Videre svarer respondentene også i større grad at antallet ansatte på avdelingen er tilstrekkelig når de oppgir å ha støttepersonell. Dette tyder på at bruken av støttepersonell avlastet sykepleiere med oppgaver som ikke krever sykepleierkompetanse. Dette gjør at respondentene vurderer at ressurs-

bruken og antallet ansatte på vakt er bedre tilpasset behovene som skal møtes og oppgavene som må gjøres. En nærliggende og forenklet tolkning er at når vaktmesteren gjør vaktmesteroppgaver og assistenter tar seg av klesvask og renhold, så får sykepleierne tid og muligheter til å møte brukernes helsefaglige og medisinske behov.

Vi ser at blant de som svarer at de er *helt enig* i at antall ansatte er tilstrekkelig, har de med administrasjonsstøtte i gjennomsnitt flere brukere per ansatt enn de som ikke har denne typen støtte. Dette er en indikasjon på at gode administrative støttefunksjoner kan bidra til noe økt kapasitet uten at arbeidsbelastningen for helsepersonell øker. Vi finner imidlertid ingen klar sammenheng mellom tilgang på administrasjonsstøtte og ulike grader av vurderinger av tilstrekkelighet målt mot antall ansatte på vakt. Det er kun i gruppen som svarer at de er helt enige i at ansatte på vakt er tilstrekkelig at vi finner en forskjell blant de med og uten administrasjonsstøtte. Blant gruppen som mener det er tilstrekkelig antall ansatte på vakt, kan de med administrasjonsstøtte ha omtrent 0,7 flere brukere per ansatt, og fortsatt mene at antallet ansatte er tilstrekkelig.

Det er flere av respondentene som er ansatt i institusjon som svarer at de helt eller delvis har hjelp til administrasjon, renhold og klesvask enn i heldøgns omsorg.

5.4.4 Sykefravær, turnover, rekruttering og deltid

I delkapittel 5.2 så vi hvordan respondentene vurderer hvorvidt sykefravær, rekruttering, turnover og deltidsstillinger er en utfordring på arbeidsplassen sin.

For respondentene som arbeider i institusjon ser vi en klar sammenheng mellom flere av disse utfordringene og vurderingen av hensiktsmessig ressursanvendelse, og hvorvidt de har tilstrekkelig tid til oppgaver som krever sykepleierkompetanse.

Dersom respondenten oppgir at sykefravær, turnover eller andelen deltidsstillinger er et større problem på arbeidsplassen, er det mindre sannsynlig at de mener at personalets ressurser anvendes hensiktsmessig, og de opplever i mindre grad å ha tilstrekkelig tid til oppgavene som krever sykepleierkompetanse. Dette er en årsakssammenheng som kan tenkes å gå i begge retninger. U hensiktsmessig bruk av ressursene og lite tid til sykepleieroppgaver kan tenkes å være en konsekvens av sykefravær, høy turnover og mange deltidsstillinger. Samtidig kan uhensiktsmessig ressurs- og tidsbruk tenkes å føre til høyere sykefravær og turnover blant sykepleierne, grunnet en mer presset arbeidshverdag, hvor man potensielt kan sitte igjen med en følelse av å ikke strekke til.

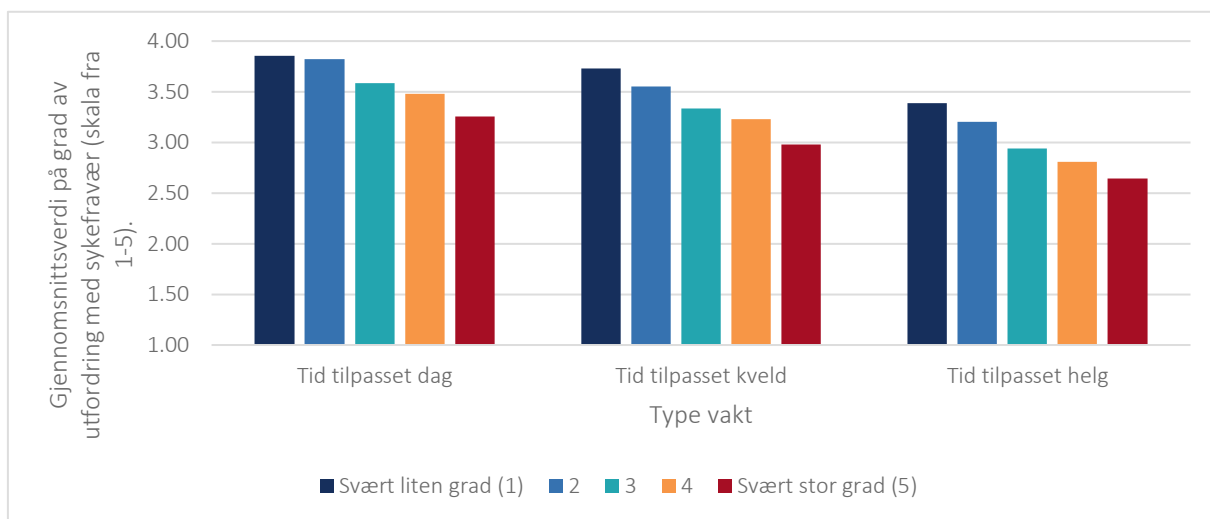
Disse utfordringene er også avhengige av oppgitt kapasitet, målt ved tilstrekkeligheten i antallet ansatte på vakt. Dette sees ved at respondentene i mindre grad svarer at antall ansatte er tilstrekkelig når de oppgir å ha større utfordringer med sykefravær og turnover.

Hjemmesykepleien har en annen type oppgaver i og med at de går hjem til bruker/pasient for å bistå brukere/pasienter med helsefaglige og medisinske behov. Brukerne er en heterogen gruppe med et stort spenn av individuelle behov som skal dekkes. Spennet går fra avansert medisinsk behandling som kan kreve mye tid hos bruker, til medisinalutdeling eller enkel hjelp til medisiner som ikke trenger tilsvarende tid hos bruker. Respondenter ansatt i hjemmesykepleien ble spurt om hvorvidt tiden som settes av til hver bruker tilpasses den individuelle behov. Svarene er vurdert i sammenheng med denne gruppens vurderinger av utfordringer knyttet til sykefravær, deltid, turnover og rekruttering.

Figur 5.27 og Figur 5.28 viser at jo større utfordringer respondentene oppgir å ha med sykefravær og deltidsstillinger, dess mindre enige er de i at tiden som settes av til brukerne tilpasses individuelle behov.

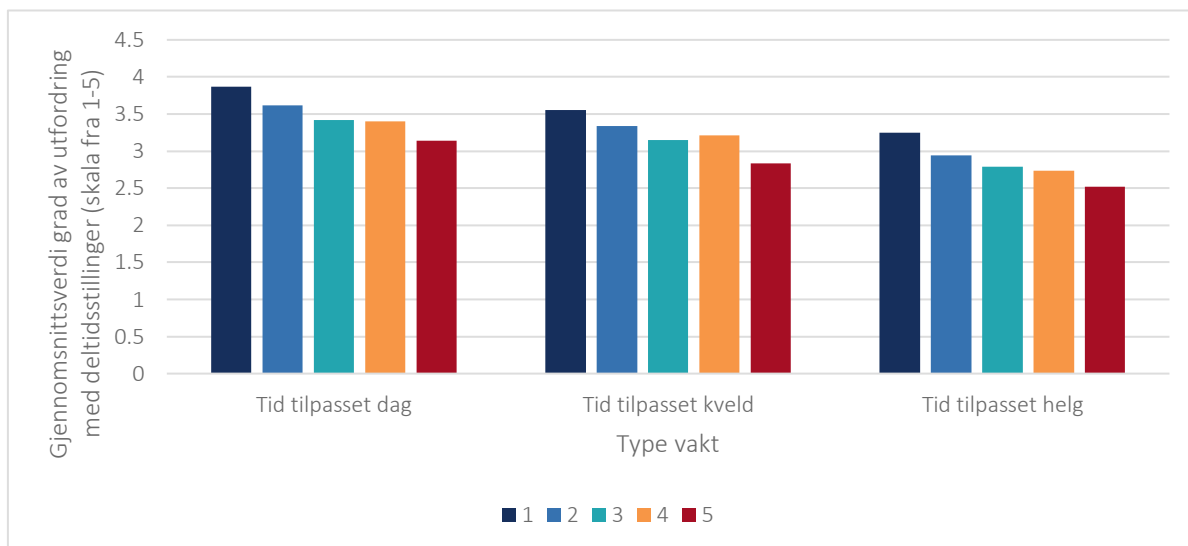
I begge figurene er stolpehøyden gjennomsnittsverdien på hvorvidt tiden er individuelt tilpasset brukernes behov på de ulike vaktene. Fargen på stolpene viser hva respondentene har svart på hvorvidt sykefravær og deltidsstillinger er et problem på sin arbeidsplass.

Figur 5.27 I hvilken grad er sykefravær en utfordring på din arbeidsplass, kombinert med vurdering av i hvilken grad avsatt til der tilpasset individuelle behov (hjemmetjeneste)



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Figur 5.28 I hvilken grad er deltidsstillinger en utfordring på din arbeidsplass, kombinert med vurdering av i hvilken grad avsatt tid er tilpasset individuelle behov (hjemmetjeneste)



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Respondentene i hjemmetjenesten oppgir i større grad at de har utfordringer med sykefravær, turnover og deltidsstillinger hvis de også vurderer at tiden som settes av til bruker er mindre tilpasset individuelle behov. Vi ser også at de som oppgir at de har større utfordringer med sykefravær, turnover og rekruttering i snitt bruker mindre tid inne hos bruker, samt besøker flere brukere per vakt. Muligens fører disse utfordringene til en mer presset arbeidshverdag, hvor flere brukere må besøkes i løpet av en vakt. Tiden inne hos bruker blir da kortere, og dermed blir tiden trolig dårligere tilpasset individuelle behov hos bruker.

Videre ser vi en overrepresentasjon av respondenter som oppgir at deres kommune samarbeider med andre kommuner om hjemmetjenestene der sykefravær og andelen deltidsstillinger angis å være større utfordringer. Muligens gjør høyt sykefravær og mange deltidsstillinger at kommunene må samarbeide for å få tjenestene til å bli forsvarlige, spesielt i de små kommunene. Samarbeid på tvers av kommuner kan også føre til at ansvaret for sykefravær, rekruttering og bruk av deltidsstillinger blir utydelig med pulverisering av ansvar som mulig utfall.

5.4.5 Betydning av reisetid og antall brukere besøkt i hjemmetjenesten

Respondenter som oppgir å arbeide i hjemmetjenesten ble stilt spørsmål om reisetid på vakt. Sykepleierne ble spurt om hvor ofte de opplever at det er gangavstand mellom brukere, og spørsmål om tiden de bruker på reising i løpet av en vanlig vakt.

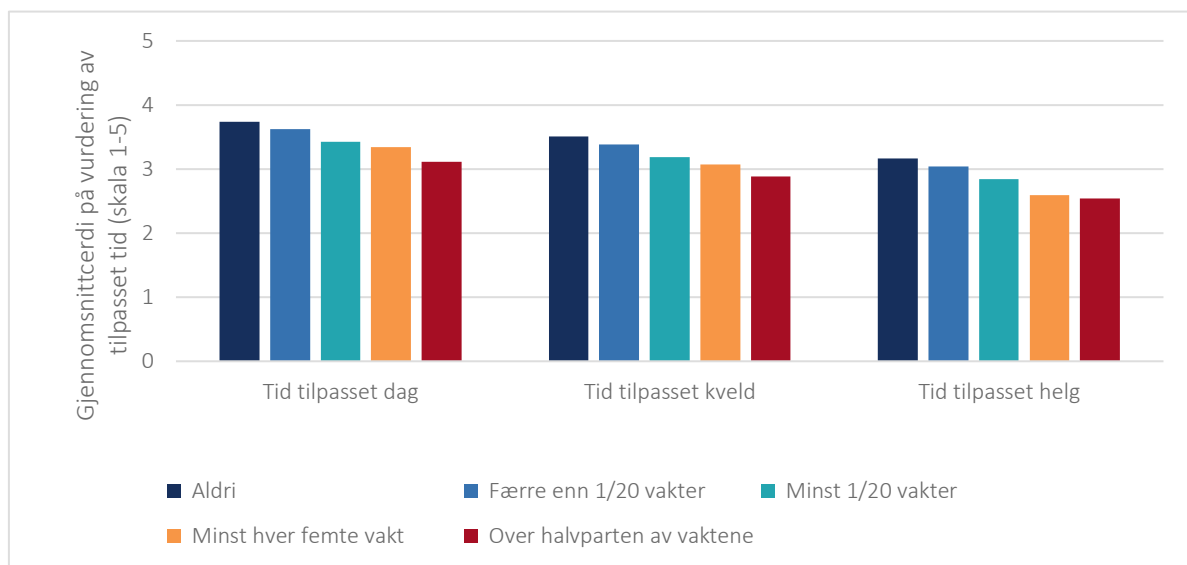
Hele 12,5 prosent av respondentene opplever at det er gangavstand mellom de fleste av brukerne på listen i over halvparten av sine vakter, mens 24 prosent aldri opplever at det er gangavstand mellom de fleste brukerne.

Respondenter som oppgir å oftere oppleve gangavstand mellom brukere reiser i gjennomsnitt mindre i løpet av vaktene sine, og bor i mer sentrale områder. Jo oftere respondentene oppgir å oppleve gangavstand mellom de fleste av sine brukere, dess bedre vurderer de at tiden som settes av til brukeren er tilpasset individuelle behov.

Det er ellers ingen observert sammenheng mellom å ha mye gangavstand og besøke flere eller færre brukere i løpet av en typisk vakt.

Respondentene vurderer også at tiden er bedre tilpasset brukernes individuelle behov hvis de sjeldnere opplever at reisetid utgjør mer enn halvparten av sin vakt. Dette ser vi av Figur 5.29. I figuren viser høyden på stolpene svar på spørsmålet om hvor godt tilpasset tiden som settes av til hver bruker er. Respondentene har her svart på en skala fra 1 til 5 der 5 er best. I figuren er gjennomsnittsverdien på ulike vakter vist. Fargene på stolpene viser hvor ofte reisetiden utgjør over halvparten av vaktene. Svaralternativene her er «aldri», «færre enn 1 av 20 vakter», «minst 1 av 20 vakter», «minst hver femte vakt» og «over halvparten av vaktene».

Figur 5.29 Svar på spørsmålet: På en skala fra 1 til 5: Hvor godt tilpasset er tiden som settes av til hver bruker?" Kombinert med svar på spørsmålet: «Hvor ofte utgjør reisetiden over halvparten av vekten (stolpefarger)



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Sett i sammenheng med vurderingen av hvorvidt tiden er tilpasset bruker er det altså positivt å kunne gå mellom brukerne, mens det er negativt å reise mye.

Respondentene i undersøkelsen oppgir hvor mange brukere de besøker på en vanlig vakt. Her er gjennomsnittet rett over 11 brukere besøkt i løpet av en vakt. Kun ti prosent av respondentene besøker mer enn 16 brukere i løpet av en vanlig vakt. Av disse høyeste ti prosentene befinner flesteparten seg midt på treet i sentralitet (klasse 2, 3 og 4).

Det at høy reisetiden gjør at antall brukere det er mulig å besøke synker, er som forventet. At tid avsatt til å møte brukernes individuelle behov vurderes som mindre tilpasset der reisetiden er høy, er kanskje noe mer overraskende. Dette kan både ha med kommuneøkonomi å gjøre, men det kan også ha sammenheng med tilgjengelige ressurser. Intervjuer med representanter fra kommuner med store geografiske områder, bekrefter en høy bevissthet i forhold til reisetid, og at nye brukere som krever mye reisetid, ikke nødvendigvis gir flere stillinger eller større budsjetter. For å rekke å alle, må da tiden hos tjenestemottaker reduseres dersom det kommer inn nye brukere som krever mye reising. En av informantene fra intervjuundersøkelsen ga ellers også uttrykk for at det motsatte kunne være tilfelle. På intervjutidspunktet hadde kommunen ingen brukere som krevde lange reiser, noe som også gjorde at hjemmesykepleien hadde god tid hos bruker. Det ble fulgt med på utviklingen hos eldre innbyggere i kommunens randsone med lang reisevei fra kommunesenteret. Dersom, eller når, noen av disse skulle få behov for tjenester fra kommunen, ble det antatt at behovene måtte dekkes innenfor dagens ressurser. Med samme antall brukere må da tiden hos brukerne reduseres.

Vi finner også noe forskjell i antall brukere besøkt i Troms og Finnmark, og Nordland, sammenliknet med resten av landet. I fylkene sør for Nordland er gjennomsnittet av brukere besøkt per vakt på 11.5. Til sammenlikning er dette tallet nesten 10 i de nordlige fylkene. Samtidig er total reisetid i snitt kun 8 minutter lengre i de nordlige fylkene. Det kan tilsa at det er andre faktorer enn reisevei som påvirker antallet brukere de besøker i løpet av vekten i de nordlige fylkene. Mulige forklaringer kan inkludere at brukerne har andre hjelpebehov, og/eller at de praktiserer annerledes pause- og/eller administrasjonsavvikling.

Videre kan reisetid knyttes til antall brukere besøkt på to måter;

- i. Jo flere brukere man besøker i løpet av en vakt, dess mer må man nødvendigvis reise
- ii. Jo mer man reiser i løpet av en vakt, dess færre brukere får man tid til å besøke

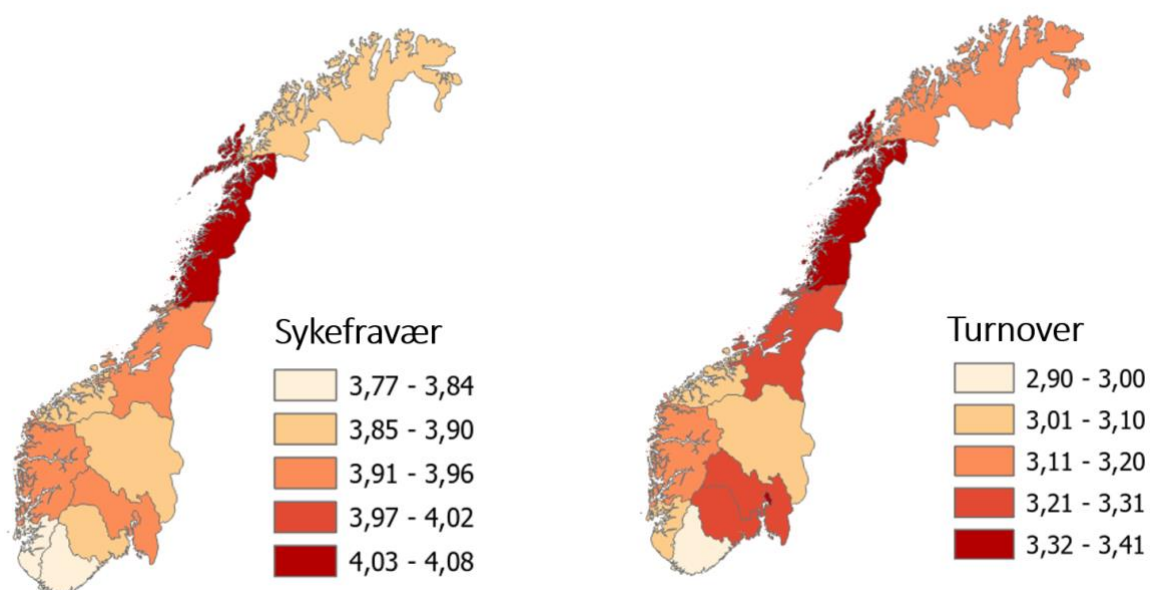
Disse to effektene er klart motstridende, og tilsier at det finnes et (teoretisk) optimalt punkt for reisetid gitt en rekke faktorer, dersom man ønsker å besøke så mange brukere som mulig i løpet av en vakt.

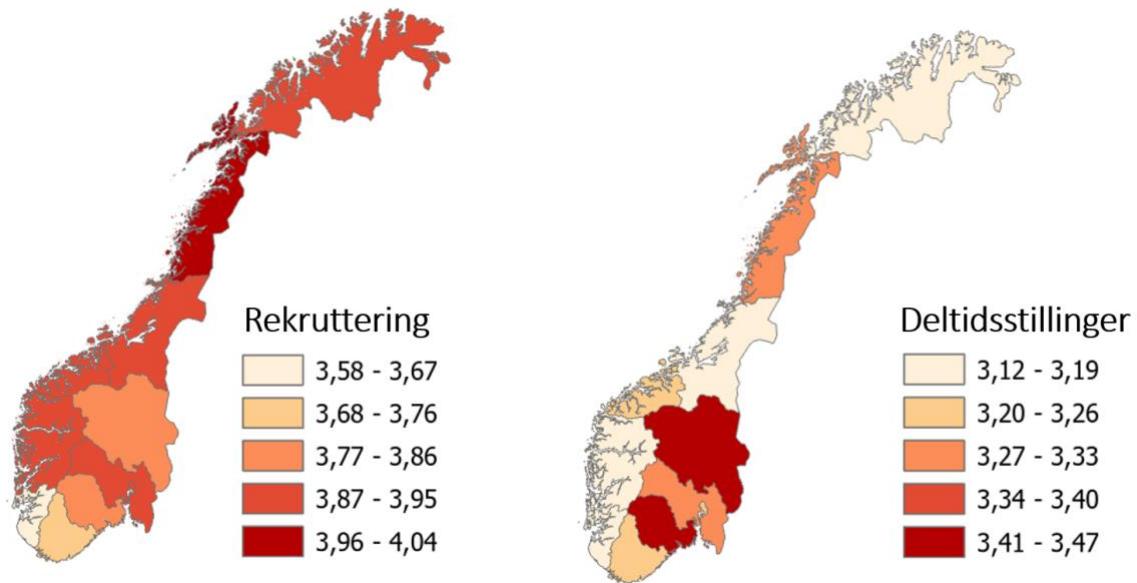
5.5 Geografiske variasjoner

I kapittel 5.2.1 så vi hvorvidt respondentene mener en rekke forhold er utfordringer på arbeidsplassen sin. Det var små forskjeller mellom tjenestetypene i denne vurderingen. Dersom vi vurderer forskjell i vurderingen fylkesvis, er det større variasjoner. Figur 5.30 viser fire kart over Norge som viser hvordan de fire utfordringene varierer mellom fylkene. Her er mørkere farger forbundet med større utfordring i gjennomsnitt i fylket. Her betyr svar rundt 1 at respondentene vurderer forholdet til å være en utfordring i «svært liten grad», og 5 betyr at forholdet er vurdert som en utfordring i «svært stor grad». Det vil si at dersom gjennomsnittsverdien ligger på 3 i et fylke mener respondentene at dette forholdet verken i liten eller stor grad er gjeldende på deres arbeidsplass.

Figur 5.12 (side 75) viser gjennomsnittsverdien og hvilke vurderinger som er gjort av de ulike tjenestene på nasjonalt nivå. Sykefravær er på nasjonalt nivå vurdert med et gjennomsnitt på 3,89 og må vurderes som en vesentlig utfordring. I kartet som viser den geografiske vurdering av sykefravær som en utfordring, representerer gulfargene vurderinger som er bedre enn landsgjennomsnittet. Oransje og rød representerer høyere tall og viser dermed hvilke fylker der sykepleierne vurderer sykefravær som en større utfordring enn landsgjennomsnittet. Jo sterkere farge, dess større vurderes utfordringen. Tilsvarende for turnover der landsgjennomsnittet ligger på 3,17.

Figur 5.30 Geografiske forskjeller i sykepleieres vurdering av utfordringer i tjenestene





Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Rekruttering er vurdert med en gjennomsnittsverdi på 3,85 på nasjonalt nivå, mens deltidsstillinger er vurdert med en verdi på 3,25.

Fargeskalaene er relative for hvert kart og viser hvilke deler av landet sykepleierne vurderer de nevnte utfordringene som størst. Nordland kommer dårligst ut i vurderingen av sykefravær, turnover og rekruttering, mens Vestfold og Telemark har størst utfordringer med deltidsstillinger. Hvorvidt Vestfold og Telemark har en større andel deltidsstillinger enn de øvrige fylkene har vi ikke informasjon om. Spørreundersøkelsen gir kun informasjon om hvordan sykepleierne i fylket vurderer ulike utfordringer. Som vist foran og i vedlegg B, finner vi en signifikant sammenheng mellom sykepleiernes vurderinger av de ulike utfordringene og vikarbruk. Videre finner vi en sammenheng mellom vikarbruk og kostnader til vikarbruk og sentralitet og kommunestørrelse.

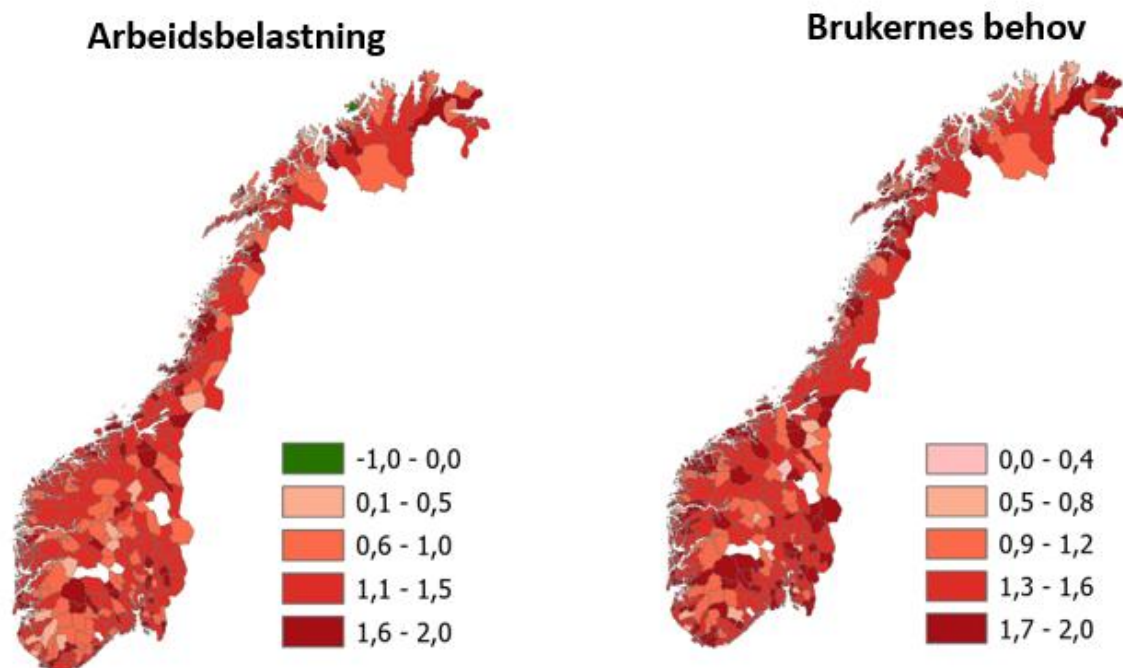
For sykefravær, rekruttering og deltidsstillinger har alle fylkene gjennomsnittsverdier over 3. Det vil si at de i noe grad vurderer dette til å være utfordringer på sin arbeidsplass.

5.5.1 Gjennomgående økning i arbeidsbelastning og behov i de aller fleste kommunene

I kapittel 5.2 så vi at de fleste mener at både arbeidsbelastningen og brukernes behov har steget de siste årene. Under følger to kart, hvor gjennomsnittsverdien for denne vurderingen er vist kommunevis.

Figur 5.13 (side 76) viser sykepleierens vurdering av utviklingen i arbeidsbelastning og brukernes behov de siste 3-4 årene på nasjonalt nivå. Vi så der at de aller fleste har svart at både arbeidsbelastningen og brukernes behov har økt noe eller vesentlig. I følgende figur viser vi sykepleiernes vurderinger i landets kommuner. Kommuner som er hvite i kartet, har vi ikke nok respondenter som har besvart undersøkelsen. I de øvrige kommunene er det gjennomsnittet av de som har svart på spørsmålet i de respektive kommunene som danner grunnlaget for tallfestingen.

Figur 5.31 Utvikling i arbeidsbelastning og brukernes behov i landets kommuner de siste 3-4 årene



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Respondentens svar er plassert på en skala fra -2 til 2, der -2 betyr at arbeidsbelastningen eller brukernes behov er vesentlig redusert, og 2 betyr en vesentlig økning i arbeidsbelastning og brukerbehov. Dermed er røde farger forbundet med høyere arbeidsbelastning, og grønn forbundet med lavere arbeidsbelastning i gjennomsnitt i kommunen. De hvite kommunene har vi som nevnt ikke tilstrekkelig data på. I hver retning betyr mørkere farge mer eller mindre arbeidsbelastning. Det vil si at respondentene mener at arbeidsbelastningen og brukernes behov har økt mest i kommunene som er mørkest røde.

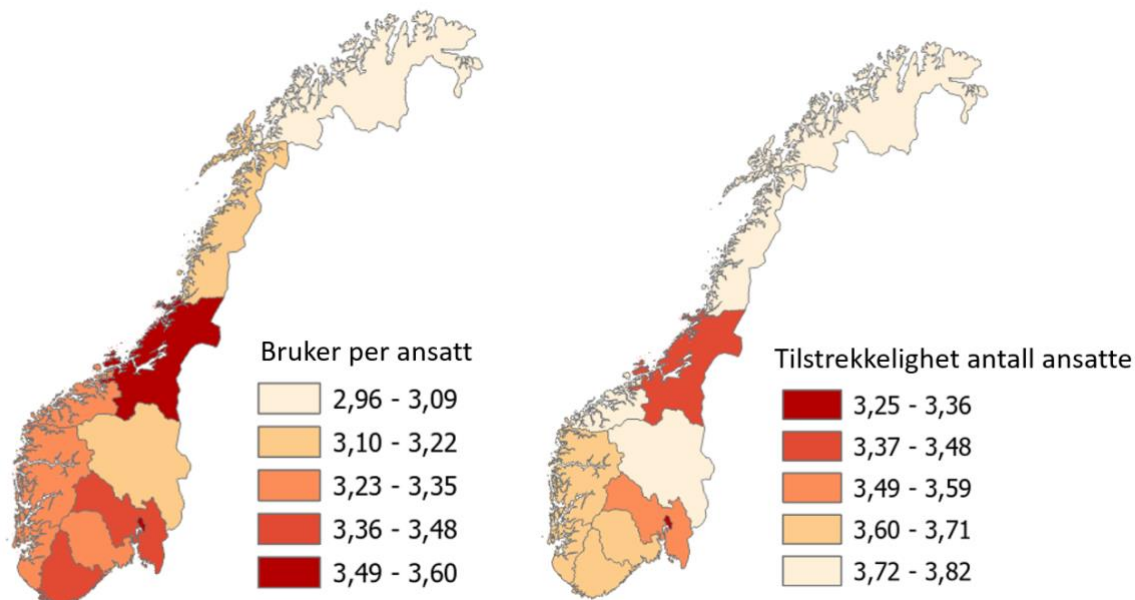
Det er kun respondenter i Halsvik kommune som vurderer at arbeidsbelastningen er noe redusert. Ellers har alle kommunene i gjennomsnitt vurdert at både arbeidsbelastning og brukeres behov har økt. Der fargen er mørkes rødt mener respondentene i gjennomsnitt at arbeidsbelastning og behov har økt vesentlig de siste årene.

5.5.2 Bruker per ansatt og tilstrekkelighet

Som vist er det en rekke faktorer som spiller inn på vurderingen av hvorvidt ansatte på institusjonene og heldøgns omsorg er tilstrekkelig for å møte brukernes behov. Én av disse faktorene som er særs viktig er antallet brukere per ansatt. Vi finner at dette tallet varierer noe fra fylke til fylke. Dette varierer fra 2,9 til 3,6 brukere per ansatt på dagvakt, og fra 3,4 til 4,5 på vakt i helgene i gjennomsnitt i fylkene. Figurene under viser fordelingen i fylkene, og hvorvidt antallet ansatte vurderes å være tilstrekkelig på dagvakt og helg. Hvorvidt antallet ansatte vurderes som tilstrekkelig angis på en skala fra 1 til 7, der 1 betyr at respondenten er helt uenig i at antallet er tilstrekkelig, og 7 betyr at respondenten er helt enig i at antallet er tilstrekkelig. Det vil si at jo lavere gjennomsnittsverdi fylket har på denne vurderingen, jo

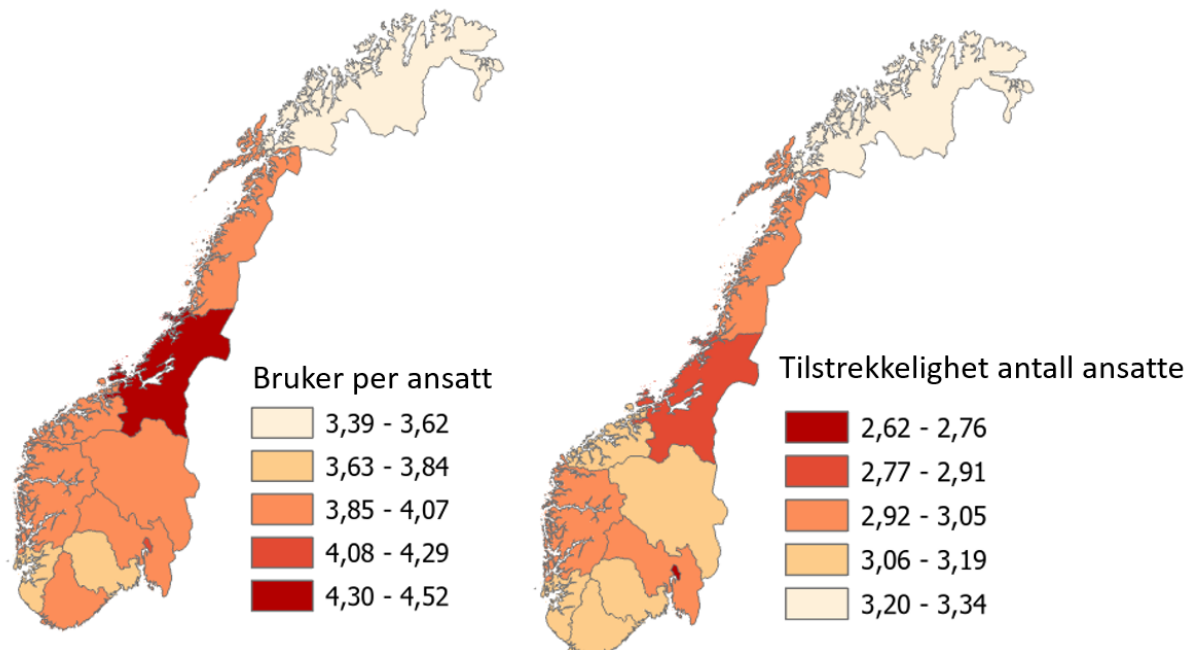
mindre tilstrekkelig vurderes antallet ansatte til å være. Dårligere vurdering av tilstrekkelighet representeres av mørkere farge.

Figur 5.32 Bruker per ansatt på dagvakt og tilstrekkelighet av ansatte på dagvakt



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Figur 5.33 Bruker per ansatt på helgevakt og tilstrekkelighet av ansatte på helgevakt



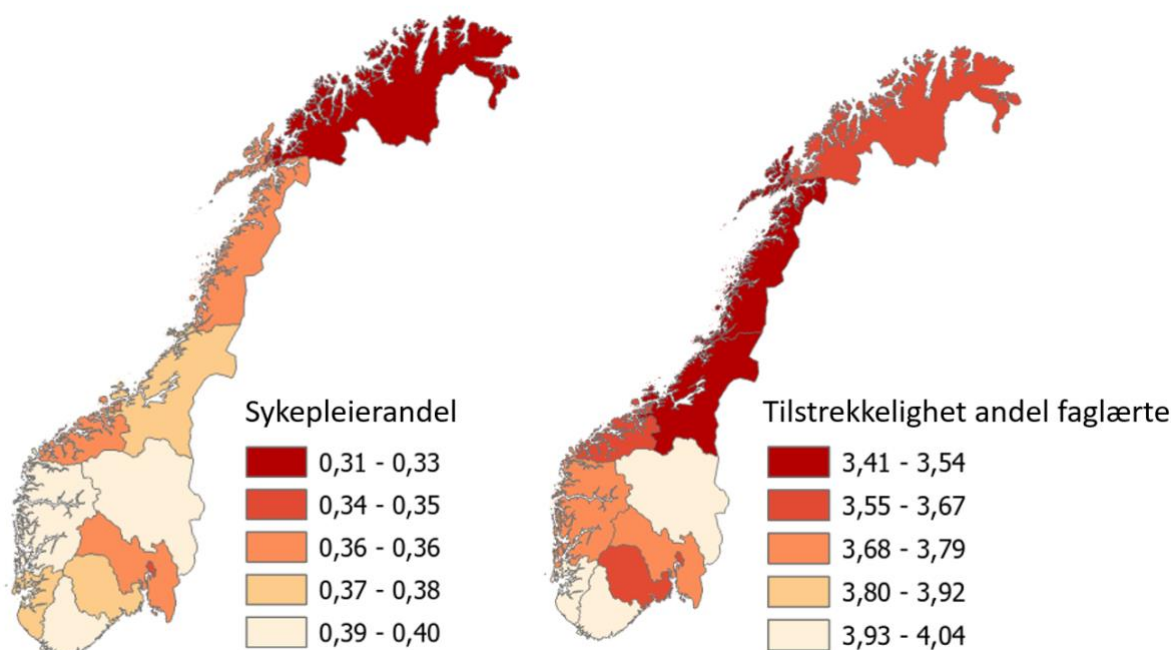
Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Merk at fargeskalaen er individuell for hver figur. Dermed er det ikke mulig å direkte sammenlikne kartene for bruker per ansatt på dag- og helgevakt. Vi ser at bruker per ansatt er høyest i Trøndelag, både på dag og helgevakt. Sett bort ifra Oslo er det også her vurderingen av hvorvidt antallet ansatte er tilstrekkelig er dårligst. Troms og Finnmark har færrest antall brukere per ansatt, og er også ganske enige i at antallet ansatte strekker til. I Agder er det derimot noe dissonans mellom antall brukere per ansatt og vurderingen av tilstrekkelighet. Til tross for et relativt høyt antall brukere per ansatt vurderes tilstrekkeligheten relativt godt. Her er det muligens andre faktorer enn antallet brukere per ansatt som forklarer sykepleierens vurdering av tilstrekkeligheten. Én av disse faktorene kan være andelen faglærte på vakt. Fra kapittel 4 vet vi at Agder har den høyeste sykepleierandelen i tjenestene målt per 10 000 innbygger.

5.5.3 Sykepleierandel og vurdering av tilstrekkelighet

Vurderingen av hvorvidt andelen faglærte er tilstrekkelig er også påvirket av flere faktorer. Spesielt viktig for denne vurderingen er andelen sykepleiere på vakt. Andelen sykepleiere varierer i gjennomsnitt i landets fylker, fra 0,31 til 0,4 på dagvakt, og fra 0,21 til 0,3 på helgevakt¹². Det er altså færre sykepleiere på vakt, og flere assistenter, i helgene enn i ukedagene. Figurene under viser fordelingen i fylkene, og hvorvidt andelen faglærte vurderes å være tilstrekkelig på dagvakt og helg. Hvorvidt respondentene mener at andelen faglærte er tilstrekkelig vurderes på samme skala som hvorvidt de vurderer antallet ansatte som tilstrekkelig, altså fra 1 til 7, hvor 1 er dårligst og 7 er best.

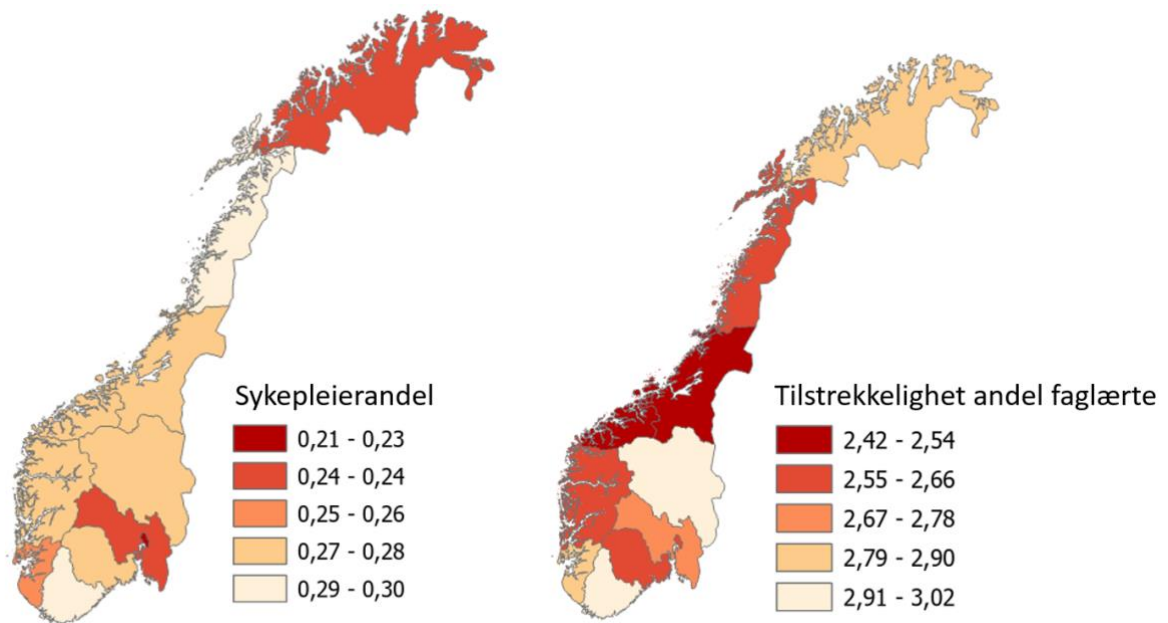
Figur 5.34 Sykepleierandel på dagvakt og tilstrekkelighet av andel faglærte på dagvakt



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

¹² I beregningene har vi vurdert sykepleier per ansatt. 0,31 tilsvarer dermed en sykepleierandel på 31 prosent, 0,21 tilsvarer 21 prosent osv.

Figur 5.35 Sykepleierandel på helgevakt og tilstrekkelighet av andel faglærte på helgevakt



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022

Merk at fargeskalaen er individuell for hver figur. Dermed er det ikke mulig å direkte sammenlikne kartene for brukere per ansatt på dag- og helgevakt. Vi ser at sykepleierandelen er høyest i Agder på både dag- og helgevaktene. Den relativt høye andelen sykepleiere kan være med på å forklare hvorfor Agder kom godt ut i vurderingen av hvorvidt antallet ansatte er tilstrekkelig. Muligens kan en høyere tetthet av faglærte gjøre at en kan ha flere brukere per ansatt, uten at dette vurderes som uforsvarlig.

Videre ser vi at de i Troms og Finnmark i gjennomsnitt vurderer at tilstrekkeligheten av andelen faglærte er god, til tross for en relativt lav sykepleierandel, både på dagvakt og helgevakt. Troms og Finnmark har også det lavest antall brukere per ansatt, og vurderte at tilstrekkeligheten av antallet ansatte var god.

6 Hvordan arbeider kommunene?

Del 2: Hvordan arbeider kommunene strategisk for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

For å belyse hovedproblemstilling 2 med tilhørende underpunkter, har vi gjennomført en casestudie i 8 kommuner. I tillegg hadde spørreundersøkelsen rettet mot sykepleiere en tilleggsdel med spørsmål av mer strategisk art rettet mot tillittvalgte. Hovedfunnene fra denne delen av spørreundersøkelsen rapporteres i dette kapitlet.

Undersøkelsene bekrefter utfordringsbildet fra de foregående kapitlene. Kommunene opplever større krav i form av flere brukere og en større andel brukere med omfattende behov, samtidig som de aller fleste sliter med å rekruttere og beholde tilstrekkelig helsefaglig kompetanse i tjenesten. Samtlige av våre informanter gir uttrykk for at kommunene har god oversikt over behovet for kapasitet og kompetanse på kort og lang sikt, og de fleste har også dette nedfelt i ulike former for planer. Planstatus og forankringen av planene varierer, og planene har også ulik strategisk forankring. Flere viser til plankrav som følger av Leve hele livet reformen, mens andre viser til mer interne planer. Samtlige informanter oppgir at de har ulike tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere og annen helsefaglig kompetanse, og de aller fleste har prosesser på gang der de vurderer bruk av kompetanse og arbeidsdeling mellom faggrupper. Det pekes på at alle kjemper om de samme knappe ressursene, det samarbeides med helseforetak og utdanningsinstitusjoner, turnusordninger, lønn- og arbeidsbetingelser vurderes og brukes også som virkemiddel for å tiltrekke seg nødvendig kompetanse og kapasitet. Knapphet på sykepleierkompetanse synes også i mange tilfeller å tvinge fram organisatoriske endringer der sykepleiere brukes til helsefaglige oppgaver som krever sykepleierkompetanse mens assistenter og andre faggrupper overtar andre oppgaver. Informantene er delt i synet på normtall som virkemiddel for å sikre kapasitet og kompetanse i tjenesten. På den ene siden argumenteres det for at normtall vil bidra til å sikre at sektorens behov når opp i budsjettkamper og budsjetter som muliggjør en forsvarlig drift. På den andre siden pekes det på sektorens kompleksitet, behovet for individuelle tilpasninger og fleksibilitet til å sikre forsvarlige tjenester.

I Vista Analyse (2019) ga kommunene uttrykk for at virkningene av samhandlingsreformen var kommet raskere og sterkere enn forventet, med en dertil tilhørende betydelig grad av usikkerhet med tanke på hvordan utfordringene skulle og kunne møtes. I denne undersøkelsen finner vi en samstemt erkjennelse av at økende kompleksitet i brukerbehovene og vekst i antall brukere, er en vedvarende tilstand, der utfordringer må løses innenfor en stadig større knapphet på helsefaglig kompetanse.

6.1 Utvalg, metodisk tilnærming og tolkning av data

Kommunene som ble valgt ut med utgangspunkt i KOSTRA-data om kommunene. Kommunene som ble valgt ut varierte med hensyn til størrelse (målt i antall innbyggere), geografisk plassering, sentralitetsklasse, Kostragruppe¹³, registrerte årsverk per bruker av helse- og omsorgstjenesten, årsverk

¹³ Kommunene er gruppert langs tre ulike dimensjoner: Folkemengde, bundne kostnader og frie disponible inntekter per innbygger.

i helse- og omsorgstjenesten per 10 000 innbygger, overliggerdøgn (høy til lav), fraflyttings/ikke fraflyttingskommune og vertskommune for sykehus/ikke vertskommune for sykehus. De to minste kommunene i utvalget har under 2000 innbyggere, to kommuner har mellom 3000 og 10 000 innbygger, 2 kommuner har mellom 10 000 og 50 000 innbygger, 2 har mellom 50 000 og 100 000 og en kommune har over 100 000 innbyggere.

For å komme i kontakt med informanter sendte vi epost med informasjon med forespørsel om å delta i prosjektet på vegne av kommunen der vi spurte om deltagelse på kommunalsjefnivå. 7 kommuner stilte med kommunalsjef eller fungerende kommunalsjef, mens 1stilte med 2 rådgivere.. Dette er representanter som må kunne forventes å uttale seg med troverdighet om kommunens strategiske arbeid for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsen ble gjennomført i januar og februar 2022, og falt sammen med en topp i smitteutbrudd som følge av spredning og usikkerhet knyttet Omikron-varianten av COVID-19. Dette medførte en ytterligere belastning på kommunehelsetjenestene, noe som også begrunnet at enkelte av kommunene vi henvendte oss til oppga at de ikke hadde kapasitet til å sette av tid til intervju. Kommunene som takket nei, ble da erstattet med andre kommuner med tilsvarende kjennetegn som kommunene som falt ut.

Datainnsamlingen ble i forkant av godkjent av Vista Analyses personvernombud. Hvert intervju tok mellom en og en og en halv time. Det ble i forkant av intervjuene utformet en intervjuguide som ble sendt til informanten før intervjuet. Som del av forberedelsene til intervjuene ble KOSTRA-informasjon om casekommunene gjennomgått og det ble gjort søk på kommunenes hjemmesider der vi spesielt så etter strategiske planer eller andre planer der helse- og omsorgssektoren inngikk. Bakgrunnsinformasjonen om casekommunene er også brukt i analysene. Intervjuene ble gjennomført som videointervjuer via TEAMS og tatt opp etter godkjenning fra informant. Det er skrevet referat fra hvert av intervjuene.

6.2 Metodisk utgangspunkt, tolkning og generaliserbarhet

Det metodiske utgangspunktet for den kvalitative delen av utredninger er at informantenes utsagn kan tolkes både «faktuelt» og som «begrep/fenomen» (Drageset & Ellingsen, 2010). Faktuelle intervju har til hensikt å innhente faktisk informasjon, mens fenomenintervju har som formål å kartlegge eller utdype nyanser eller variasjoner av fenomener som i dette tilfelle innebærer vurderinger av utfordringer og strategier, eventuelt manglende strategier for å møte utfordringene.

I analysene har vi lagt vekt på å få fram forskjeller og fellestrekk der vi også har hensyntatt bakgrunnsvariabler om casekommunene. Vi mener det er rimelig å legge til grunn at kommunalsjefer (eller de som svarer i stedet for kommunalsjefen) er troverdige kilder til faktainformasjon og refleksjoner rundt utfordringer og strategier i egen kommune, og også har innsikt som gjør at deres refleksjoner er relevante for utredningens øvrige problemstillinger. Samtidig har vi også lagt til grunn at informantene og deres vurderinger påvirkes av deres bakgrunn og den situasjonen de og kommunene de representerer står i, med tilhørende lokale rammebetingelser. Vi kan derfor ikke legge til grunn at intervjuundersøkelsen gir et fullstendig bilde av hvordan ulike kommuner arbeider på et strategisk nivå for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Derimot er det vår vurdering at intervjuundersøkelsen gir et allment bidrag til forståelse av behov, utfordringer og strategiske vurderinger sett fra kommunenes perspektiv, og at resultatene også bidrar til å forklare og forstå funn fra utredningens kvantitative del.

Resultatenes relevans og overførbarhet til andre kommuner styrkes av funnene fra den kvantitative delen og at utfordringene knyttet til knapphet på ressurser og kompetanse sett mot behov i helse- og omsorgstjenesten, er bredt erkjent og etter hvert også allment akseptert. Casekommunene er også valgt ut for å sikre størst mulig variasjon med hensyn til en rekke variable som antas å kunne ha betydning for hvilke behov som skal dekkes så vel som betingelsene for å kunne møte dagens og fremtidens behov i kommunenes helse og omsorgstjeneste. 7 av kommunene som inngår i casestudien har respondenter som har besvart spørreundersøkelsen. Der det har vært mulig, og relevant, er intervjuresultatene sett i sammenheng med resultatene fra spørreundersøkelsen rettet mot sykepleiere.

Funnene fra intervjuundersøkelsen kan ikke generaliseres. Resultatene gir heller ikke grunnlag for vekting eller en kvantifisering som kan si noe om hvordan kommune-Norge sett under ett arbeide. Funnene sammen med utredningens øvrige undersøkelser, bidrar likevel med både forklaringer og kunnskap om mulige trender som gir et rimelig godt bilde av kommunenes opplevelse av utfordringer og hvordan de arbeider for å møte utfordringene.

6.3 Behov og strategiske planer

For fem av kommunene fant vi planer for hele- eller deler av helse- og omsorgstjenesten på kommunenes hjemmeside. Planene har litt ulik karakter, - alt fra politiske dokument til mer administrativ planlegging av kapasitet i forhold til behov, til arbeidsdokumenter som en del av en utviklingsprosess innenfor en eller flere tjenester. På spørsmål om kommunene hadde egne strategiske planer for helse- og omsorgssektoren, var det flere av kommunene som ga uttrykk for at de arbeidet med dette, hvorav noen planer også skulle behandles politisk i løpet av 2022. Andre oppgir at de ikke har noen plan og heller ikke har hatt det de siste årene, men at de arbeider med planer i ulike sammenhenger. Enkelte av informantene viste til *Leve hele livet reformen* og planarbeid knyttet til denne reformen.

Uavhengig av om kommunene oppga at de hadde fungerende planer, mente samtlige informanter at de hadde oversikt over kommunens personell, planlagte pensjonerings og befolkningens behov i dag, samt forventet behov for helse- og omsorgstjenester framover. Større kommuner ser i større grad ut til å ha formelle planer enn små kommuner, men de små kummene virker til å ha vel så god oversikt over kompetansebehov på kort og lang sikt. Flere små kommuner legger også vekt på at de må ha høy helsefaglig kompetanse som kan møte bredden i behovene som kan komme, men at de ikke kan spesialisere kompetansen inn mot spesielle områder før behovene er der. Demens- og palliativ kompetanse vet at de trenger, men den store bredden av særskilte behov som kan komme, må løses når behovene er der. Dette gjelder også i bruk av teknologi der flere presiserer at dette må være behovsstyrt og at en liten kommune ikke kan skaffe «all mulig» teknologi på et område før de har brukere.

Informantene er samstemte i at brukernes behov er mer krevende og komplekse enn tidligere og at en større andel brukere har omfattende hjelpebehov, kombinert med at antall brukere øker. Dette gjenspeiles blant annet i følgende sitat:

“ Samhandlingsreformen har ført til at pasientene skrives ut før og er dårligere. Ikke bare innen somatikk, men også innenfor også psykiatri. Det er også større forventinger i befolkningen nå enn før som krever mye av spesialisthelsetjenesten som igjen krever mer av kommunehelsetjenesten.

Representant fra en mellomstor kommune

Det gis også uttrykk for at helsetjenestene kommunene skal yte er blitt mer medisinskfaglig krevende og det vises til at kommunehelsetjenesten i dag utfører et bredt spekter tjenester som for få år siden kun kunne gjennomføres på sykehus:

“ Det er et økende trykk på hjemmetjenestene både fordi pasienter skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten og fordi de skal følges opp med avanserte tjenester og ofte også spesialtilpasset utstyr. Smertepumper, intravenøs behandling, ernæring, sår – mange spesialområder skal dekkes – både smale og brede områder.

Representant fra en mellomstor kommune

I tillegg til forventninger om at stadig mer helsefaglig krevende pasienter skal ha tjenester, baserer kommunene sine fremtidige forventninger på befolkningsframskrivninger fra SSB, ressursportalen, og/eller KS, kombinert med egne justeringer basert på lokalkunnskap. Kommuner der hele, eller deler av befolkningen bor spredt, eller har avsidesliggende tettsteder, bygder eller øyer med lang reisevei fra kommunesenteret, viser til at de har en særlig oppmerksomhet rettet mot befolkningen i avsidesliggende områder. Dette for å kunne imøtekomme behov som følger med en aldrende befolkning i hele kommunen. Planleggingen må ta hensyn til at tjenestene tilpasses de geografiske behovene i kommunen.

Flere av informantene viser til at de arbeider med planer, oppdateringer og annet utviklingsarbeid, men at mye har vært satt på vent under koronapandemien. Det vises også til at det kan være flere ulike planprosesser, og flere nivåer med planer. I noen tilfeller er planene forankret politisk i forbindelse med budsjettbehandlinger eller andre politiske prosesser. De fleste oppgir at de har en eller annen form for rekrutteringsplan eller strategi, eller i det minste en liste med tiltak for å sikre tilstrekkelig og forsvarlig kapasitet og kompetanse i tjenestene.

“ Vi har kompetanse- eller rekrutteringsplaner både for på kort og mellomlang sikt for institusjon, omsorgssentrene, bemannet omsorgsboliger og hjemmesykepleien. Det som er utfordrende er at vi har dette veldig godt for hver etat, men vi mangler en mer robust overordnet plan. Det er det HR-skal jobbe med og de har det på sin blokk, men det har blitt skjøvet litt på i de to årene vi har vært igjennom.

Representant fra en stor kommune

En del av kommunene oppgir at de har ganske konkrete planer der særlig temaplaner kan være svært detaljerte. I de minste kommunene kan det være helt konkrete planer nesten, på personnivå, med hensyn til antall med demens som trenger bolig, skrøpelige eldre som bor langt unna eller i uhensiktsmessige boliger.

På spørsmål til et par kommuner om eldre eller andre brukere flyttes, svares det at all flytting er frivillig, men at brukere som bor langt unna, eller i uhensiktsmessige boliger der det er krevende å gi bistand, gjerne prioriteres og også søkes å motiveres til å flytte til omsorgsboliger. Det synes å være en felles enighet om at det er et mål at eldre skal bo hjemme lengst mulig og at det skal gis tjenester i hjemmet. Samtidig vises det til at det kan være tilfeller der det kan bli svært ressurskrevende å yte tjenester uavhengig av bosituasjon og geografi, og at det derfor også er behov for omsorgsboliger eller tilsvarende løsninger med sentral beliggenhet for å kunne imøtekomme behovene. En av informantene viser også til at kommunen holder på å utarbeide planer for egen bygningsmasse der flere mindre og uhensiktsmessige institusjoner/boliger i større grad skal samles og utformes med tanke på effektiv ressursutnyttelse av helsepersonell. Med en stor og økende knapphet på helsepersonell, må det ifølge

denne informanten, tilrettelegges sånn at kommunen og brukerne får mest mulig helsehjelp ut av tilgjengelige ressurser.

Reisetid og brukere i distrikter med spredt befolkning pekes på som en utfordring. I en kommune sies det også at de har hatt særlig utfordringer med å få besatt områder med mye reising, og de derfor har måtte utvide noen områder for å kunne fordele reisebelastningen på flere. En annen liten kommune oppgir at alle dagens brukere av kommunens tjenester bor med gåavstand til hjemmetjenesten, men at det er områder i kommunen der det kan komme brukere som vil kreve lang reisetid med påfølgende konsekvenser for kostnader og kapasitet i tjenestene. I en kommunene følger de spesielt godt med i et område der befolkningen er aldrende, og der reiseveien er lang og også krever ferge. Flere kommuner oppgir at de har områder i kommunene som er særlig krevende å få gitt tjenester i, og å skaffe bemanning til.

“ Vi har ikke brukt framskrivingene direkte i strategien for omsorgstjenestene, men vi er klar over utfordringene vi står overfor. Det er mange eldre, men de er utrolig spreke, men noen få trenger selvsagt assistanse. Vi har styrket demensomsorgen nå.

Representant fra en liten kommune

På spørsmål om hvordan planene brukes er det to svar som går igjen; i) planene brukes mot politikerne for å nå fram i budsjettkampen, ii) planene brukes for å sikre kapasitet og kompetanse og riktig bruk av tilgjengelige ressurser.

“ Planene brukes opp mot politikerne, det har vært lett å bli hørt opp mot budsjett, men det blir stadig tøffere mot oppvekst

Representant fra en liten kommune

“ Vi leverer kompetanseplaner hvert år. Strategiske mål for enheten, resultatmål, tiltak og ambisjoner. Politikerne etterspør det, og vi bruker planene i arbeidet med å sikre forsvarlig tjenester

Representant fra en mellomstor kommune

6.4 Rutiner for å gjennomgå og vurdere grunnbemanning – normtall?

De aller fleste har en eller annen form for rutiner for å gjennomgå og vurdere grunnbemanningen. Noen synes å gjøre dette løpende, mens andre har faste målepunkter, feks hver måned eller hvert halvår der dette gjøres. Kun en av våre informanter oppgir at kommunen har og bruker normtall. Flere informanter oppgir og beskriver krav til forsvarlig bemanning, eksempelvis krav om antall sykepleier på vakt, eller bakvakt, mv., uten at det er fastsatt noen form for normtall. Flere legger vekt på at bemanningen må være behovsstyrt, og at det derfor ikke er hensiktsmessig med et fast normtall for bemanning. Andre ønsker seg førende bemanningsnormer for å ha noe å strekke seg etter og for kunne bruke fastsatte bemanningsnormer i kampen om ressursene i budsjettsammenheng.

På spørsmål om bemanningsnormer er ønskelig viser følgende to sitater spennet i vurderingene:

“ Bemanningsnorm? Etterlyser det. Hadde vært en god veileder og rettesnor for å sikre riktig nivå. Men hva skal den si noe om? Tenker uansett at det hadde vært utelukkende positivt.

Representant fra en liten kommune

“ -Vi er liten kommune. Jeg står som sjef for avanserte tjenester 24-7 og har ikke særlig større budsjett enn skolevesenet. Men på den annen side, skal vi straffes om vi ikke får tak i folk? Vi klarer ikke alltid å rekruttere. Vet ikke hvordan bemanningsnorm skulle beregnes engang. Hvert menneske er unikt, noen trenger 2 pleiere i mange situasjoner i perioder, mens andre trenger bare tilstedeværelse som gir trygghet, også har du alt imellom. I sykehjemmene har vi fast bemanning ut ifra antall senger tilgjengelig, mens i hjemmetjenesten er det mer variabelt. Vi må ha et fleksibelt system. Vi burde kunne flytte mellom sykehjem og hjemmesykepleie, men det er vanskelig å få ansatte med.

Representant fra en liten kommune

Samtlige informanter gir uttrykk for at de har god oversikt over grunnbemanningen og at de følger med på behovene for å tilpasse bemanningen. Det vises til at en bruker eksempelvis kan skape mye uro på en sykehjemsavdeling og at det da kan være nødvendig å øke bemanningen knyttet til en enkeltbruker. Denne type tilfeller søkes å løses gjennom grunnbemanningen, eventuelt ved å omdisponere ressurser, men det vises også til at det kan bli nødvendig å hente inn ressurser fra vikarbyrå. Bemanningsnormer vil i denne type tilfeller kunne være til hjelp, men vil neppe kunne løse den store variasjonen i individuelle behov.

“ Vi gjennomgår tall for antall brukere i de ulike tjenestene årlig. Diskuterer turnusavtale med tillitsvalgt årlig og diskuterer da grunnbemanningen. Mye tilbakemelding på at det er travelt og lite folk

Representant fra en mellomstor kommune

“ Har ikke måltall, men standard på minimum en sykepleier på vakt per enhet. For eksempel på åtte pasienter kan det være to ansatte, men det er ikke helt bestemt hvilken kompetanse disse to skal ha. Men dette varierer ut fra avdeling. Er det mye vanskelig adferd er det jo annerledes enn i sykehjem med relativt friske brukere. Ser på nivåer per plass. Det handler om å harmonisere tjenestene litt. Tall justeres ut ifra hvor godt ting fungerer. Alltid en pågående prosess.

Representant fra en stor kommune

6.5 Tiltak for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere og annet helsepersonell

Så godt som samtlige informanter oppgir at de har rekrutteringsutfordringer og at de sliter med å skaffe sykepleiere og annen helsefaglig kompetanse. En representant oppgir imidlertid at de har fått relevante søkere på utlyste sykepleierstillinger og at alle sykepleierstillinger er dekket med sykepleiere. I motsatt ende av skalaen finner vi en liten kommune som strever med å få tak i sykepleiere og som også sliter med stramme budsjetter.

“ Vi får ikke tak i folk og vi har ikke penger heller. Fastlegene spiser en stor del av budsjettet.

Representant for en liten kommune

Andre oppgir at de har en lang rekke tiltak og strategier for å rekruttere; lønnsbetingelser, tilpasning av turnus, oppgavedeling, samarbeid med utdanningsinstitusjoner og helseforetak brukes i stor grad i arbeidet med å rekruttere. Heltidsstillinger sies å være det eneste som fungerer, men at det åpnes for deltid for de som ønsker det.

Oppgavedeling og riktig bruk av kompetanse, og da særlig kompetanse det er knapphet på, står høyt på dagsorden hos de aller fleste informantene. Det er også et gjennomgående trekk at det er knapphet på kompetanse og ikke økonomiske hensyn som driver arbeidet med å vurdere nye måter å organisere tjenestene på.

“ Vi ser jo at vi kan erstatte noen av arbeidsoppgavene som nå helsefagarbeidere og sykepleiere gjør med andre yrkesgrupper.

Representant for en stor kommune

Flere viser også til læring gjennom pandemien der de ble tvunget til å tenke oppgavedeling. Flere viser til gode erfaringer med å trekke inn annen kompetanse for å avlaste helsefagarbeidere og sykepleiere.

“ Alle etatene har kartlagt hvordan sykepleiere brukes i dag, og hvordan de kan brukes bedre. Vi ser nå på oppgavefordelingen mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, og at vi ser det er et kompetansebehov hos helsefagarbeidere for at de skal kunne ta over flere oppgaver som sykepleier gjør i dag. Vi ser også at det er nødvendig å tydeliggjøre bruk av vernepleiere.

Representant for en stor kommune

“ Vi ønsker å få til en god oppgavefordeling sånn man gjør det man er utdannet for. I dag så er jo kritikkene veldig mye at alle gjør alt og sykepleierne gjør enda litt til. Det er fryktelig bortkastet tid når vi ikke har nok folk.

Representant for en mellomstor kommune

Det tas til orde for at det er mulig å bli mer rendyrket og at helsefagarbeiderne må få muligheter til å bruke utdannelsen sin. En av informantene peker også på at kommunene og Sykepleierforbundet kan bli flinkere til å vise at det faktisk er spennende og kompetansekrevede oppgaver i kommunesektoren. Kommunesektoren har faglig utfordrende oppgaver som er spennende og som kan være minst like faglige som stillinger på sykehus. Informanten understreker dette ved å vise til at oppgaver som tidligere kun kunne gjøres på sykehus nå gjennomføres i kommunehelsetjenesten. Hvorfor var disse oppgavene mer spennende da de var på sykehus? På den andre siden er det andre som ytrer en bekymring for at oppgavene er blitt for kompliserte og at ansvaret på vakt er for stort. På sykehus sies det å være prosedyrer, andre sykepleiere og leger som støtter og følger opp, mens man i kommunehelsetjenestene ofte blir stående alene uten faglig støtte som gir den nødvendige tryggheten. Organisering i ulike former for team der sykepleiere jobber sammen i team, eller inngår i tverrfaglige team, er løsninger flere tester ut eller ønsker å teste ut. Kombinasjonen faglig trygghet og samtidig tilstrekkelig faglig utfordring, er hensyn som flere på ulikt vis forsøker å balansere.

Kommunene oppgir også at de satser på videreutdanning og kompetanseheving.

Flere viser til den samlede knappheten på sykepleiere og annet helsepersonell og at det er en konkurranse ikke alle kan vinne. Sykehusene sies å kunne gi bedre vilkår og at dette særlig gjelder på natt. Andre viser til at de har gått opp i lønn for å kunne konkurrere med helseforetakene.

Det vises til at det kan oppstå diskusjoner om hva sykepleierfaget er og hvor pasientnær det er nødvendig å være for å kunne yte god helsehjelp. Erfaringene viser at det kan være ulike synspunkter også i ansattegrupper der noen sykepleiere mener at de må observere og at det krever nær kontakt med pasientene, mens andre er mer bekvemme med å overlate observasjoner og nærkontakten til assistenter og andre helsefagarbeidere. Trygghet og faglighet synes uansett å være gjennomgående for å skape gode arbeidsmiljøer og riktig bruk av kompetanse.

6.6 Treffer myndighetenes politikk og virkemidler?

I hvilken grad treffer statlige myndigheters politikk kommunenes behov for kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, i dag og fremover? Svarene på dette spørsmålet viser store sprik. En informant mener at de statlige virkemidlene og tilgangen til prosjektmidler fra eksempelvis statsforvalteren er svært gunstige og treffer behovene. Andre gir uttrykk for at de ikke ser noen statlige virkemidler som treffer, kanskje med unntak av Leve hele livet reformen. Hvorvidt Leve hele livet har relevante virkemidler er det imidlertid ulike syn på. En informant sier at hele reformen burde vært lagt ned, og at det kreves mer ressurser å få tak i prosjektmidler enn det er mulig å få. Det stilles også spørsmål ved om reformen faktisk retter seg mot de viktigste områdene sett i forhold til kommunenes faktiske behov og utfordringer. Andre sier at de har fått noe hjelp av reformen, og da kanskje først og fremst når det gjelder å få oppmerksomhet og noe større forhandlingsmakt i budsjettspørsmål.

Kompetanseløftet 2025 nevnes av flere, men sies også å være lite konkret og lite tilpasset kommunene. Det etterlyses også mer og bedre relevant utdanning for kommunehelsetjenesten. Ifølge en av informantene har ikke utdanningen hengt med og tatt inn over seg den oppgaveoverføringen som har vært. Kommunene tilbyr avanserte medisinske tjenester, men hvor lærer sykepleiere prosedyrer og alle oppgavene som faktisk utføres i kommunene? Det foreslås at kommunene blir pliktige til å stille med praksisplasser og at de også får støtte – økonomisk og kompetansemessig til å følge opp praksisplasser.

6.7 Kommunens strategiske arbeid sett fra tillitsvalgtes side

Tillitsvalgte respondenter fikk noen tilleggsspørsmål om kommunens strategiske arbeid og deres opplevde påvirkningskraft. Ca. 660 tillitsvalgte fra 246 kommuner er representert i undersøkelsen. Generelt ser svarene ikke ut til å avhenge av om den tillitsvalgte arbeider i hjemmetjenesten, heldøgns omsorg eller på institusjon.

Bekrefter rekrutteringsutfordringen og det er iverksatt tiltak for å rekruttere og beholde

Nesten alle oppgir at kommunen har utfordringer med å rekruttere sykepleiere og annet helsepersonell og de aller fleste har også utfordringer med å beholde sykepleiere og annet helsepersonell.

I 70 prosent av kommunene representert i undersøkelsen er det minst én tillitsvalgt som oppgir at kommunen har «iverksatt spesifikke tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere og annet helsepersonell», mens i ca. 60 prosent av kommunene oppgis det at kommunen har «iverksatt tiltak for

å styrke ledelsen av sykepleietjenestene (kompetanseheving, redusert lederspenn, støttefunksjoner o.l.)».

I over halvparten av kommunene oppgis det at kommunen har samarbeidet med helseforetak og/eller universitets- og høyskolesektoren for å «ivareta behovet for opplæring og kompetanseutvikling hos egne ansatte» (ca. 60 prosent) og/eller «sikre nødvendig tilgang til personell» (ca. 40 prosent).

Strategiske planer i mange kommuner, men ingen felles forståelse av hva en plan er

I 70 prosent av kommunene representert i undersøkelsen er det minst én tillitsvalgt som oppgir at kommunen har «**egne strategiske planer for helse- og omsorgstjenestene**». Basert på kommunene der flere tillitsvalgte har svart på spørsmålet kan man imidlertid se at i hele 53 prosent av kommunene har de tillitsvalgte svart motstridende på spørsmålet (ikke medregnet «vet ikke»), mens i 34 prosent har begge/alle svart bekreftende på at kommunen har en plan og i 13 prosent har begge/alle svart at kommunen ikke har en plan. I tillegg har over 40 prosent av de tillitsvalgte svart «vet ikke». De motstridende svarene og den høye andelen «vet ikke» kan enten skyldes at det er uklart om dokumentene kommunen har faller inn under kategorien «strategiske planer for helse- og omsorgstjenestene» eller at mange tillitsvalgte ikke har kjennskap til planene som foreligger. Intervjuene trekker i retning av det kan være uklart hva som menes med en strategisk plan og at det også varierer på tvers av kommunene hva som menes med en «plan» for helse- og omsorgssektoren. Tolkningen av svarene om strategisk plan gjøres i lys av at det ikke er etablert et felles begrep på tvers av kommunene på planer som lages for sektoren.

Videre ble de tillitsvalgte spurt om kommunen har «**rutiner for å revurdere grunnbemanningen** i institusjon, heldøgns omsorg og institusjon opp mot endringer i antall brukere og behov». I litt over 40 prosent av kommunene representert i undersøkelsen, er det minst én tillitsvalgt som svarer bekreftende på at kommunen har slike rutiner. Igjen finner vi motstridende svar i om lag halvparten av kommunene der flere tillitsvalgte har besvart spørsmålet. Det gjelder også tillitsvalgte innen samme tjenestetype, det være seg institusjon, heldøgns omsorg eller hjemmetjenesten, så forklaringen ser ikke ut til å ligge i at en kommune har bedre rutiner for en tjeneste enn en annen. Også på dette spørsmålet har over 40 prosent av de tillitsvalgte svart «vet ikke».

23 prosent svarer at kommunen har måltall, men få kan oppgi hva måltallet er

Blant de tillitsvalgte oppgir 23 prosent (ca. 150 stk) at kommunen har «fastsatt **måltall for andel årsverk** for sykepleiere, helsefagarbeidere osv. i institusjon, heldøgns omsorg og hjemmetjenester», mens hele 55 prosent svarer «vet ikke». Svært få kan oppgi hva måltallet er og kun 16 respondenter svarer at måltallet er «oppnådd» (5 stk) eller «nesten oppnådd» (11 stk).

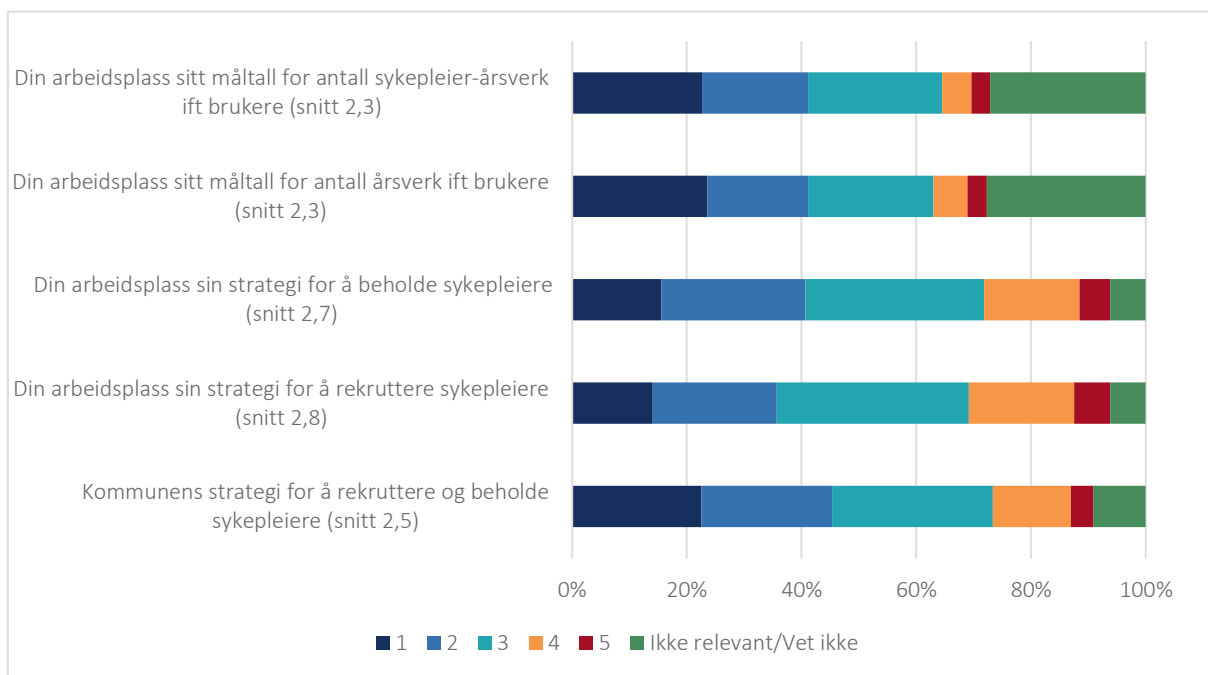
Det er positiv korrelasjon mellom kommuner som oppgis å ha egne strategiske planer for helse- og omsorgstjenestene og de som oppgis å ha rutiner for å revurdere grunnbemanningen. Det er også positiv korrelasjon mellom å ha strategiske planer og å ha iverksatt tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell. Sterkest korrelasjon er det mellom kommuner som oppgis å ha måltall og å ha rutiner for å revurdere grunnbemanningen.

Tillitsvalgte har i liten grad innflytelse over arbeidsplassens rekrutteringsstrategi og måltall

Overordnet opplever de fleste tillitsvalgte ikke å ha særlig innflytelse på kommunens og arbeidsplassens rekrutteringsstrategi; om lag 40 prosent svarer at de i liten eller svært liten grad har innflytelse på hhv. kommunens og arbeidsplassens strategi for å rekruttere og beholde sykepleiere, mens 18-25 prosent svarer at de har innflytelse over dette i stor eller svært stor grad. Ser vi kun på de som har svart at kommunen har «egne strategiske planer for helse- og omsorgstjenestene», er andelen som opplever innflytelse noe større, hhv. 27 prosent opplever å ha innflytelse over kommunens strategiske arbeid for å rekruttere og beholde sykepleiere og 35 prosent opplever å ha innflytelse over arbeidsplassens strategiske arbeid for å rekruttere sykepleiere.

Få av de tillitsvalgte opplever å ha innflytelse over «arbeidsplassens måltall for antall årsverk og sykepleierårsverk i forhold til antall brukere»; kun 8-9 prosent svarer at de har innflytelse over dette i stor eller svært stor grad. Over en firedel har svart «Ikke relevant/vet ikke» på spørsmålet. Blant de tillitsvalgte som har svart at kommunen har «fastsatt måltall for andel årsverk for sykepleiere, helsefagarbeidere osv. i institusjon, heldøgns omsorg og hjemmetjenester», oppgir 18 prosent å ha stor eller svært stor innflytelse over arbeidsplassens måltall for antall sykepleierårsverk i forhold til antall brukere, mens kun 4 prosent svarer dette blant tillitsvalgte i kommuner som ikke har «fastsatt måltall for andel årsverk for sykepleiere, helsefagarbeidere osv. i institusjon, heldøgns omsorg og hjemmetjenester».

Figur 6.1 I hvilken grad har du som tillitsvalgt innflytelse på følgende forhold? Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".



7 Samlet analyse

Denne utredningen skulle svare på følgende to hovedspørsmål:

- i. I hvilken grad er det sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?
- ii. Hvordan arbeider kommunene strategisk for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Vi fremmet også en tredje problemstilling:

- iii. Er styringsinformasjonen god nok til å kunne utarbeide virkemidler og sørge for at kommunene har rammebetingelser som sikrer lik tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted?

Under hver av de to første problemstillingen er det stilt konkrete forskningsspørsmål i oppdragets mandat. I dette kapitlet ser vi funnene fra delanalysene i de foregående kapitlene i sammenheng og svarer ut forskningsspørsmålene.

7.1 Datagrunnlag og vurdering av tilgjengelig styringsinformasjon

Oppdragsbeskrivelsen stiller krav til dokumentasjon og at analysene i størst mulig grad skulle baseres på autoritative data, dvs registerdata og offentlig statistikk. Som vist i kapittel 2 har vi hatt utfordringer med å etablere et datasett som gjør det mulig å regne på utviklingen i behov og etterspørsel i forhold til ressurser og kompetanse. Underveis i arbeidet med å etablere et datasett, har vi reist en tredje problemstilling der vi spør om tilgjengelig styringsinformasjonen er god nok til å kunne utarbeide virkemidler og sørge for at kommunene får rammebetingelser som sikrer lik tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted.

Vårt svar på dette spørsmålet er nei. Det mangler gode data som gjør det mulig å koble behov mot kapasitet og kompetanse når det brytes ned på tjenestenivå og brukergrupper på kommunenivå. Kommunene har også organisert tjenestetilbudet sitt forskjellig, og de er forskjellige mht befolkningsstørrelse, sammensetning, beliggenhet, nærhet til sykehus, kommuneøkonomi mv., og bør derfor neppe strebe etter å organisere tilbudene sine på samme måte.

Det bør likevel være mulig å etablere bedre data som i større grad enn i dag gjør det mulig å koble ressurser til tjenester og brukergrupper på en mer entydig måte. Eksempelvis har vi data over hvor mange årsverk og hvilken kompetanse som er knyttet til bofellesskap med bemanning, men vi mangler gode tall over hvor mange tjenestemottakere disse årsverkene skal dekke. Vi har en del informasjon om målgruppene for bemannede boliger, men lite data over de faktiske behovene disse målgruppene har. Når vi da også vet at beboere i bemannede boliger kan motta helsetjenester fra den ambulerende helsetjenesten i tillegg, sliter vi med å avgrense og vurdere utviklingen, ressursbruk og kompetanse som går til helsetjenester i hjemmet og tjenestemottakere som bor i bemannede boliger.

SINTEF kartlegger utviklingen i årsverkinnsats for ulike tjenester til voksne og barn/unge innen psykisk helsevern og rusarbeid (Ose & Kaspersen, 2020). Kartleggingen er imidlertid ikke koblet til KOSTRA-funksjoner og hjelper oss derfor bare et stykke på vei. Andre har kartlagt boenheter i bemannede boliger (Abrahamsen, Berntsen, & Hoen, 2022), men mangler et fullstendig bilde av tjenestetilbudet. For å

kunne følge utviklingen i behov, kapasitet og kompetanse, er det nødvendig med data som i større grad gjør det mulig å koble ansattegrupper til brukergrupper på et mer detaljert nivå enn det som gjøres i dag. En oppsplitting av KOSTRA-funksjoner slik det blant annet anbefales i Oslo Economics og Roland Fürst (2021), kan være et første skritt. Dernest bør både ressursbruk og brukere innen rus og psykiatri kobles til de øvrige rapporteringene framfor å rapporteres i et eget satellittregnskap.

Det mangler også kvalitetsindikatorer som gjør det mulig å sammenlikne kvalitet i tjenestene på tvers av kommuner. Vi finner at terskelen for å motta tjenester er økt, men hvordan kvaliteten i tjenesten har utviklet seg for de som mottar tjenester, har vi ikke grunnlag for å kunne vurdere.

Det er politisk enighet om at norske helse- og omsorgstjenester skal være basert på prinsippet om lik tilgang til likeverdig tjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn, alder og bosted. Målet med samhandlingsreformen var blant annet å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. For å vurdere om målene nås, og å kunne utvikle virkemidler som kan bidra til å realisere ambisjonene, kreves det bedre data og trolig også noen styringsvirkemidler som sikrer at kommunene følger opp ambisjonene om likeverdig tjenester av god kvalitet.

7.2 Sammenheng mellom behov, ressurser og kompetanse?

Spørreundersøkelsen trekker klart i retning av at både behov og arbeidsbelastning har økt. Et stort flertall mener at det ikke er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å møte brukernes behov. Av de som har svart på spørreundersøkelsen svarer over 80 prosent at de selv har tilstrekkelig faglig kompetanse til å løse oppgavene de står overfor, men over 60 prosent mener at den samlede kompetansen på helgevakt ikke er tilstrekkelig. Tilsvarende for dagvakt er 30 prosent.

Ser vi på utviklingen i kompetansesammensetningen fra 2015 til 2020 ser vi at den er nær uendret, samtidig som det er godt dokumentert at brukerne har fått mer komplekse og omfattende behov. Dette gjelder innenfor somatikk, men også innenfor rus og psykisk helsevern.

Gjennomgangen i kapittel 3 viser en høy vekst i antall brukere, der det er brukere under 67 år som står for den største andelen av veksten. Vi finner også en økning i andelen tjenestemottakerne med omfattende tjenestebehov på bekostning av brukere med mindre tjenestebehov. Samhandlingsreformen har ført til kortere liggetid på sykehus, tidligere utskrivninger og større helsefaglige behov hos pasientene som overføres til kommunehelsetjenesten. Det er kjent og erkjent at samhandlingsreformen har bidratt til mer komplekse oppgaver i kommunehelsetjenesten (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020). Dette burde i større grad speiles i kompetansesammensetningen i tjenestene. Sykepleierne i tjenestene oppgir at de bruker mer tid på samhandling med spesialisthelsetjenesten enn tidligere, og en stor andel oppgir at de har hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten siste år. Diagnosegrupper og behandlingsprosedyrer som er store i sykehus, er ofte lavfrekvente blant pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Kommunene må ivareta hele pasienten med alle diagnosene, men kan ikke dekke samme spesialkompetanse som sykehusene i grunnbemanningen. Nødvendig opplæring og samhandling med spesialisthelsetjenesten for kunne ivareta pasienter med spesialiserte behov, krever både kompetanse og kapasitet i de kommunale tjenestene. Spesialisthelsetjenesten må også bruke den tiden som er nødvendig ved overføring av pasienter. Spørreundersøkelsen viser at de som har hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten stort sett har fått dette, men det er også 20 prosent av sykepleierne med behov for opplæring som oppgir at de ikke har fått nødvendig opplæring. Fra frisvarene gis det eksempler der sykepleiere har funnet instruksjonsvideoer på Youtube, og flere oppgir at de bruker mye tid som følge av mangelfull informasjon om pasienten ved overføring. Epikriser, legemiddelliste og planer for videre

behandling følger på langt nær alltid med pasienten. I tillegg til at det må brukes tid på å koordinere og innhente informasjon og kunnskap, ser vi også at mangler i samhandlingen og manglende opplæring har betydning for opplevelsen av utilstrekkelighet i tjenesten. Der tilgangen til lege og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten er dårlig, forsterkes vurderingen av utilstrekkelighet.

Gjennomgangen av brukerstatistikk og spørreundersøkelsen bekrefter at terskelen for å motta tjenester er blitt høyere. Dette gjelder særlig for aldersgruppen over 80 år, men strekker seg også ned til aldersgruppen mellom 67 og 80 år der en mindre andel av befolkningen mottar tjenester i dag enn det som var tilfelle i 2012. Kapasitet i forhold til behov er dermed svekket. Kommunenes kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter, ser i større grad ut til å følge etterspørselen. Antall liggedager etter meldt utskrivningsklar og reinnleggelses viser imidlertid store variasjoner på tvers av kommunene. Dette tilsier at ikke alle kommuner holder tritt med etterspørselen fra pasienter som skrives fra sykehus til videre behandling i kommunene. Andelen korttidsplasser til behandling/observasjon gjennom året har økt, men økningen har skjedd på bekostning av langtidsplasser. Andelen som mottar helsehjelp i hjemmet gjennom året har økt, noe som betyr at andelen mottakere med stabile og mer varige tjenester er redusert. En samtidig reduksjon i andelen beboere i institusjon og andel som mottar stabile helsetjenester i hjemmet blant de eldste, er enda en indikasjon på at oppbyggingen av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingstjenester for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter, har gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre. Denne effekten av samhandlingsreformen og de økonomiske insentivene som følger av at kommunene må betale for pasienter etter de er meldt utskrivningsklare, ble også vist i av Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen (2014). Våre funn viser at effekten er forsterket fra 2015 og fram til idag.

Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (Riksrevisjonen, 2021), viser til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har en lovfestet rolle i behandlingen av unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer, men at mange kommuner ikke har gode nok tjenester til denne gruppen. Riksrevisjonens undersøkelse viser at nær 40 prosent av kommunene opplyser at behandlingstilbudet til unge med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer ikke er godt nok i deres kommune, og omtrent hver tredje kommune opplyser at behandlingstilbudet ikke har tilstrekkelig kapasitet. Personer med rus- og psykiske lidelser er blant målgruppene for bofelleskap. I tillegg mottar flere i denne gruppen ambulerende helsetjenester i hjemmet. På tross av en vekst i årsverkene til tjenester til denne målgruppen, konkluderer Riksrevisjonen med det ikke er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i tilbudet. Vår spørreundersøkelse svarer over halvparten av sykepleierne at komplekse oppgaver knyttet til pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser tar en litt, eller mye større del av arbeidsdagen i dag enn for 3-4 år siden.

Spørreundersøkelsen bekrefter videre at brukernes behov har økt de siste 3-4 årene, og at arbeidsbelastningen i tjenestene har økt. På dette spørsmålet finner vi små geografiske variasjoner.

Vi finner at kapasiteten målt i årsverk har økt, men på tross av økt kapasitet, mener sykepleierne i tjenestene at arbeidsmengden også har økt. En høy grad av turnover, sykefravær og rekrutteringsutfordringer, trekker i retning av at arbeidsbelastningen vurderes å være for høy, og/eller at oppgavene er for krevende til at kommunehelsetjenesten oppfattes som tilstrekkelig attraktiv for sykepleiere og andre med høyere helsefaglig kompetanse. Knapphet på sykepleiere og rekrutteringsutfordringer bekreftes i casestudien.

Funnene trekker til sammen i retning av at ressurser og kompetanse ikke i tilstrekkelig grad har fulgt utviklingen i behov og etterspørsel. Det er også grunnlag for å hevde at terskelen for å motta tjenester har økt. Dette ser særlig ut til å gjelde for de eldre aldersgruppene.

Det er store geografiske variasjoner. Vurderingen av økende behov og arbeidsbelastning er likevel nær entydig på tvers av kommunene. Stor variasjon betyr også at det er kommuner der kapasitet og kompetanse har fulgt behovene og etterspørselen samtidig som det i mange kommuner må være motsatt.

Videre svarer vi på delspørsmålene under punkt 1 i oppgavebeskrivelsen.

7.2.1 Utviklingen i årsverk og kompetanse

I 2020 var det totalt 149 000 årsverk i den kommunale omsorgstjenesten¹⁴. Antall årsverk har økt med 11 prosent fra 2015. Ser vi på veksten i årsverk per 10 000 innbygger viser den 8 prosent. Veksten i årsverk har med andre ord vært høyere enn befolkningsveksten. Brudd i tidsserien gjør det lite relevant å se på utviklingen fra 2012 under ett. Den årlige veksten i perioden 2012 til 2015 viser imidlertid en til to prosent, og antas å gi et rimelig bilde av utviklingen før 2015.

Ser vi på kompetansesammensetningen totalt finner vi en vekst i antall sykepleiere (årsverk) på 3 600 (12 prosent) i perioden 2015-2020, noe som gir drøye 32 000 sykepleierårsverk i 2020 og (psykiatrisk og geriatrisk sykepleier, sykepleier med og uten spes./videreutdanning). Antall helsefagarbeider har i samme periode økt med 12 000, mens assistenter uten helsefaglig utdanning har økt med 18 000 (6 prosent). Sykepleierandelen i de samlede kommunale omsorgstjenestene har vært stabil på rundt 22 prosent i perioden 2015 til 2020.

Årsverk, kompetanse og utvikling i sykehjem, bofellesskap og hjemmesykepleie

Basert på uttrekk av registerdata fra SSB har vi vurdert utviklingen i kompetanse og kompetansesammensetning i sykehjem og i hjemmetjenesten. Det registreres ikke årsverk i kategorien heldøgns omsorg.

For å belyse utviklingen i årsverk for denne kategorien, har vi bedt om registerdata for årsverk tilknyttet bemannede boliger/bofellesskap. Kategorien dekker også boliger og brukere uten heldøgns omsorg. På den andre siden dekker kategorien trolig ikke tjenestemottakere med heldøgns omsorg i egen bolig. Beboere i bofellesskap med en fast tilknyttet personalbase kan i tillegg motta tjenester fra den ambulerende hjemmetjenesten mens personell tilknyttet en boligbase kan være en del av den ambulerende hjemmetjenesten. Dette skal til en viss grad være hensyntatt i fordelingene av årsverk, men gjør likevel at det er beheftet usikkerhet mht hvor mange årsverk som faktisk disponeres til helsetjenester for tjenestemottakere i bemannede boliger (se kapittel 2.1 for en vurdering og diskusjon av datagrunnlag og avgrensninger). Vi har heller ikke klart å etablere gode data som viser antall brukere i bemannede boliger som mottar heldøgns omsorg eller omfanget av tjenester mottakere i bemannede boliger får. Når dette kombineres med usikkerhet om hvor stor andel av boligene som kommunene disponerer til helse- og omsorgsformål som er bemannet, gir tilgjengelig data alene begrensede muligheter til å analysere sammenhengen mellom årsverk og behov over tid fordelt på helsetjenester i hjemmet og bofellesskap/bemannede boliger.

Resultatene fra spørreundersøkelsen rettet mot sykepleiere i landets kommuner, gir derfor et viktig supplement, og da særlig for tjenestene bofellesskap med bemannet personalbase.

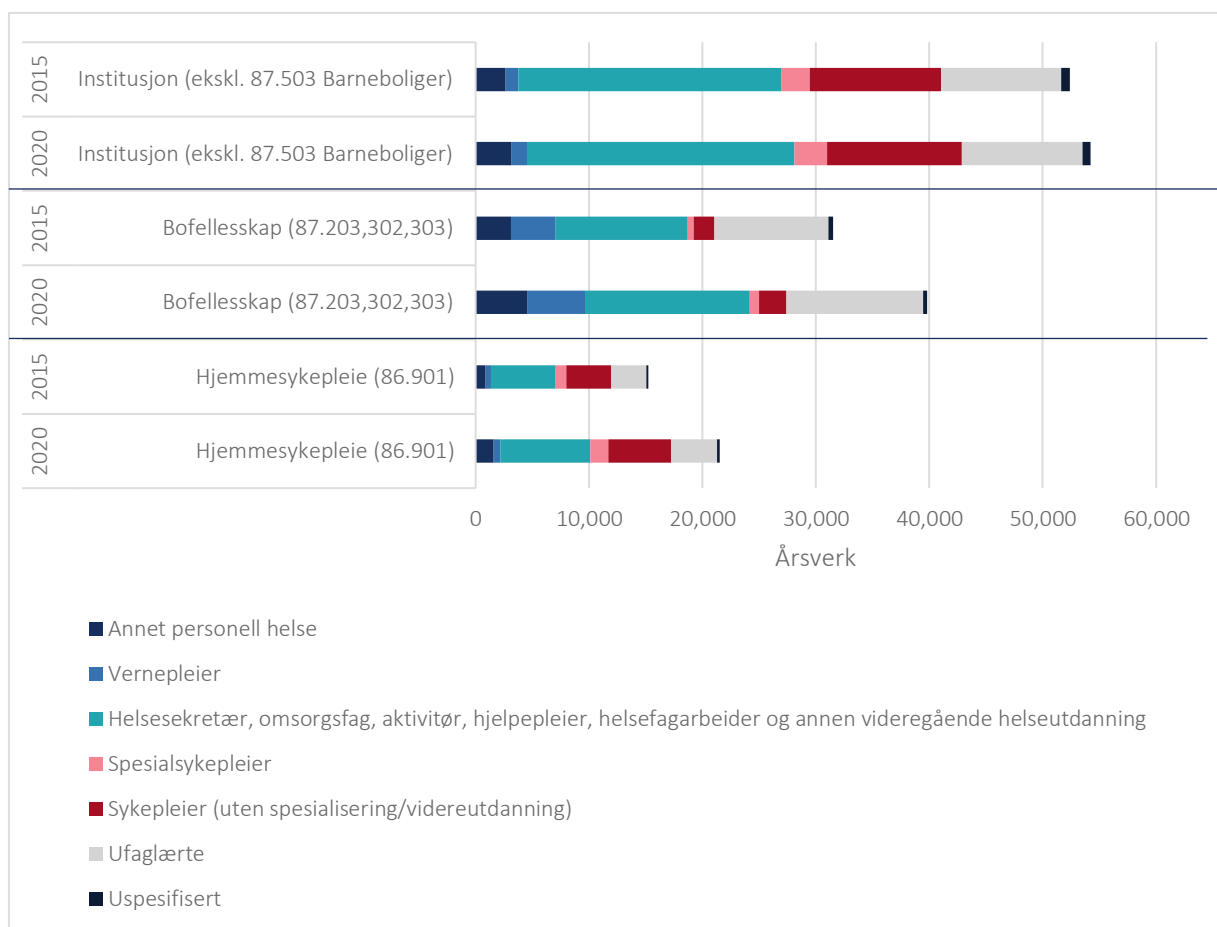
¹⁴ <https://www.ssb.no/statbank/table/11924/tableViewLayout1/> oppgir ca 2800 flere årsverk i omsorgstjenesten enn Helsedirektorat oppgir for 2020 i rapport fra kompetanseløftet 2020.

Samlet vekst i årsverk i de tre tjenestene på 17 prosent fra 2015 til 2020

Den samlede veksten i antall årsverk for de tre nevnte tjenestene er på 17 prosent fra 2015 til 2020. Det er med andre ord en høyere vekst for disse tjenestene enn for omsorgstjenestene totalt. Antall sykepleiere med og uten spesialisering øker fra 21296 i 2015 til 25131 i 2020. Dette gir en vekst i antall sykepleiere på 3835 årsverk fra 2015 til 2020. Veksten i antall sykepleierårsverk innenfor disse tre tjenestekategoriene blir med dette høyere enn den samlede veksten i sykepleierårsverk for samtlige omsorgstjenester. Dette kan være riktig dersom sykepleierstillinger er overført fra andre tjenester, men det kan også være feilkilder i sammenlikningen i og med tallene er hentet fra ulike kilder.

Følgende figur viser kompetansesammensetningen og antall årsverk innenfor de tre tjenestekategoriene vi har uttrekk fra registerdata for hhv 2015 og 2020.

Figur 7.1 Kompetansesammensetning og antall årsverk 2015 og 2020 for tre tjenester



Kilde: SSB uttrekk av registerdata fylkesfordelt

Sykehjem – små endringer i antall årsverk og kompetansesammensetning

Som det framgår av figuren, er det små endringer i kategorien institusjon (sykehjem). Antall årsverk øker med 4 prosent, mens antall sykepleiere uten spesialisering øker med 2 prosent. Den tydeligste endringen i kompetansesammensetning, er en økning på 18 prosent spesialsykepleiere samt økningen i vernepleiere og annet personell helse. En høy prosentvis vekst for spesialsykepleiere gir likevel en begrenset vekst i antall i og med det i utgangspunktet var få spesialsykepleiere.

Sykepleierandelen (med og uten spesialisering) av totalt antall årsverk i institusjon (sykehjem), ligger på samme nivå i 2015 og 2020 (27 prosent).

Den største økningen i antall spesialsykepleiere kommer fra 2015 til 2018, og sammenfaller dermed med lovfestingen av kommunens plikt til å tilby heldøgns, medisinsk akuttberedskap (KAD/ØHD). Dette tilbudet er ofte knyttet til eller inngår som en del av institusjonstilbudet. ØHD skal riktignok rapporteres under en annen funksjon enn de vi har fått data for, men med et stort spenn i måten kommunene har organisert dette tilbudet, kombinert med uklarhet mht rapportering, er det sannsynlig at en del kommuner som har ØHD-tilbudet i sykehjem/institusjon også rapporterer årsverk under sykehjem/institusjon.

Øyeblikksbilde viser en svak nedgang i antall institusjonsbrukere dersom vi baserer oss på SSB. HelseDirektoratet (2021) antyder en svak vekst i samlet institusjonsbruk fra 2015 til 2020 i oversikten som viser tjenestemottakere per 31.12 etter bosituasjon. En nedgang fra 2019 til 2020 skyldes trolig koronasituasjonen i 2020. Gjennomstrømningen på korttidsavdelingene har uansett økt i perioden fram til 2019, med en særlig økning i tjenestekategorien utredning/behandling. Kommunene behandler med andre ord flere i korttidstilbudet gjennom året i 2019 og 2020 enn de gjorde i 2012.

Bofellesskap -størst vekst i antall årsverk. Omsorgsarbeidere og annet helsepersonell driver veksten

Bofellesskap er den nest største av de tre tjenestene målt i antall årsverk, men har den laveste sykepleierandelen. Veksten i årsverk er på drøye 8 200 (26 prosent), mens antall sykepleierårsverk økte med 885. Sykepleierandelen øker fra 7,4 prosent i 2015 til 8,1 prosent i 2020. Veksten i årsverk drives av ulike fagarbeidere med videregående utdanning, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og annet helsepersonell som står for over halvparten av veksten. Vernepleiere står for 13 prosent av veksten mens sykepleiere tar 10 prosent av veksten.

Fra kartleggingen av psykiatri- og rustilbudet (Ose & Kaspersen, 2020) framgår det at 5 251 årsverk i bolig med fast personell er knyttet til rusarbeid og psykisk helse. Denne målgruppen representerer dermed 13 prosent av årsverkene.

Grunnlaget for å vurdere utviklingen i antall brukere i bemannede boliger er svakt. Utfra de dataene vi har, kan det tyde på at antall brukere har vært noenlunde stabilt, men med en svak vekst. Antall tjenestemottakere i boliger kommunene disponerer til helse- og omsorgsformål ligger stabilt rundt 43-44 000. Hvor stor andel av disse boligene som er bemannet, er mer usikkert. Vi har anslått at 25- 30 000 brukere bor i bemannede boliger. Bistandsbehovet til denne gruppen ser imidlertid ut til å ha økt kraftig i perioden. Dette innebærer at hver bruker i bemannede boliger synes å kreve mer ressurser i 2020 enn det som var tilfelle i 2012. Her er det imidlertid stor usikkerhet i tallmaterialet.

Hjemmesykepleie – høyest prosentvis vekst, men minste tjeneste målt i antall årsverk

Hjemmesykepleie er den tidligere betegnelsen på det som nå kategoriseres som helsetjenester i hjemmet. Veksten i antall årsverk totalt fra 2015 til 2020 er på 6240 (41 prosent). Den største veksten i antall årsverk er kommet i den sammenslåtte kategorien helsesekretær, omsorgsfag, osv, med en vekst på 2250 årsverk. Denne kategorien forklarer 35 prosent av veksten. Inkluderer vi annet helsepersonell representerer disse to samlekategoriene halvparten av årsverksveksten fra 2015 til 2020.

Sykepleiere er økt med 2277 årsverk hvorav 674 er spesialsykepleiere. Sykepleierandelen har vært noenlunde stabil, men med en svak økning fra 31,9 prosent i 2015 til 33,2 prosent i 2020. Veksten i

antall assistenter (ufaglærte) er på 892 årsverk, og er dermed høyere enn årsverksveksten for spesialsykepleiere. Spesialsykepleiere og sykepleiere tar hhv 11 og 25 prosent av veksten, mens ufaglærte tar en mindre del av veksten (14 prosent).

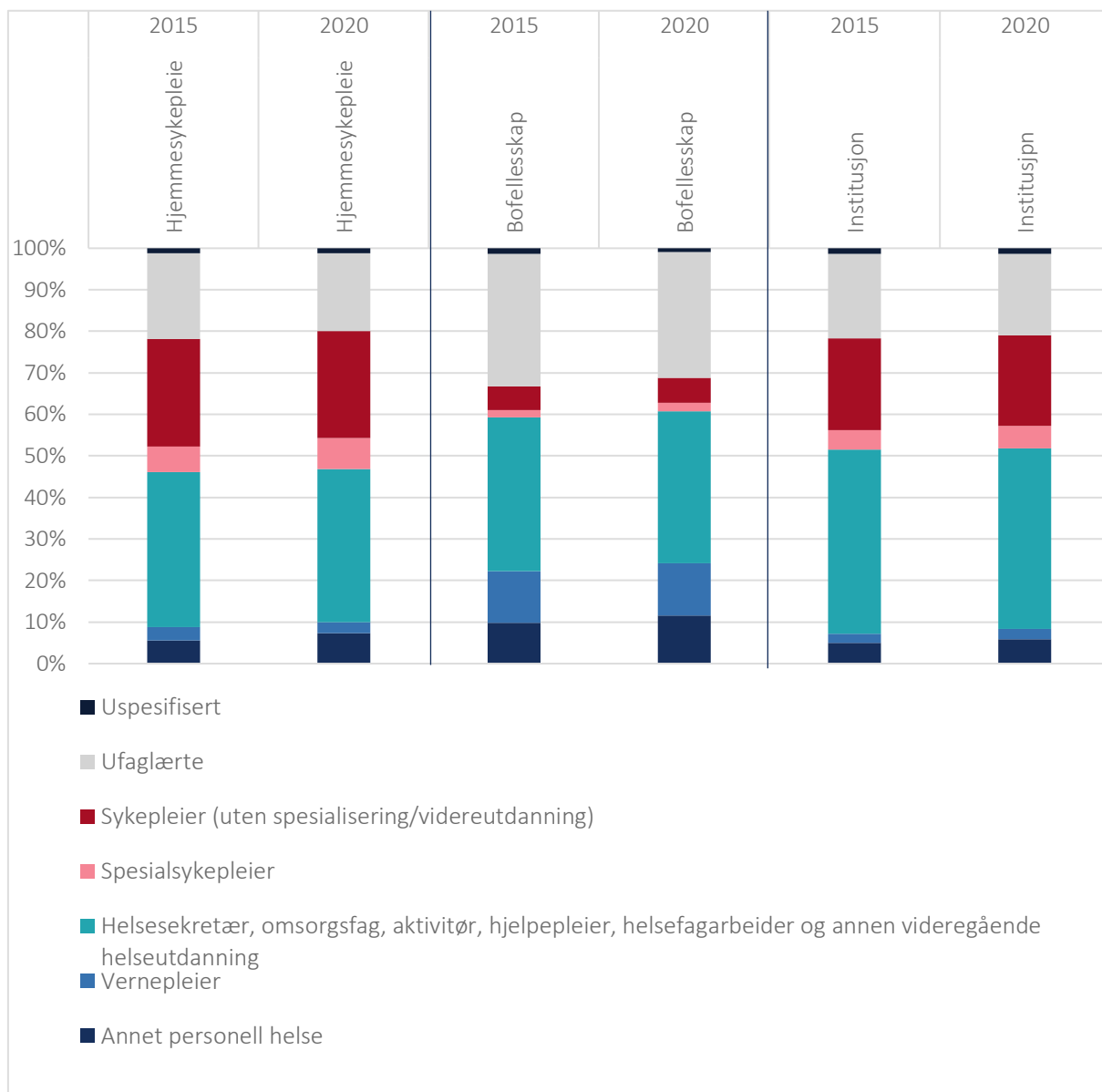
Fra spørreundersøkelsen framgår det at nær 70 prosent av respondentene i hjemmetjenesten har hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten i løpet av det siste året. Det har også vært en kraftig vridning fra tjenestemottakere med enklere behov, til tjenestemottakere med omfattende behov i tjenesten. I tillegg kommer veksten i antall brukere, der helsetjenester i hjemmet har erstattet institusjonstjenester for flere brukergrupper. Veksten i antall årsverk har vært noe større enn veksten i antall brukere, men sykepleieren oppgir likevel at arbeidsbelastningen har økt. Flere sykere pasienter med mer komplekse tjenestebehov, flere palliative pasienter, flere pasienter som krever avanserte prosedyrer og/eller utstyr i behandlingen og mer koordinering mot fastlege, sykehus, legevakt mv. er noen av oppgavene som forklarer økt arbeidsbelastning selv om antall brukere per årsverk er noe redusert i perioden. Over 70 prosent av sykepleierne i hjemmesykepleien oppgir at komplekse oppgaver fra spesialisthelsetjenesten knyttet til somatiske pasienter tar en mye større del eller litt større del av arbeidsdagen i dag enn for 3-4 år siden.

Kartleggingen av psykisk helse- og rustilbudet (Ose & Kaspersen, 2020) viser at rus- og psykisk helse legger beslag på 2635 årsverk i hjemmetjenesten, inkludert hjemmesykepleie. Dersom samtlige stillinger inngår som en del av hjemmesykepleien representerer disse stillingene 12 prosent av årsverkene i hjemmesykepleien i 2020. Fra spørreundersøkelsen ser vi at 60 prosent av sykepleierne i hjemmetjenesten oppgir at komplekse oppgaver knyttet til pasienter med rus- og/eller psykisk helse tar en mye større del eller litt større del av arbeidsdagen i dag enn for 3-4 år siden.

Variasjon i kompetansesammensetning på tvers av tjenestene og kommuner

Figur 7.2 viser kompetansesammensetningen for de tre tjenestene i 2015 og 2020. På tross av en tidels høy vekst i antall årsverk er kompetansesammensetningen relativt uendret fra 2015 til 2020. Det framgår også tydelig av figuren at bofellesskap skiller seg fra hjemmesykepleie og institusjon med en betydelig lavere andel sykepleiere og en større andel vernepleiere enn de øvrige tjenestene.

Figur 7.2 Kompetansesammensetning: Hjemmesykepleie, bofellesskap og institusjon, 2015 og 2020



Kilde: Spesialbestilte uttrekk fra registerdata fra SSB

Sett i lys av oppgavevidningen som har vært i den kommunale helse- og omsorgstjenesten der en stadig større del av tjenesten handler om behandling og pleie som krever helsefaglige prosedyrer og kompetanse, på bekostning av de mer tradisjonelle og ensartede helse- og omsorgstjenestene som eldre etterspør, kan det stilles spørsmål ved om kompetansesammensetningen har fulgt med kompetansekravene som følger av oppgavevidningen.

Geografiske variasjoner

I kapittel 4.1 viste vi hvordan utviklingen i årsverk og enkelte kompetanseområder varierer på tvers av fylker og kommuner. Oversikten viser svært store variasjoner i sykepleierdekning, andelen assistenter/ufaglærte, samt utvikling i årsverk per 10 000 innbygger. Selv om sykepleierandelen viser en svak økning på nasjonalt nivå, og antall årsverk i de tre tjenestekategoriene øker, er det også en stor andel

kommuner som har en negativ utvikling i kategoriene som er gjennomgått over. Deler av forskjellene kan forklares med strukturelle forskjeller, men det gjelder på langt nær samtlige observerte variasjoner.

Spørreundersøkelsen bekrefter at det er geografiske variasjoner, og at variasjonene også omfatter utfordringer knyttet til sykefravær, turnover, rekruttering og deltidsstillinger. Det er også store variasjoner i sykepleierandelen på vakt, samt antall brukere per ansatt på vakt. Vi finner en stor grad av sammenheng mellom kommuner der sykepleieren har oppgitt mange brukere per ansatt og få årsverk per 10 000 innbygger. Sammenhengen er større når bofellesskap og hjemmesykepleie slås sammen enn når tjenestene vurderes hver for seg. Vår tolkning av dette funnet er at det er flere som både arbeider i den ambulerende tjenesten og i personalbase tilknyttet bofellesskap, og at skille mellom kategoriseringene derfor kan bli upresis.

I kapittel 5.5 viser vi geografiske variasjoner fra spørreundersøkelsen langs en rekke variabler. Vi finner store geografiske variasjoner i sykepleierandelen på dagvakt der bofellesskap og institusjon er slått sammen, samt sykepleierens vurdering av tilstrekkelighet mht faglærte. Tilsvarende variasjoner finner vi på kvelds- og nattevakt, men med ulike styrker. Innenfor hvert fylke finner vi også store variasjoner på tvers av kommunene.

Noen av de geografiske variasjonene kan forklares med strukturelle forhold som kommunestørrelse og sentralitet, men en stor del av variasjonene har vi ikke funnet strukturelle forklaringer bak. Kommuneøkonomi og prioriteringer forklarer deler av forskjellene. I tillegg har kommunene ulike utfordringer med hensyn til å rekruttere og beholde sykepleiere og annet helsepersonell.

De store variasjonene på tvers av kommuner og fylker som ikke har strukturelle forklaringer, kombinert med vurderinger fra sykepleiere i tjenesten, tilsier at fagkompetansen i tjenestene vurdert mot behovene, på langt nær er tilstrekkelig i alle landets kommuner. Variasjonen er størst i små og/eller usentrale kommuner der vi finner både «de beste» og «de verste» kommunene. Større og mer sentrale kommuner, er mer homogene, men likevel med variasjoner med hensyn til andel faglærte og sykepleierens vurdering av om det er et tilstrekkelig antall faglærte på vakt.

Vi har ikke grunnlag for å kunne vurdere forsvarlighetene i tjenestene som gis, men resultatene støtter opp under en hypotese om at det på langt nær gis likeverdige tilbud på tvers av kommuner og tjenstlige helsefaglige behov.

7.2.2 Utvikling i innhold og kompleksitet i oppgaver

Totalt fikk 380 000 unike brukere tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2020. Dette er i underkant av 45 000 flere brukere enn i 2012 og representerer en vekst på 15 prosent.

Etterspørselen etter kommunale helse- og omsorgstjenester har økt med mer enn befolkningsveksten målt i antall brukere. Helsetjenester i hjemmet har økt med mer enn den samlede veksten og har økt på bekostning av enklere tjenester. Veksten er drevet av tre drivere; samhandlingsreformen med tilhørende oppgaveoverføring fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, en større andel unge brukere og befolkningsvekst.

Flere oppgaver enn tidligere løses nå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kortere liggetid, mer poliklinisk behandling og tidligere utskrivninger i spesialisthelsetjenesten, har gitt kommunene flere og mer avanserte helsefaglige oppgaver. Kommunene har avlastet spesialisttjenesten, blant annet gjennom tjenesten heldøgns, medisinsk akuttberedskap. Helsedirektoratet har estimert at denne tjenesten alene ga 100 000 liggedøgn i kommunehelsetjenesten i 2019. Dette kommer i tillegg til tidligere utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten med overføring til kommunehelsetjenesten for videre

behandling og oppfølging. Selv om veksten i utskrivningsklare pasienter har flatet ut etter 2015, er det fremdeles en vekst fra 2015 til 2020 på over 15 prosent utskrivninger til kommunehelsetjenesten.

Utskrivning og overføring av mer behandlingstrengende pasienter krever også mer samordning og opplæring knyttet til enkeltpasienter enn tidligere da pasientene fikk lengre opphold i spesialisthelsetjenesten. Spørreundersøkelsen bekrefter at sykepleiere bruker mer tid på samordning og dialog med spesialisthelsetjenesten i dag enn det gjorde for få år siden, og at det ofte er behov for spesifikk opplæring i bruk av spesialutstyr og spesialprosedyrer tilpasset enkeltpasienter. Dette samsvarer med funn fra andre undersøkelser (Rohde, Grut, Lippestad, & Anthun, 2020).

En større andel unge brukere med sammensatte og komplekse behov stiller større krav til kompetanse og bredde i tjenestetilbudet enn institusjonstjenester til eldre som ansees som en mer homogen gruppe med et mer ensartet tjenestebehov. 42 prosent av brukerne i 2020 er under 67 år, mot 38 prosent i 2012. Yngre brukere har en større andel med omfattende bistandsbehov, og de mottar også flere timer bistand enn eldre brukere i samme bistandskategori. Veksten i årsverk som observeres i perioden har i stor grad gått til brukere under 67 år.

I perioden har det vært en klar vridning fra praktisk tjenester og avlastning, til tyngre og mer sammensatte helsetjenester. Tjenestemottakere som får helsetjenester i hjemmet har økt med 60 000, noe som tilsvarer en vekst på 30 prosent fra 2012 til 2020. Det indikeres også en kraftig vekst i brukere med heldøgns omsorg. Heldøgns tjenestetilbud kom inn som en ny opplysning i rapporteringen fra 2019, og er registrert med 56 581 unike personer i 2020. Hvordan utviklingen innen heldøgns omsorg har vært, og hvorvidt rapporteringen av denne tjenestekategorien er fullstendig, er uklart. Det er likevel grunn til å anta at det har vært en vekst i antall tjenestemottakere med heldøgns omsorg, og at det også har vært en vekst i antall tjenestemottakere som krever 2-1 oppfølging (Andrews, et al., 2021).

Heldøgns omsorg gis både i egen bolig og i boliger kommunen disponer til helse- og omsorgsformål. Antall tjenestemottakere i boliger kommunen disponerer, ligger stabilt rundt 43- 44 000 brukere. I 2020 er det registrert 50 000 brukere i kommunale boliger i løpet av året. Denne type boliger betjenes ofte som en del av hjemmetjenesten og tjenestetilbudet er også som hovedregel registrert under hjemmetjenester. I Abrahamsen, Berntsen, & Hoen (2022) refereres en grundig kartlegging av kommunenes bemannede botilbud i hjemmetjenesten med gjennomgang av ulike kilder der tjenestetilbudet er kartlagt. I KOSTRA-registreringer framkommer det at om lag 25 000 brukere er registrert med heldøgns bemannede kommunale boliger. Tall fra IPLOS ligger 6 000 lavere og ble registrert fram til 2018. Tilgjengelige data kan tyde på at antall mottakere av heldøgns omsorg i boliger som kommunen disponerer er relativt stabilt, og at veksten i første rekke er kommet blant mottakere som bor i eget hjem. Helsedirektoratet (2021) oppgir at 38 prosent av tjenestemottakerne i boliger kommuner disponerer til helse og omsorgsformål har omfattende bistandsbehov. Disse kan også være i kategorien som bor i bemannede boliger med heldøgns omsorg.

7.2.3 I hvilken grad er det samsvar mellom veksten i behov/etterspørsel, oppgaver og kompleksitet i disse tjenestene, og i utvikling i årsverk og kompetanse?

I vurderingen av i hvilken grad det er samsvar mellom veksten i behov og utvikling i årsverk og kompetanse, må det også tas hensyn til de store geografiske variasjonene. Deler av variasjonene kan som nevnt forklares med strukturelle forhold og tilpasninger som er rasjonelle for å ivareta brukernes behov innenfor tilgjengelige ressursrammer. For små kommuner med en spredt befolkning, vil det være rasjonelt å samle flere brukere i bofellesskap eller i ulike former for omsorgsboliger for å kunne yte gode helsetjenester og andre tjenester i hjemmet. Det kan også være rasjonelt å bygge institusjoner med noe

overkapasitet og fylle opp kapasiteten gjennom å senke terskelen for å få denne type tilbud. Der avstandene er store, kan en sentralisering av alderstilpassede boliger være nødvendig for å kunne gi helsetjenester i hjemmet på varig basis. Våre funn indikerer at det er særlig krevende å sikre rekruttering av riktig kompetanse til vakter/tjenester der reise utgjør en stor andel av arbeidshverdagen.

Vi finner større variasjoner i ulike dekningsgrader i små og usentrale kommuner enn vi finner i de større kommunene. Det er også eksempler på at kommuner kjøper institusjonsplasser i nabokommuner, for eksempel for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller kan dette være planlagt og en del av et samarbeid som har vært medvirkende til at kommuner som selger plasser har en planlagt overkapasitet. I andre sammenhenger kan det være adhocsituasjoner som tvinger fram kjøp av plasser i nabokommuner som et alternativ til overliggenderdøgn ved utskrivninger. Kjøp av plasser i nabokommuner og mange liggedøgn på sykehus etter en pasient er meldt utskrivningsklar, kan også være et tegn på en vedvarende lav prioritering av sektoren, eller utfordringer med å rekruttere og beholde helsefaglig kompetanse. For å studere denne type variasjoner, er det nødvendig å hente inn detaljerte data fra hver enkelt kommune, eller et utvalg kommuner. I materialet vi har tilgjengelig, finner vi eksempelvis gamle HVPU-kommuner. Disse kommunene framstår med en større andel bemannede boliger, og flere årsverk i forhold til befolkningen enn de reelt sett har. I statistikken vil disse kommunene framstå med en høyere dekningsgrad som følge av at de har en relativt stor andel ressurskrevende brukere som i utgangspunktet tilhører andre kommuner. Fra case-studien og en sjekk i et par andre tilsvarende kommuner, framkommer det at det arbeides med å konvertere spesialisert personell tilpasset denne brukergruppen til fagområder der etterspørselen i dag er størst, eller forventes å øke framover. Interkommunalt samarbeid der kommuner kjøper plasser eller kapasitet fra andre kommuner, eller motsatt, kan også bidra til feil i sammenligningen av kommuner.

På tross av mulige feilkilder på et detaljert nivå, er variasjonene mellom kommunene såpass store at det neppe kan være samsvar mellom veksten i etterspørsel, oppgaver og kompleksitet og utviklingen i årsverk og kompetanse i samtlige kommuner. Intervjuene bekrefter også at flere kommuner strever med å rekruttere og beholde helsefaglig kompetanse, sykepleiere så vel som helsefagarbeidere.

Spørreundersøkelsen viser at sykepleiere i så godt som samtlige kommuner mener at arbeidsbelastningen og brukerbehovene har økt løpet av de siste tre årene. De vurderer også at terskelen for å få ulike type tjenester har økt, samtidig som antall brukere har økt.

Riksrevisjonen (2016) stiller spørsmål ved kommunenes kapasitet, og om kommunene var i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte fram til 2015. Det vises til at få kommuner hadde etablert forsterkede korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen (2014) studerte hvordan samhandlingsreformens ordning med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter, påvirket tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene de første årene etter reformen trådte i kraft. De finner en vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men at veksten i hovedsak er kommet på bekostning av langtidsplasser. Resultatet er en høyere terskel for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester. Det indikeres at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgings-tjeneste til de utskrivningsklare, har gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre.

Vår undersøkelse viser at terskelen for å få sykehjemsplass og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) er blitt enda høyere etter 2015. Sykepleierne opplever at arbeidsbelastningen har økt de siste 3-4 årene på tross av flere stillinger.

Vi konkluderer derfor med at kapasiteten i tjenestene ikke har fulgt veksten i etterspørsel og behov etter 2015.

Hvilke konsekvenser har variasjoner i tilgang på ressurser og kompetanse i ulike kommuner, for eksempel når det gjelder forbruk av spesialisthelsetjenester eller andre relevante utfallsmål?

Flere studier og rapporter har vist at andel reinnleggelser økte etter innføringen av Samhandlingsreformen. I rapporten Samhandlingsstatistikk 2014-15 ble det gjennomført analyser som indikerer at kortere liggetid øker risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter. Utviklingen etter 2015 viser at det er sammenfall mellom reinnleggelser og gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar. Foretaksområder med en relativ lav andel reinnleggelser, har en lengre gjennomsnittlig liggetid enn områder med en høy andel reinnleggelser. Kommuner som ikke har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter, må betale for liggetid etter utskrivning. I den grad dette reduserer sannsynligheten for reinnleggelse, vil det trolig være bedre for pasienten å bli liggende noen dager ekstra på sykehus framfor å risikere å bli skrevet med en høyere forventning om å måtte legges innen 30 dager. Det er mange faktorer som spiller inn, men dersom sannsynligheten for reinnleggelser kan reduseres med noe lengre liggetid før utskrivning, vil dette kunne redusere presset på kommunehelsetjenesten og også være en fordel for pasientene. Vi har ikke tilstrekkelige data til å kunne vurdere hvordan tilgangen på ressurser og kompetanse i tjenestene pasientene skrives ut til påvirker sannsynligheten for reinnleggelser, eller dødelighet. En hypotese er at sannsynligheten for reinnleggelser og dødelighet øker der det er knapphet på kapasitet og kompetanse og hvor kommunen likevel velger å ta imot pasienter som meldes utskrivningsklare for å unngå å måtte betale for ekstra liggedøgn. For å teste hypotesen må det blant annet kontrolleres for alder, liggetid før utskrivning og diagnose. I tillegg kreves det ytterligere finmaskede data om hvordan kommunen bruker tilgjengelig kapasitet og kompetanse. Dersom alle ressursene og tilgjengelig kompetanse prioriteres på pasienter som skrives ut fra sykehus, kan konsekvensene vise seg som høyere terskel for eldre med mer varige behov, og i verste fall høyere dødelighet, dårligere forebygging og økt sannsynlig for innleggelser blant andre deler av den eldre befolkningen. I kommuner der ressursene fordeles på alle brukerne uten prioritert på utskrivningsklare pasienter, kan eventuelle konsekvenser vise seg i reinnleggelser eller overliggerdøgn.

Kortere liggetid kan føre til at kommunene tar imot sykere pasienter enn før. Økt sannsynlighet for reinnleggelse kan indikere at kommunene ikke har nok ressurser eller kompetanse til å følge opp pasientene de tar imot. For tidlig utskrivninger, manglende opplæring eller andre former for svikt i samhandlingen, er andre mulige forklaringsvariabler. Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter har mer enn én sykdom. Sannsynligheten for reinnleggelser øker med alder.

Sannsynligheten for reinnleggelser etter 30 dager varierer på tvers av helseforetakene, sykehus og kommuner. Innenfor dette prosjektets rammer, har vi ikke hatt muligheter til å hente inn ytterligere data fra kommunene, eller et utvalg kommuner, der kompetanse og kapasitet avgrenset til tilbudet overførte pasienter mottar vurderes. Vi finner en rekke sammenhenger, herunder mellom liggetid og reinnleggelser, men for å kunne konkludere med årsakssammenhenger kreves det ytterligere analyser.

Vi har vurdert dataene for reinnleggelser og gjort noen enkle analyser, men har ikke funnet klare signifikante sammenhenger mellom årsverk og kompetanse i tjenestene og reinnleggelser. Det er identifisert kommuner med høy sannsynlighet for reinnleggelser og kommuner med lav sannsynlighet for reinnleggelser. For å kunne analysere forklaringsfaktorer bak utfallene, er det behov for å hente inn

ytterligere informasjon om de enkelte kommunene. Det har ikke vært mulig innenfor rammen av dette prosjektet.

Vi har heller ikke grunnlag for å kunne vurdere hvorvidt kvaliteten i kommunenes tjenester til utskrivningsklare pasienter er blitt bedre eller dårligere etter Riksrevisjonens rapport fra 2016. Riksrevisjonen (2016) stiller spørsmål ved kommunenes kapasitet, og om kommunene var i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte fram til 2015. Det vises til at få kommuner hadde etablert forsterkede korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Andre studier, finner at kommunene mestret oppgavene som ble overført i den perioden Riksrevisjonen undersøkte. Vi finner at institusjonstilbudet er ytterligere redusert, men at det har vært en høy vekst i helsetjenester i hjemmet.

Veksten i antall utskrivningspasienter har fortsatt etter 2015, men er flatet noe ut. På nasjonalt nivå synes det som antall liggedager etter utskrivning, og andelen reinnleggelser har stabilisert seg. Antall liggedager totalt etter utskrivning synes å øke noe, men det skyldes flere utskrivninger. Kommunene synes dermed å holde noenlunde tritt med etterspørselen. Det er imidlertid store variasjoner på tvers av kommunene.

7.3 Hvordan arbeider kommunene strategisk for å sikre nødvendige ressurser og kompetanse for å møte behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

Kommunene i vårt utvalg (8 kommuner) har god oversikt over sitt behov for helsepersonell på kort, mellomlang og lang sikt. Samtlige kommuneledere peker på knapphet på helsefaglig kompetanse generelt, og sykepleiere spesielt, som en utfordring på kort og lang sikt.

Kommunene kjemper om de samme knappe ressursene og de konkurrerer mot spesialisthelsetjenesten. For å tiltrekke seg kompetanse er det flere som sier at de bruker lønn som et virkemiddel, det utlyses kun heltidsstillinger, det samarbeides med utdanningsinstitusjoner og det arbeides med organisering og oppgavefordeling for at sykepleiere skal brukes til sykepleieroppgaver. En bedre oppgavefordeling og bruk av sykepleiere tvinger seg fram som følge av knapphet på denne kompetansen.

Spørreundersøkelsen viser at nær 70 prosent av sykepleierne mener at de bruker mye tid på oppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse. Kun en liten andel (20-30 prosent) mener at de har nok tid til å utføre sykepleieroppgaver. Der sykepleierne har tilgang til støtteressurser som renhold, vaktmesteroppgaver og administrative oppgaver, vurderes ressursbruken som mer hensiktsmessig. Der sykepleierandelen på vakt er høy, synes det også som det tåles flere brukere per ansatt enn i tilfeller der sykepleierandelen er lav. Spørreundersøkelsen bekrefter dermed langt på vei at kommunenes strategiske arbeid retter seg mot de viktigste utfordringene i stort. Vi observerer at kommunene i vårt utvalg arbeider på litt ulike måter, og at begrepet strategisk plan ikke er et etablert begrep. Det er også ulike rutiner og praksis for å utarbeide og revurdere grunnbanningen i ulike tjenester, og i hvilken grad tillitsvalgte tas med i denne type arbeid. De økonomiske rammebetingelsene og varierer, det samme gjør opplevelsen av politisk prioritert i kommunen.

Våre informanter er delt i synet på bemanningsnorm. De som ønsker seg en bemanningsnorm begrunner dette med at kommunene vil få noe å strekke seg etter, og at de vil stå sterkere i budsjettforhandlingene mot andre sektorer som har bemanningsnormer og lovpålagte krav som må følges. På den andre siden ytres det en bekymring over at bemanningsnormer kan gjøre det enda

vanskeligere ved at kommuner som ikke klarer å innfri normene vil straffes økonomisk. Av de som ikke ønsker bemanningsnorm legges det også vekt på behovet for fleksibilitet for å kunne møte brukerbehov med tilpassede tjenester, der ressursene kan brukes der de gir mest nytte. Vårt inntrykk er også at bemanningsnormer vurderes som mindre relevant for kommuner der helse- og omsorgssektoren er høyt prioritert enn i kommuner der andre sektorer oppfattes å stå sterkere når kommunebudsjettene skal fordeles.

Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S., & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS - 2014/382 .
- Abrahamsen, D., Berntsen, Ø., & Hoen, B. (2022). *Bemannet botilbud i hjemmetjenesten. Målgrupper og omfang*. SSB Rapporter 2022/1.
- Agenda Kaupang. (2019). *Enhetskostnad norske kommuner*. Agenda Kaupang på oppdrag fra Helsedirektoratet. Rapport datert 30.01.2019.
- Andrews, T., Tjerbo, T., Ambugo, E., Bliksvær, T., Fabritius, M. K., Aguinaldo, S. R., & Hagen, T. (2021). *Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester*. Nordlandsforskning. NF rapport nr. 10/2021.
- Bliksvær, T., Andrews, T., Bardal, K., & Waldahl, R. (2020). *"Et godt å bli gammel". En studie av aldring i rurale kommuner*. Nordlandsforskning. NF rapport nr: 11/2020.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010, 10 04). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*.
- Finansdepartementet. (2021). *Meld. St. 14. Perspektivmeldingen 2021*.
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. OsloMet, Nova rapport nr. 14/20.
- Gjestsen, Brønne, & Testad. (2018). Characteristics and predictors for hospitalizations of home-dwelling older persons receiving community care: a cohort study from Norway. *BMC Geriatrics* 18:203.
- Grimsmo, A. (2015, september 22). Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskr Nor Legeforen* nr. 17, 2015; 135.
- Hagen, T., Ambugo, E., & Melberg, H. (2016). *Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen*. Univesitetet i Oslo. HERO. Working paper 2016: 5 .
- Hagen, T., & Melberg, H. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 02, s. 143-158.
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Telemarksforskning. Rapport 362.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Helse- og omsorgsdepartementet . (2015). *Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.
- Helse- og omsorgsdepartementet . (2016). *Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* . Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 3. juni 2016, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg).

- Helse- og omsprgsdepartementet og KS. (2017). *Heldøgns. Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning.*
- Helsedirektoratet . (2019 a). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018.* SAMDATA kommune IS-2813.
- Helsedirektoratet . (2020). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020.*
- Helsedirektoratet. (2017 a). *Samdata kommune.* Helsedirektoratet rapport IS-2575.
- Helsedirektoratet. (2018). *Liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2012-17.* Analysenotat 5/2018 SAMDATA kommune.
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018.*
- Helsedirektoratet. (2019). *Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år SAMDATA kommune.* Helsedirektoratet. Rapport IS-2809.
- Helsedirektoratet. (2021). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020.*
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035.* Statistisk sentralbyrå. Rapporter 2019/11.
- Johansen, L. B. (2020, 02 13). «*De pasientene vi får nå, var de som fikk behandlingen på sykehuset tidligere*». Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2020/02/de-pasientene-vi-far-na-var-de-som-fikk-behandlingen-pa-sykehuset-tidligere>
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester .* Norges offentlige utredninger 2018: 16. Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. april 2017. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 13. desember 2018.
- Ose, S., & Kaspersen, S. (2020). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. 2020.* SINTEF.
- Oslo Economics og Roland Fürst på oppdrag for KS. (2021). *Analyse av mulige oppdelinger av Kostra-funksjon 254.* Oslo Economics.
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.* Riksrevisjonen, Dokument 3:5 (2015–2016).
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester.* Riksrevisjonen, Dokument 3:13 (2020–2021).
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J., & Anthun, K. S. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus.* Sintef rapport 2020-05-13 .
- SSB. (2016, mai 27). *Nærmere om forholdet mellom gammel og ny statistikk.* Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/naermere-om-forholdet-mellom-gammel-og-ny-statistikk>
- Vista Analyse. (2019). *Ingen går i fakkeltog for pleie og omsorg! Sykepleiemangelen vil gjøre det stadig mer krevende å sikre forsvarlige og like- verdige helse- og omsorgstjenester.* Vista Analyse rapport 2019/27 Av Anette Kristiansen, Ingeborg Rasmussen og Inger Lande Bjerkmann.

Vedlegg

Vedlegg A Spørreundersøkelse

Hei og takk for at du har vist interesse for vår undersøkelse!

På oppdrag for NSF undersøker Vista Analyse sammenhengen mellom behov og ressurser i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Denne undersøkelsen er en av flere kilder som blir benyttet.

Undersøkelsen handler om ulike sider ved arbeidssituasjonen til sykepleiere som arbeider innen sykehjem, heldøgns omsorg eller hjemmesykepleien, samt litt om kommunen du arbeider i.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Innsamlede data vil kun bli brukt til det ovennevnte formålet. Alle dataene blir anonymisert, og ingen resultater vil kunne spores tilbake til deg. Alle data behandles konfidensielt og i tråd med gjeldende personvernregler. Undersøkelsen tar ca. 15 minutter å besvare. Dine svar er svært viktig for oss, slik at vi får høyest mulig svarprosent. Vi håper du er villig til å delta!

Hvis du har spørsmål om undersøkelsen, kan du ta kontakt med Vista Analyse v/Mari Brekke Holden på e-post mari.brekke.holden@vista-analyse.no eller tlf. 98625699.

* 1. Vil du delta?

Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen, må du krysse av i begge boksene under.

Ved å krysse av bekrefter du at du har mottatt og forstått informasjonen om undersøkelsen.

Hvis du ikke ønsker å delta, kan du lukke dette vinduet.

- Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen.
- Jeg godtar at innsamlede data kan brukes anonymt i forbindelse med Vista Analysens utredning for NSF om de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Ved å bruke knappene «Forrige» og «Neste» kan du navigere fram og tilbake i spørreskjemaet. Dine svar registreres fortløpende. Når du er ferdig, trykker du på knappen «Ferdig» på siste side i spørreskjemaet. Etter dette vil det ikke lenger være mulig å endre dine svar.

Klikk på knappen «Neste» for å komme til første spørsmål i spørreskjemaet.

Hvor jobber du?

* 2. Hvis flere kategorier passer, så svar ut ifra hovedvekten av ditt arbeid.

- Hjemmesykepleien
- Sykehjem
- Heldøgns omsorg
- Ingen av disse (da avsluttes undersøkelsen)

Takk for interessen!

Takk for at du svarte, men du trenger ikke svare på flere spørsmål. Denne undersøkelsen gjennomføres kun blant ansatte i hjemmesykepleien, sykehjem eller heldøgns omsorg.

Hvor arbeider du?

* 3. Fylke

Hvilken kommune i Agder?

* 4. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Innlandet?

* 5. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Møre og Romsdal?

* 6. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Nordland?

* 7. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Rogaland?

* 8. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Troms og Finnmark?

* 9. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Trøndelag?

* 10. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Vestfold og Telemark?

* 11. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Vestland?

* 12. Hvilken kommune arbeider du i?

Hvilken kommune i Viken?

* 13. Hvilken kommune arbeider du i?

Svar ut ifra den oppgitte kommunen

I resten av undersøkelse bes du svare ut ifra erfaringene dine fra denne kommunen, dersom du har arbeidet i flere kommuner.

Hjemmesykepleien - tidsbruk

14. Hvor mange minutter bruker du vanligvis hos bruker på følgende oppgaver, dersom dette er eneste oppgave? Er dere flere hos brukeren, så oppgi summen av begge tid.

Støttestrømper

Medikament-
administrasjon

Morgenstell - delvis
selvhjulpen (inkl. hjelp til
frokost, medisin etc.)

Morgenstell -
pleietrengende (inkl. hjelp
til frokost, medisin etc.)

Morgenstell - sterkt
pleietrengende (inkl.
ivareta all personlig
hygiene. Sengetøyskift
v/inkontinens. Frokost,
medisiner o.l.)

* 15. I hvilken grad opplever du at tiden som settes av i vaktlisten til hver bruker, tilpasses den individuelle brukers behov?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1	2	3	4	5
På dagvakt ukedag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På kveldsvakt ukedag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På helgevakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hjemmesykepleien - reisetid

16. Hvor ofte opplever du at det er **gangavstand** mellom de fleste brukerne på listen?

- Over halvparten av vaktene (over 50 prosent)
- Minst hver femte vakt (20-50 prosent)
- Minst 1/20 vakter (5-20 prosent)
- Færre enn 1/20 vakter (under 5 prosent)
- Aldri

17. Hvor ofte opplever du at reisetid utgjør mer enn halvparten av vekten?

- Over halvparten av vaktene (over 50 prosent)
- Minst hver femte vakt (20-50 prosent)
- Minst 1/20 vakter (5-20 prosent)
- Færre enn 1/20 vakter (under 5 prosent)
- Aldri

Hvis det er vanskelig å svare på hva som er "vanlig" på de neste spørsmålene, så svar ut ifra din forrige **dagvakt**.

* 18. Omtrent hvor mange timer og minutter av arbeidsdagen går vanligvis med til reising?

Timer

Minutter

* 19. Hvor mange brukere besøker du vanligvis på en vakt?

Dagvakt

Kveldsvakt

* 20. På de to forrige spørsmålene, svarte du ut ifra en gjennomsnittlig vakt eller en vakt med relativt mye/lite reising i forhold til vanlig?

- en ganske gjennomsnittlig vaktliste
- en vakt med relativt **mye** reising
- en vakt med relativt **lite** reising

Hjemmesykepleien

21. Bor noen av brukerne du besøker i heldøgns omsorgsboliger?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Sykehjem

22. Hvilken type avdeling arbeider du på?

- Langtidsopphold
- Korttidsopphold
- Ingen av kategoriene passer

Heldøgns omsorg

Velg den kategorien som passer best.

23. Hvilken kategori stemmer best for din arbeidsplass?

- Bemannet hele døgnet
- Bemannet deler av døgnet

24. Hvilken brukergruppe retter arbeidsplassen din seg mot?

- Eldre
- Utviklingshemmede
- Psykisk helse og rus
- Ingen av kategoriene passer

* 25. Mottar beboerne hjemmesykepleie?

- De fleste
- Om lag halvparten
- Mindre enn halvparten
- Ingen
- Vet ikke

Bemanning

* 26. Hvor mange ansatte er vanligvis på vakt på avdelingen?

Dagvakt ukedag

Kveldsvakt ukedag

Dagvakt helg

Nattevakt

* 27. Hvor mange sykepleiere er vanligvis på vakt på avdelingen?

Dagvakt ukedag

Kveldsvakt ukedag

Dagvakt helg

Nattevakt

* 28. Hvor mange beboere er det på avdelingen?

29. Arbeider du dagvakt?

Ja

Nei, (nesten) bare nattevakt.

Organisering av arbeidsoppgaver

* 30. Hvordan er matlaging organisert på din arbeidsplass? Kryss av for alle utsagnene du er enige i.

Noen ansatte har i sin stilling særlig ansvar for å forberede måltider.

De ufaglærte har ansvaret for å forberede måltidene.

Sykepleierne har i liten grad ansvar for å forberede måltidene.

Alle de ansatte på avdelingen har like mye ansvar for å forberede måltidene.

Middag til beboerne lages eksternt og varmes opp på avdelingen.

* 31. I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

1

2

3

4

5

32. I hvilken grad anvendes personalets ressurser og kompetanse på en hensiktsmessig måte på din arbeidsplass, når det gjelder følgende arbeidsoppgaver?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1	2	3	4	5	Ikke relevant/ vet ikke
Måltider til beboere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rydding, vasking, klesvask, pynting til høytider mv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stell av beboere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følge beboerne til andre helsetjenester, kulturtilbud mv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivisering av beboere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt med pårørende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ringte etter vikar ved fravær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 33. Har dere støttepersonell som bistår med følgende oppgaver på din arbeidsplass?

	Nei	Ja	Delvis	Vet ikke
Renhold, klesvask	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vedlikehold, vaktmesteroppgaver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrasjon (ta telefon, bestille transport og varer, ringte etter vikar m.m.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet støttepersonell? (vennligst spesifiser)

Oppfølgingsspørsmål

34. Du har svart at en eller flere av arbeidsoppgavene "i svært liten grad" er hensiktsmessig løst på din arbeidsplass. Vil du utdype?

Samsvarer bemanning og kompetanse med behovene?

* 35. I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene?

Svar på en skala fra 1 til 7, der 1 betyr "helt uenig" og 7 betyr "helt enig".

	1	2	3	4	5	6	7
Det er tilstrekkelig antall ansatte på dagvakt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er tilstrekkelig antall ansatte på <u>helgevakt</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er tilstrekkelig andel <u>faglærte</u> på dagvakt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er tilstrekkelig andel <u>faglærte på helgevakt</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 36. I hvilken grad er du enig/uenig i at **kompetansen** til de ansatte på en vanlig vakt er tilstrekkelig i forhold til brukernes behov?

Svar på en skala fra 1 til 7, der 1 betyr "helt uenig" og 7 betyr "helt enig".

	1	2	3	4	5	6	7
Dagvakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helgevakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oppfølgingsspørsmål

* 37. Hvilke utsagn beskriver best mangelen på kompetanse på en vanlig dagvakt på din avdeling? Flere svar mulig.

- Det er for høy andel ansatte med lite erfaring.
- Det er for lav andel ansatte med helsefaglig utdanning.
- Det er for lav andel ansatte med minst 3 års universitets- eller høyskoleutdanning innen helsefag.
- Det er behov for spesialkompetanse som avdelingen ikke har i dag.
- Annet (vennligst spesifiser)

* 38. Hvilke utsagn beskriver best mangelen på kompetanse på en vanlig helgevakt på din avdeling? Flere svar mulig.

- Det er for høy andel ansatte med lite erfaring.
- Det er for lav andel ansatte med helsefaglig utdanning.
- Det er for lav andel ansatte med minst 3 års universitets- eller høyskoleutdanning innen helsefag.
- Det er behov for spesialkompetanse som avdelingen ikke har i dag.
- Annet (vennligst spesifiser)

39. Hvilken kompetanse savner du (eventuelt skulle du gjerne hatt mer av) på avdelingen? Flere svar mulig.

- Helsefagarbeidere uten spesialisering
- Helsefagarbeidere med spesialisering
- Sykepleiere uten spesialisering
- Sykepleiere med spesialisering
- Vernepleiere
- Aktivitører, miljøterapeuter e.l.
- Støttepersonell (renhold, matlaging, administrasjon mv.)
- Annet (vennligst spesifiser)

Oppfølgingsspørsmål 2

Du har svart at «det er behov for spesialkompetanse som avdelingen ikke har i dag».

40. Kan du utdype hvilken kompetanse?

41. Kryss av for områdene du mener det er behov for mer kompetanse på, på din avdeling?

- Somatikk
- Demens
- Psykisk helse
- Rus
- Rehabilitering
- Palliasjon
- Barn
- Annet (vennligst spesifiser)

* 42. Har du hatt behov for opplæring fra spesialisthelsetjenesten i bruk av utstyr eller behandlinger i løpet av det siste året?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

* 43. Har du fått tilbud om opplæring fra spesialisthelsetjenesten i bruk av utstyr eller behandlinger i løpet av det siste året?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

Din arbeidssituasjon

* 44. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 er "helt uenig" og 5 er "helt enig".

	1	2	3	4	5
Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å løse oppgavene jeg står overfor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har tilstrekkelig tid til oppgavene som krever sykepleierkompetanse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg bruker for mye tid på arbeidsoppgaver som kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oppfølgingsspørsmål

Du ga uttrykk for at du bruker for mye tid på arbeidsoppgaver som *kunne vært gjort av ansatte med lavere kompetanse*.

45. Kan du utdype hvilke oppgaver og eventuelt hvorfor det ikke løses mer hensiktsmessig i dag?

Har din arbeidshverdag endret seg i løpet av de siste 3-4 årene?

Hvis du har kortere erfaring enn 3-4 år, så svar ut ifra den tiden du har arbeidet i tjenesten.

46. Utgjør følgende oppgaver en større/mindre del av arbeidshverdagen din i dag enn for 3-4 årene?

	Mye mindre del	Litt mindre del	Uendret de siste 3-4 årene	Litt større del	Mye større del	Ikke relevant / vet ikke
Komplekse oppgaver fra spesialisthelsetjenesten knyttet til somatiske pasienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komplekse oppgaver knyttet til pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samhandling med andre instanser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annet (vennligst spesifiser)

47. Har arbeidsbelastningen din endret seg de siste 3-4 årene?

- Den er uendret
- Den er redusert noe
- Den er redusert *vesentlig*
- Den har økt noe
- Den har økt *vesentlig*

48. Har brukernes behov for hjelp i snitt endret seg de siste 3-4 årene?

- Det er uendret
- Det er redusert noe
- Det er redusert *vesentlig*
- Det har økt noe
- Det har økt *vesentlig*
- Vet ikke

49. I hvilken grad har brukerne tilstrekkelig tilgang til følgende?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1	2	3	4	5	Ikke relevant/ vet ikke
Fastlege/tilsynslege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tjenester i spesialisthelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergo- og fysioterapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykolog/psykiater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar?

50. I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander om pårørendes innsats?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "helt uenig" og 5 betyr "helt enig".

	1	2	3	4	5	Ikke relevant/ vet ikke
Pårørendes innsats er helt avgjørende for tjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mange pårørende har for omfattende pleieansvar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 51. I hvilken grad er følgende forhold en utfordring på din arbeidsplass?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1	2	3	4	5	Vet ikke
Sykefravær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Turnover	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rekruttering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andelen deltidsstillinger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre utfordringer? (vennligst spesifiser)

* 52. Hvilke utsagn mener du beskriver forholdet mellom ressurser og behov på din arbeidsplass? Flere svar mulig.

- Vi har tilstrekkelig kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene.
- Vi har god nok tid til å gjøre alle arbeidsoppgavene.
- Mange skal ha litt hjelp som gjør det vanskelig å rekke alt.
- Mange har komplekse hjelpebehov som kun faglærte kan hjelpe.
- Enkelte brukere har spesialiserte behov som er vanskelig å dekke.
- Tilgangen på legehjelp er ikke god nok.
- Ingen av de ovennevnte

Om din kommune

53. Har muligheten for å bli tildelt langtidsplass på sykehjem i kommunene endret seg de siste 3-4 årene?

- Nei, ingen endring de siste 3-4 årene.
- Ja, brukerne kan være mindre skrøpelige enn før.
- Ja, brukerne må være noe mer skrøpelige.
- Ja, brukerne må være vesentlig mer skrøpelige.
- Vet ikke

54. Samarbeider din kommune om hjemmesykepleie med andre kommuner?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

55. Samarbeider din kommune om institusjonsplasser med andre kommuner? (eksempelvis knyttet til pasienter utskrevet fra sykehus)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

56. Er det samlokaliserte boliger egnet for eldre og andre med hjelpebehov i din kommune?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

* 57. Er deler av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen **team**organisert i tverrfaglige team?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

Oppfølgingsspørsmål om team

58. Hvilke type(r) team kjenner du til at er etablert i din kommune?

- Palliativt team
 ACT eller FACT team (rettet mot psykiatri- og ruspasienter)
 Rusteam
 Demensteam
 Kartleggingsteam
 Tidlig intervensjonsteam
 Utskrivingsteam
 Habiliteringsteam
 Rehabiliteringsteam
 Ambulante akutteam (kriseteam)
 Primærhelseteam i fastlegepraksiser (fastlege, sykepleier og helsesekretær)
 Oppfølgingsteam
 Sårteam
 Annet (vennligst spesifiser)

* 59. Arbeider du selv i eller samarbeider med ett eller flere av disse teamene?

- Nei
 Ja, ett
 Ja, flere

Oppfølgingsspørsmål om team

60. Hvilket team er du del av eller samarbeider med?

- Palliativt team
- ACT eller FACT team (rettet mot psykiatri- og ruspasienter)
- Rusteam
- Demensteam
- Kartleggingsteam
- Tidlig intervensjonsteam
- Utskrivingsteam
- Habiliteringsteam
- Rehabiliteringsteam
- Ambulante akutteam (kriseteam)
- Primærhelseteam i fastlegepraksiser (fastlege, sykepleier og helsesekretær)
- Oppfølgingsteam
- Sårteam
- [Insert text from Other]

61. I hvilken grad har teamorganisering ført til bedring langs følgende dimensjoner?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1	2	3	4	5	Ikke relevant / vet ikke
Kvalitet for brukerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientsikkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressursutnyttelse i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trivsel/trygghet/utvikling for ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rekruttering av ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar?

Oppfølgingsspørsmål om team

62. Hvilke team er du del av eller samarbeider med?

- Palliativt team
- ACT eller FACT team (rettet mot psykiatri- og ruspasienter)
- Rusteam
- Demensteam
- Kartleggingsteam
- Tidlig intervensjonsteam
- Utskrivingsteam
- Habiliteringsteam
- Rehabiliteringsteam
- Ambulante akutteam (kriseteam)
- Primærhelseteam i fastlegepraksiser (fastlege, sykepleier og helsesekretær)
- Oppfølgingsteam
- Sårteam
- [Insert text from Other]

63. I hvilken grad har teamorganisering ført til bedring langs følgende dimensjoner?

Svar på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr "i svært liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".

	1	2	3	4	5	Ikke relevant / vet ikke
Kvalitet for brukerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientsikkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressursutnyttelse i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trivsel/trygghet/utvikling for ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rekruttering av ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar? (feks om svarene dine gjelder flere av teamene eller kun ett)

Din bakgrunn

64. Hva er din høyeste sykepleiefaglige utdanninge?

- Sykepleierstudent
- Sykepleier
- Sykepleier med spesialisering/videreutdanning
- Sykepleier med master eller ph.d.

65. Omtrent hvor mange år har du arbeidet i pleie- og omsorgstjenesten?

66. Hvor lang erfaring har du på nåværende arbeidsplass?

- Under ett år
- 1-2 år
- 3-10 år
- Over 10 år

67. Er arbeidsplassen din privat eller kommunalt drevet?

- Privat
- Kommunalt

* 68. Er du tillitsvalgt?

- Ja
- Nei

Tilleggsspørsmål til tillitsvalgte

Side 1 av 2. Deretter er undersøkelsen ferdig.

69. Har din kommune...

	Ja	Nei	Vet ikke
utfordringer med å rekruttere sykepleiere og annet helsepersonell?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
utfordringer med å beholde sykepleiere og annet helsepersonell?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iverksatt spesifikke tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere og annet helsepersonell?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
egne strategiske planer for helse- og omsorgstjenestene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

70. Har din kommune samarbeidet med helseforetak og universitets- og høyskolesektoren for å...

	Ja	Nei	Vet ikke
sikre nødvendig tilgang til personell?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ivareta behovet for opplæring og kompetanseutvikling hos egne ansatte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

71. Har din kommune iverksatt tiltak for å styrke **ledelsen** av sykepleietjenestene (kompetanseheving, redusert lederspenn, støttefunksjoner o.l.)?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

72. Har din kommune **rutiner** for å revurdere grunnbemanningen i sykehjem, heldøgns omsorg og sykehjem opp mot endringer i antall brukere og behov?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Kommentarer?

77. Du har besvart alle våre spørsmål. Dersom du har kommentarer til ett eller flere temaer som vi tok opp i spørreskjemaet, vennligst skriv de her:

Takk!

Du er nå ferdig med undersøkelsen og dine svar er registrert.
På vegne av NSF og Vista Analyse vil vi takke deg for deltakelsen!

B Statistikk fra spørreundersøkelse

B.1 Beskrivende statistikk

Tabell B.1 Oversikt over respondentene, svarprosent og frafall

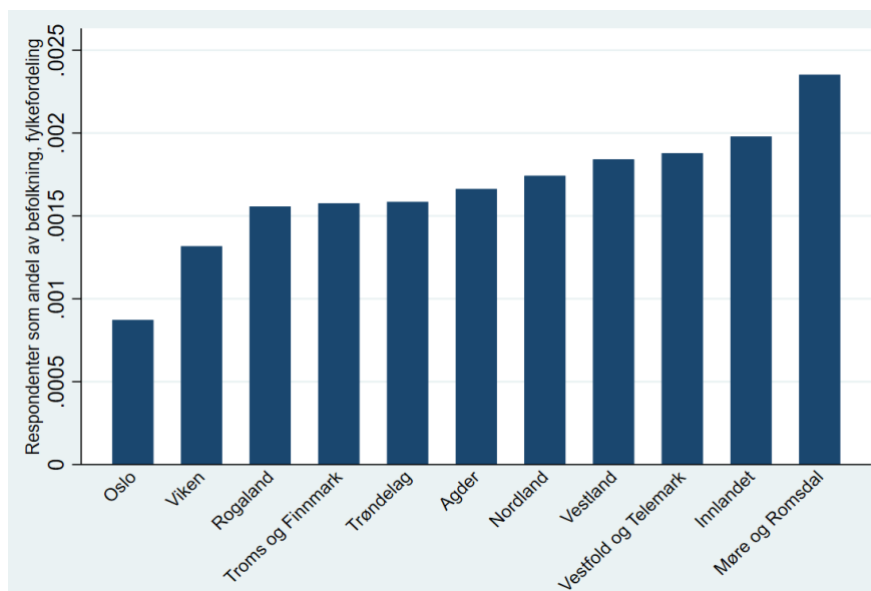
	Påbegynt	Besvart spørsmål	relevante	Fullført undersøkelsen	Pst. frafall fra første matrise til fullført
Antall respondenter	8348	7456		6278	16 %
Heldøgns omsorg	965	879		740	16 %
Hjemmesykepleie	3156	2619		2 168	17 %
Sykehjem	4 227	3958		3 370	15 %
Antall kommuner	346			342	
Heldøgns omsorg	173	165		154	7 %
Hjemmesykepleie	314	300		293	2 %
Sykehjem	337	333		323	3 %

I neste tabell vises prosentvis fordeling av respondenter i hver tjenestetype. Det vil si at hver kolonne summerer til 100 prosent, mens hver rad gir informasjon om andelen med gitt utdanning og erfaringstype innad i hver tjenestetype.

Tabell B.2 Høyeste oppnådde utdanning og antall års erfaring fra pleie- og omsorgssektoren

	Heldøgns omsorg	Hjemmesykepleie	Sykehjem	Totalt
Høyeste oppnådde utdanning (prosentvis fordeling etter tjenestetype)				
Andel sykepleiere	55.89	63.88	57.72	59.63
Andel sykepleiere med master eller ph.d.	4.47	3.00	3.98	3.70
Andel sykepleiere med spesialisering/videreutdanning	38.02	31.55	36.96	35.22
Andel sykepleierstudenter	1.62	1.57	1.34	1.45
Antall års erfaring (prosentvis fordeling etter tjenestetype)				
0-10 år	31.54	39.38	32.54	34.79
10-20 år	37.07	36.25	37.77	37.16
20-30 år	23.32	18.71	20.84	20.39
Over 30 år	8.07	5.66	8.85	7.66

Figur B.1 Antall svar vektet med befolkning i fylkene



Antall kommuner representert i hver tjenestetype er vist i neste tabell

Tabell B.3 Beskrivende statistikk om respondentene i spørreundersøkelsen

Beskrivelse	Andel
Tjenestetype	100 %
○ Hjemmehjelp	○ 38 %
○ Sykehjem	○ 51 %
○ Heldøgns omsorg	○ 12 %
Tittel	
○ Sykepleier	60 %
○ Sykepleier med master eller phd	4 %
○ Sykepleier med spesialisering	35. %
○ Sykepleierstudent	1. %
Privat	4 %
Kommunalt	96 %
SSBs sentralitetsindeks	
○ 1 (mest sentrale)	12 %
○ 2	22 %
○ 3	26%
○ 4	20%
○ 5	14 %
○ 6 (minst sentrale)	7 %

B.2 Statistiske beregninger basert på spørreundersøkelsen

Tabell B.4 Reisetid og variasjon

	Antall respondenter	Gjennomsnittsverdi	Standardavvik	P10	P90
Total reisetid oppgitt	1917	93 minutter	49 minutter	40 minutter	150 minutter
Brukere besøkt i løpet av vakt (dagvakt)	2316	11.4	4.0	7	16
Brukere besøkt i løpet av vakt (kveldsvakt)	2256	13.5	4.7	8	20
Tid hos bruker (dag)*	1926	35.3	14.3	20.7	52.5
Tid hos bruker (kveld)*	1873	30.2	13.8	17.1	45

Tabell B.5 Reisetid og variasjon

Oppgave	Antall respondenter	Gjennomsnittsverdi	Standardavvik	P10	P90
Støttestrømper	2550	9,12	4.7	5	15
Medikament administrasjon	2555	10,3	8.3	5	15
Morgenstell (delvis selvhjulpen)	2542	26,0	8.8	15	35
Morgenstell (pleietrengende)	2501	41,1	13.1	30	60
Morgenstell (sterkt pleietrengende)	2423	62,3	21.3	40	90

Tabell B.6 viser korrelasjon mellom gjennomsnittlig oppgitt bruker per ansatt på ulike vakter i kommunene, hentet fra spørreundersøkelsen, og årsverk per 10 000 innbygger i helse og omsorg, hentet fra SSB. Det er signifikant og negativ samvariasjon mellom kommuner med høyere bruker per ansatt og lavere årsverk per 10 000 innbygger. Kommunene som har flere brukere per ansatt har dermed i gjennomsnitt lavere årsverk per 10 000 innbygger.

Tabell B.6 Sammenheng mellom bruker per ansatt på ulike vakter og årsverk per 10 000 innbygger i helse og omsorg

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger	1.000				
(2) Dagvakt	-0.177*	1.000			
	(0.000)				
(3) Kveldsvakt	-0.176*	0.999*	1.000		
	(0.000)	(0.000)			
(4) Helg	-0.181*	0.998*	0.998*	1.000	
	(0.000)	(0.000)	(0.000)		
(5) Nattevakt	-0.175*	0.995*	0.995*	0.994*	1.000
	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

B.3 Sammenheng mellom vikarbruk og utfordringer på arbeidsplassen

Respondentene i undersøkelsen er bedt om å vurdere hvorvidt fire utfordringer er en utfordring på sin arbeidsplass i spørsmål nummer 51. Jo høyere tallverdi som angis, jo større utfordring er forholdet. Dette er satt sammen med utgifter

til vikarer per innbygger i kommunene fra 2020. Tabellene nedenfor viser analyse av sammenhengen mellom kostnader til vikar per innbygger og gjennomsnittlig vurdering av utfordringer på arbeidsplassen.

Analysen er gjort ved bruk av gjennomsnittsverdier på kommunalt nivå.

Tabell B.7 Korrelasjon mellom vikarutgifter og utfordringer

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Vikarutgift 2020	1.000				
(2) Sykefravær	-0.055*	1.000			
	(0.000)				
(3) Turnover	0.020*	0.442*	1.000		
	(0.174)	(0.000)			
(4) Rekruttering	0.176*	0.334*	0.340*	1.000	
	(0.000)	(0.000)	(0.000)		
(5) Deltidsstillinger	-0.121*	0.147*	0.129*	0.048*	1.000
	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Tabellen viser at det er signifikant sammenheng mellom alle forholdene og bruken av vikartjenester. Korrelasjonen med sykefravær og turnover er svært lav. Det er noe større sammenheng mellom utfordring med rekruttering og deltidsstillinger og vikarbruk. Høyere kostnader til vikar sammenfaller med dårligere vurdering av rekruttering på arbeidsplassen, og bedre vurdering av bruken av deltidsstillinger.

De tabellen nedenfor viser regresjon med utgift til vikarbruk per person i kommunen som den avhengige variabelen, og utfordringene, samt kommunens sentralitet som forklaringsvariabler.

I tabellen nedenfor er alle forklaringsvariablene signifikante i å forklare variasjon i vikarbruken. Størst utslag gjør rekruttering, etterfulgt av deltidsstillinger og sykefravær. Dersom gjennomsnittsverdien i rekruttering øker med én (altså vurderes til en større utfordring), og alt annet holdes likt, øker kostnadene til vikarbruk per person i kommunen med 230.5 kroner¹⁵. For tilsvarende endring i deltidsstillinger og sykefravær (større utfordring med disse) synker kostnaden til vikarer med henholdsvis 175 kroner og 129 kroner. Dette er på tvers av tjenestetypene.

Sentralitet måles her på en skala fra 1 til 6 der 1 er de mest sentrale kommunene og 6 er de minst sentrale kommunene. Mindre sentrale områder har høyere kostnad til vikarbruk per innbygger enn mer sentrale områder. Dersom sentraliteten synker med én, stiger gjennomsnittlig kostnad til vikarbruk med 81 kroner, dersom alt annet holdes likt.

Tabell B.8 Regresjonstabell

Vikarutgift per innbygger	Coef.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Sykefravær	-129.394	25.688	-5.04	0	-179.755 -79.033	***
Turnover	70.458	23.067	3.05	.002	25.236 115.681	***
Rekruttering	230.514	22.128	10.42	0	187.133 273.896	***
Deltidsstillinger	-174.744	17.896	-9.76	0	-209.829 -139.659	***

¹⁵ Utfordringene vurderes på en skala fra 1 til 5. Der 1 betyr «utfordring i svært liten grad» og 5 betyr «utfordring i svært stor grad».

Sentralitet	80.693	5.282	15.28	0	70.338	91.048	***
Constant	-45.393	112.151	-0.40	.686	-265.268	174.481	

Mean dependent var	250.570	SD dependent var	495.014
R-squared	0.107	Number of obs	4275
F-test	102.031	Prob > F	0.000
Akaike crit. (AIC)	64709.561	Bayesian crit. (BIC)	64747.724

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$

Figurene under viser sammenhengen mellom vikarutgift per innbygger og gjennomsnittlig vurdering av utfordringene. På x-aksen er vikarutgift per innbygger i 2020, og y-aksen viser gjennomsnittsverdien på vurdering av utfordring på tvers av tjenestetypene.

Figur B.2 Utfordringer og vikarbruk



Tabell B.9 viser sammenhengen mellom utgifter til vikarbruk og gjennomsnittlig vurdering av utfordringene i kommunen fordelt på tjenestetype. Merk at vikarbruk ikke er fordelt på tjenestetype, og er derfor den samme verdien i de tre tilfellene.

Alle utfordringene er forklarende for utgiftene til vikarbruk i institusjon, turnover er ikke forklarende i heldøgns omsorg, og verken sykefravær eller turnover er forklarende i hjemmetjenesten.

Utfordringer med sykefravær, rekruttering og deltidsstillinger ser ut til å ha størst påvirkning på utgifter til vikarbruk i institusjon. Merk at høyere utfordringer med sykefravær og deltidsstillinger ser ut til å redusere utgiftene til vikar, mens høyere utfordringer til rekruttering øker denne utgiften, i tråd med funnene i tabell B.8.

Effekten av sentralitet på utgifter til vikarbruk er størst i hjemmetjenesten. Det vil si at de i hjemmetjenesten ser ut til å ha størst negativ endring i form av høyere vikarutgifter enn de to andre tjenestetypene dersom sentraliteten reduseres.

Tabell B.9 Regresjonstabeller fordelt på tjenestetype

Linear regression Institusjon

Vikarutgifter per innbygger	Coef.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Sykefravær	-159.283	28.454	-5.60	0	-215.082 -103.485	***
Turnover	49.907	25.803	1.93	.053	-.692 100.506	*
Rekruttering	192.616	25.628	7.52	0	142.359 242.872	***
Deltidsstillinger	-127.865	19.954	-6.41	0	-166.994 -88.736	***
Sentralitet	76.482	7.075	10.81	0	62.607 90.356	***
Constant	149.814	128.796	1.16	.245	-102.754 402.382	
Mean dependent var		257.813	SD dependent var			497.752
R-squared		0.108	Number of obs			2318
F-test		55.718	Prob > F			0.000
Akaike crit. (AIC)		35115.502	Bayesian crit. (BIC)			35149.993

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$

Linear regression Heldøgns omsorg

Vikarutgifter per innbygger	Coef.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Sykefravær	-83.923	40.829	-2.06	.04	-164.123 -3.724	**
Turnover	25.941	29.257	0.89	.376	-31.53 83.411	
Rekruttering	105.225	35.664	2.95	.003	35.17 175.281	***
Deltidsstillinger	-79.08	27.516	-2.87	.004	-133.129 -25.031	***
Sentralitet	57.197	13.103	4.37	0	31.459 82.935	***
Constant	180.283	159.377	1.13	.258	-132.783 493.348	
Mean dependent var		241.341	SD dependent var			410.185
R-squared		0.068	Number of obs			554
F-test		8.043	Prob > F			0.000
Akaike crit. (AIC)		8210.352	Bayesian crit. (BIC)			8236.255

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$

Linear regression Hjemmetjenesten

Vikarutgifter per innbygger	Coef.	St.Err.	t-value	p-value	[95% Conf Interval]	Sig
Sykefravær	25.39	30.682	0.83	.408	-34.798 85.577	
Turnover	28.816	27.614	1.04	.297	-25.353 82.984	
Rekruttering	145.376	28.565	5.09	0	89.342 201.41	***
Deltidsstillinger	-117.629	25.004	-4.70	0	-166.679 -68.579	***
Sentralitet	102.274	9.969	10.26	0	82.718 121.83	***
Constant	-473.88	140.832	-3.36	.001	-750.144 -197.615	***
Mean dependent var		242.249	SD dependent var		520.572	
R-squared		0.089	Number of obs		1403	
F-test		27.456	Prob > F		0.000	
Akaike crit. (AIC)		21412.362	Bayesian crit. (BIC)		21443.840	

*** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .1$



Vista Analyse AS
Meltzers gate 4
0257 Oslo

post@vista-analyse.no
vista-analyse.no