

# Kapasitet- og kompetanseutnyttelse innen pleie og omsorg

Hjelmeland kommune, 2023



# INNHold

Oppdraget.....	5
Sammendrag .....	5
1.1 Hovedinntrykk.....	5
1.2 Fornøyde brukere.....	6
1.3 Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse? .....	6
1.4 Utnyttelse av kapasitet og kompetanse .....	7
1.5 Hvordan få bedre kapasitets- og kompetanseutnyttelse? .....	8
1.6 Endringer i brukerbehov? .....	9
1.7 anbefalinger .....	9
2 Kommunedirektørens kommentar .....	10
3 Innledning .....	11
3.1 Ryggraden i pleie- og omsorgsjenesten .....	11
3.2 Kort om avgrensning, metode og revisjonskriterier.....	13
3.2.1 Avgrensning .....	13
3.2.2 Metode.....	13
3.2.3 Revisjonskriterier .....	13
3.2.4 Organisering av rapport .....	14
4 Organisering .....	14
5 Endringer i brukerbehov.....	16
5.1 Innledning.....	16
5.2 Utvikling i antall hjemmetjenestebrukere – tallene spriker.....	16
5.3 Flere med omfattende behov .....	18
5.4 Færre med korttids- og langtidsopphold .....	19
5.5 Oppsummering .....	22
6 Utgiftsnivå .....	22
6.1 Innledning .....	22

6.2	Utgifter til pleie og omsorg .....	23
6.3	Utgifter til institusjon og hjemmetjenester .....	23
6.4	Oppsummering .....	25
7	Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse? .....	26
7.1	Revisjonskriterier .....	26
7.2	Utdanningsnivå blant de ansatte .....	27
7.3	Årsverk per bruker .....	28
7.4	Synspunkter på kompetanse og kapasitet .....	29
7.5	Rekruttere og beholde .....	29
7.5.1	Rekruttere .....	29
7.5.2	Beholde, dvs. turnover .....	30
7.5.3	Hva er vanlig turnover i andre kommuner? .....	32
7.6	Sykefravær .....	33
7.6.1	Ved omsorgssentrene .....	33
7.6.2	Sammenligninger med andre .....	35
7.7	Vikarer og innleie .....	36
7.7.1	Ringevikarer .....	38
7.8	Vurdering .....	39
8	Utnyttelse av kapasitet og kompetanse .....	40
8.1	Revisjonskriterier .....	40
8.2	Heltid/deltid .....	42
8.3	Organisering .....	44
8.4	Kompetanseheving .....	45
8.5	Vurdering .....	46
9	Hvordan få bedre kompetanse- og ressursutnyttelse? .....	47
9.1	Anbefaling i en ekstern ressursanalyse fra 2015 .....	47
9.2	Samle alt til et sted? .....	48
9.3	Forebyggende arbeid .....	49

9.4 Vurdering.....	50
10 Bruker- og pårørendeundersøkelser.....	52
10.1 Innledning .....	52
10.2 Brukerundersøkelse.....	52
10.3 Pårørendeundersøkelse .....	52
10.4 Kommentarer fra brukere og pårørende.....	53
10.5 Oppfølging av undersøkelsene.....	54
10.6 Oppsummering .....	54
Vedlegg .....	55
Skriftlige kilder .....	55
Dokumenter .....	55
Tall.....	55

# OPPDRAGET

## Bestilling:

Kontrollutvalet i Hjelmeland kommune bestilte 03.06.2022 ein forvaltningsrevisjon om *Kvalitet og kapasitet i pleie og omsorgstenesta.*

## Formål:

Formålet med prosjektet er å vurdere korleis omsorgstenesta klarer å utnytte den samla kompetansen i kommunen for å sikre best moglege tenester.

## Problemstillingar:

- I kva grad har kommunen tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet til å ivareta behova til brukare av pleie- og omsorgstenester?
- I kva grad utnyttast den samla kapasiteten på ein god måte?
- Kva skal til for å få til ein betre kompetanse- og ressursutnytting?

Kontrollutvalet la til følgjande problemstilling i samband med sakshandsaminga 02.09.22

- Korleis opplev brukar/ pårørende kvaliteten på tenestene i pleie- og omsorgstenesta?

# SAMMENDRAG

## 1.1 HOVEDINNTRYKK

- Både brukere og pårørende er veldig fornøyde med kvaliteten i tjenestene ved dement- og langtidsavdelingen
- De ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i Hjelmeland har høy formell kompetanse, sammenlignet med andre kommuner.
- Kapasiteten ved omsorgssentrene ser ut til å være nokså god, men turnuslogistikken er sårbar. For å få driften til å gå rundt, er begge omsorgssentrene avhengige av å bruke ringevikarer og leie inn sykepleiere fra vikarbyrå
- Gjennomgangen tyder på at kompetansesituasjonen kan komme til å endre seg fremover, fordi det er krevende å rekruttere helsefagarbeidere og sykepleiere, spesielt for Hjelmeland omsorgssenter
- Den samlede kompetansen og kapasiteten ved omsorgssentrene utnyttes på en god måte. En relativt høy andel ansatte har heltidsstillinger, det er gjort en del gode organisatoriske grep for å differensiere arbeidsoppgavene, og det er gode muligheter for kompetanseheving. Det er imidlertid nokså laber interesse for kompetansehevende tiltak, spesielt videreutdanning.
- Vi har identifisert flere tiltak kommunen kan sette i verk for å sikre en bedre kompetanse- og kapasitetsutnyttelse. Noen av disse kan bidra til å begrense behovet for tjenester

## 1.2 FORNØYDE BRUKERE

---

Både brukere og pårørende er veldig fornøyde med kvaliteten i tjenestene ved dement- og langtidsavdelingen. I undersøkelsen rettet mot pårørende sammenlignes resultatene fra Hjelmeland med landssnittet, og Hjelmeland kommer klart bedre ut på alle indikatorene. Det er ikke ofte vi ser en så tydelig trend eller så store forskjeller.

## 1.3 TILSTREKkelig KAPASITET OG KOMPETANSE?

---

Hjelmeland ser ut til å være ganske godt stilt kompetansemessig i omsorgstjenesten. Det er en høyere andel ansatte med helsefagutdanning i Hjelmeland enn i mange andre kommuner. Dette inntrykket bekreftes i intervjuene våre.

Vi er mer usikre på hvordan ressursinnsatsen per bruker er i Hjelmeland sammenlignet med andre, ettersom vi er usikre på kvaliteten i brukertallene ([se under](#)).

Intervjuene tyder på at kapasiteten ved de to omsorgssentrene er nokså god i dag. Men flere tror dette kommer å endre seg fremover, fordi det er krevende å rekruttere helsefagarbeidere og sykepleiere, spesielt for Hjelmeland omsorgssenter (HOS). Gjennomgangen tyder på at det er lettere å rekruttere fagfolk til Årdal omsorgssenter (ÅOS) enn til HOS, som både sliter med å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere. Flere mener også at ÅOS' beliggenhet spiller inn her, og at det blir for langt å dra til Hjelmeland på jobb hver dag for folk som bor i andre kommuner. Men intervjuene tyder også på at leder for ÅOS har vært god i rekrutteringsarbeidet.

HOS har hatt lav turnover siden 2019, og tilbakemeldingene tyder på stor stabilitet i ansattgruppa. Ved ÅOS har turnoveren tidvis vært høy, men få har sluttet den siste tiden.

Selv om kompetanse- og kapasitetssituasjonen har vært nokså god ved omsorgssentrene, er det en omfattende og til dels sårbar turnuslogistikk. Begge sentrene er avhengige av å bruke ringevikarer for å få turnusen til å gå rundt. Dette er vanlig ved omsorgssentre rundt om i landet. ÅOS ser ut til å være bedre stilt en HOS, ettersom det er flere sykepleiere blant ringevikarene.

Omsorgssentrene har også vært avhengige av å leie inn sykepleiere fra vikarbyrå, og utgiftene forbundet med dette er på mellom 3 og 5 millioner årlig. For HOS har dette pågått i lang tid, og har vært et tiltak for å dekke opp sykepleiermangelen. For ÅOS har det den siste tiden ikke vært knyttet til kompetansemangel, men langtidssykefravær og permisjon.

Sykefraværet har vært høyere ved ÅOS enn ved HOS, og i det siste har sykefraværet ved ÅOS vært veldig høyt, noe som har utfordret driften. For å møte denne utfordringen har ÅOS etablert en vikarpool, som skal være en buffer ved sykemeldinger og permisjoner.

## 1.4 UTNYTTELSE AV KAPASITET OG KOMPETANSE

---

Hovedinntrykket er at den samlede kompetansen og kapasiteten ved omsorgssentrene utnyttes på en god måte, selv om vi finner enkelte forbedringsmuligheter.

For det første er det en relativt høy andel **heltidsstillinger** ved de to omsorgssentrene, spesielt Årdal omsorgssenter. Det er også tydelig at heltidsstillinger har høy prioritet i kommunen, og vi finner eksempler på at dette er et fortrinn i konkurransen om arbeidskraften.

Likevel er det en betydelig andel ansatte som arbeider deltid. En større grad av heltidsarbeid vil gi omsorgssentrene større kapasitet, uten samtidig å øke antallet ansatte. Gjennomgangen tyder på at det er ønsket deltid som er den største barrieren mot en videreutvikling av heltidskulturen, ikke ufrivillig deltid. Og dersom kommunen skal jobbe for at enda flere velger full stilling, ser det ut til at det er her slaget kommer til å stå.

**Organisering.** Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) utarbeidet i november 2015 en analyse om det framtidige kompetansebehovet innen pleie og omsorg i Hjelmeland kommune. De viktigste tilbakemeldingene derfra var å spesialisere sykepleiernes og helsefagarbeidernes ansvars- og arbeidsområde, samt differensiere de ulike yrkesgruppenes oppgaver bedre.

Helsepersonellkommisjonen peker imidlertid i sin rapport fra 2023 på at det er ikke noen fasit på hva som er den mest hensiktsmessige spesialiseringen og differensieringen.

Gjennomgangen tyder på at en delvis differensiering av oppgaver har fungert bra ved ÅOS. Sykepleierne ved Årdal omsorgssenter er delaktige i stell og pleie av pasienten, og ønsker også å være det. De ønsker et bilde av «hele» pasienten, og mener at å involvere seg i alle deler av arbeidet er viktig for å få til dette. Differensiering mellom yrkesgruppenes oppgaver slår først og fremst inn når situasjonen krever det, for eksempel når pasienter blir dårlige eller er døende.

Det er også gjort noen mer permanente spesialiseringstiltak ved begge omsorgssentrene ([se faktadel](#)).

**Kompetanseheving.** Gjennomgangen tyder på at det er gode muligheter for kompetanseheving i kommunen, men at det er varierende interesse for dette. Det ser ut til å være minst interesse for videreutdanning, som krever mest av den enkelte, både i form av tid og ressurser. Og selv om kompetansesituasjonen er god i kommunen, mener de intervjuede at det er behov for mer kursing og videreutdanning. Vi anbefaler kommunen å se nærmere på hva hvordan man kan sikre at flere ansatte ved omsorgssentrene benytter seg av de gode kompetansehevingsmulighetene som finnes, og vurdere om man kan tilrettelegge bedre for videreutdanning.

## 1.5 HVORDAN FÅ BEDRE KAPASITETS- OG KOMPETANSEUTNYTTELSE?

---

I tillegg til de momentene vi allerede har nevnt, pekes det i gjennomgangen på tre grep kommunen kan gjøre for å få til en bedre kapasitets- og kompetanseutnyttelse.

**Organisering og lokalisering.** I dag brukes ikke personellet mellom de to omsorgssentrene, og de fleste vi har intervjuet mener kommunen kunne utnyttet den samlede kompetansen bedre dersom de to sentrene ble slått sammen til ett senter. Dette mener de vil gjøre det lettere å bruke ansatte på tvers av enhetene (for eksempel mellom korttid og langtidsavdeling) og frigjøre ressurser internt. Det pekes blant annet på at man med dette grepet vil redusere behovet for sykepleiere om natten.

Så langt har det ikke vært politisk vilje til å foreta et slikt grep, men det kan være Hjelmeland blir nødt til å revurdere dette dersom ansatte med nødvendig helsefaglig kompetanse blir et enda større knapphetsgode.

De fleste vi har intervjuet mener at Årdal er det beste alternativet dersom kommunen velger ett omsorgssenter. Men det er også negative sider ved et slikt valg. Dersom Hjelmeland på et tidspunkt velger å slå sammen de to sentrene, bør kommunen grundig vurdere hva som er den beste lokasjonen. Man bør også sørge for å redusere ulempene med det alternativet som velges.

**Boligplanlegging.** Det er et nasjonalt og lokalt mål at eldre skal bo hjemme og greie seg selv lengst mulig. Også de eldre selv ønsker å bo hjemme.

Mange brukere/innbyggere i Hjelmeland bor i boliger som ikke er godt egnet for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette svekker folks muligheter for kunne bo hjemme lengst mulig, og det blir raskere helsemessig uforsvarlig å la folk bo hjemme. Dermed vil behovet for en institusjonsplass inntreffe tidligere, noe som er negativt for bruker og dyrere for kommunen.

I dag er det ingen venteliste ved ÅOS, men mange beboere har lang botid, og det er blitt flere unge beboere der.

Disse forholdene gjør at det er sannsynlig at økt etterspørsel etter langtidsplass vil kunne skje parallelt med at tilgangen til plassene reduseres. Dette øker risikoen for ventelister fremover.

Kommunens boligpolitikk er viktig for å motvirke denne utviklingen, og for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne klare seg best mulig på egen hånd med funksjonsnedsettelse. Både kommunen og den enkelte innbygger har et ansvar for å legge til rette for boliger og samfunn hvor innbyggerne kan være aktive og bidra med sine ressurser lengst mulig.



I den forbindelse kan det være verdt å nevne at de folkevalgte nylig har bestilt en handlingsplan for boligutbygging i Hjelmeland sentrum. Her er seniorboliger en del av bestillingen. Kommunen starter opp arbeidet med planen våren 2023.

**Forventningsavklaringer.** Kvalitet i kommunale tjenester er som regel et produkt av objektiv eller faktisk kvalitet og den subjektivt opplevde kvaliteten. Folks forventninger til tjenesten er en sentral del av den opplevde kvaliteten. I Hjelmeland er det en god dekning av institusjonsplasser, sammenlignet med andre kommuner, og intervjuene tyder på at det tradisjonelt sett har vært lav terskel for å få hjelp i kommunen. Dette er forhold som er med å prege folks forventninger. Undersøkelser vi har gjort i andre kommuner viser at en del brukere og pårørende forventer at kommunen skal gi tradisjonell kompenserende omsorg, samtidig som kommunene ønsker å satse på å hjelpe brukerne til å kunne klare seg selv. Etter vår vurdering vil det fremover bli viktig å justere forventningene til pleie- og omsorgstjenesten, i tråd med ambisjonene for tjenesten.

## 1.6 ENDRINGER I BRUKERBEHOV?

---

Utvikling i antall brukere og endringer i brukernes behov har betydning for hvordan kommunene rigger seg mht. kompetanse og kapasitet. Vi er imidlertid usikre på utviklingen i Hjelmeland, fordi tallene spriker. Kommunens tall viser en sterk vekst i hjemmetjenestemottakere, mens tallene fra KOSTRA (som kommunen har rapportert) viser en svak reduksjon i antall brukere.

Etter vår vurdering bør kommunen fremover sikre pålitelige data om tjenestemottakere og brukerbehov. Dette er sentral styringsinformasjon for folkevalgte og administrasjon, og en forutsetning for å kunne gjøre gode vurderinger av ressursinnsats, kompetanse og kapasitet.

## 1.7 ANBEFALINGER

---

### Vi anbefaler kommunen:

- Å se nærmere på hvordan man kan sikre at flere ansatte ved omsorgssentrene benytter seg av de gode kompetansehevingsmulighetene som finnes, og vurdere om man kan tilrettelegge bedre for videreutdanning
- Å forsøke å motivere flere ansatte ved omsorgssentrene til å velge større stillinger
- Å bruke boligplanleggingen som et virkemiddel i eldre- og omsorgspolitikken, for å sikre et godt og trygt bomiljø for mennesker med nedsatt funksjonsnivå
- Å sikre pålitelige data om tjenestemottakere og brukerbehov

**Og helt til slutt:** Dersom Hjelmeland på et tidspunkt velger å slå sammen de to sentrene, bør kommunen grundig vurdere hva som er den beste lokasjonen. Man bør også sørge for å redusere ulempene med det alternativet som velges.

## 2 KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektøren kjenner igjen utfordringene som pekes på i rapporten fra Rogaland Revisjon, og synes det er en god rapport som får frem både styrker og svakheter i tjenesten.

Som det pekes på er de fleste brukerne og pårørende jevnt over veldig fornøyde med tjenestene innen pleie- og omsorg. Dette ser vi og igjen i få klager på vedtakene som blir gitt.

Når det gjelder kompetanse så stemmer det at Hjelmeland har høy andel ansatte med formell kompetanse innen pleie og omsorg, samt fokus på kompetanseheving for de ansatte. Dette har det vært jobbet systematisk med i flere år. Det som er utfordringen her som det og pekes på i rapporten er at det er få ansatte som ønsker å ta videreutdanning. Dette på tross av gode lokale stipendordninger. Det jobbes med å få til gode interne ordninger for kompetanseheving på arbeidsplassen, slik at det ikke krever så mye av den enkelt ansatte.

Det pekes og på at det er store muligheter for at dette vil endre seg i årene fremover på grunn av store utfordringer med å rekruttere nye helsefagarbeidere og sykepleiere. Her ser vi at lokasjonen for omsorgssenteret har stor betydning ved rekruttering. Som rapporten peker på er det lettere å rekruttere til ÅOS, da flere søkere dit pendler inn til kommunen fra Strand.

Vikarer og ekstravakter er det og vanskelig å rekruttere da Hjelmeland kommune ikke har mange studenter som bor her i kommunen. Studenter har ofte dette som jobb ved siden av studiene.

Det pekes flere ganger i rapporten på at tall som er rapportert inn i KOSTRA ikke stemmer med tall fra journalsystemet Cos Doc, dette er uheldig. Så langt har vi ikke klart å finne ut av dette, men det vil bli jobbet med å kvalitetssikre tallene som rapporteres inn i KOSTRA fremover. Her er det mest sannsynlig tallene fra journalsystemet en må gå ut ifra er riktige.

Når det gjelder utnyttelsen av den samlede kompetansen på de to omsorgssentrene hver for seg er kommunedirektøren enig i at det gjøres på en god måte. Det kan nok være litt mer å hente her ved å gå enda mer i dybden og differensiere enda mer mellom de ulike faggruppene, men det kan og føre til mindre effektive tjenester særlig i hjemmetjenesten da det er lange avstander mellom brukerne.

I fremtiden vil en nok måtte se på muligheten for å ta inn andre faggrupper som kan gjøre oppgaver som en ikke behøver helsefaglig bakgrunn for å gjøre, som eks serviceoppgaver.

I rapporten anbefaler Rogaland Revisjon kommunen å bruke boligplanleggingen som et virkemiddel i eldre- og omsorgspolitikken, dette vil kommunedirektøren ta med seg videre i arbeidet fremover. De store geografiske avstandene i kommunen er en utfordring og gjør hjemmetjenesten svært ressurskrevende.

Når det gjelder sammenslåing av de to omsorgssentrene som rapporten peker på at kan være et alternativ dersom utfordringen med å rekruttere helsepersonell utvikler seg likt i fremtiden, kan være noe kommunedirektøren og må vurdere å legge frem forslag om. Det pekes flere plasser i rapporten på at de ansatte ser at dette kan tvinge seg frem etter hvert. Det som vil være viktig her er å sørge for at det er god faglig kompetanse samt effektiv bruk av personalet slik at kommunen er rustet for å ta imot de utfordringene en står overfor som følge av den demografiske utviklingen, og ikke minst som følge av oppgaveskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Her ser er store endringer allerede.

Samarbeid på tvers av tjenester og seksjoner vil være svært viktig i fremtiden, da særlig med tanke på å legge til rette for et aldersvennlig samfunn, som gjør at de eldre kan bo og mestre livene sine lengre hjemme i egen bolig. Her kan ikke pleie og omsorgstjenestene gjøre dette alene, men er helt avhengige av at andre sektorer i kommunen samt næringsliv og frivillige er deltakende aktører. Tidlig innsats og forebyggende arbeid er svært viktig her, dette er arbeid som bør gjøres langt nede i innsatstrappen før pleie og omsorgstjenesten skal inn med ressurser.

Til slutt vil kommunedirektøren takke for et grundig arbeid Rogaland Revisjon har gjort med denne rapporten. Det er svært nyttig med slike strukturerte gjennomganger av tjenestene, da særlig når den som gjør denne jobben kommer utenfra.

Rådene som blir gitt her vil bli tatt med i det videre arbeidet innen pleie og omsorg.

Med venleg helsing

-----  
**Camilla Haug Flem**

Konstituert kommunedirektør

## 3 INNLEDNING

### 3.1 RYGGRADEN I PLEIE- OG OMSORGSJENESTEN

---

De ansatte er ryggraden i helse- og omsorgstjenestene i Hjelmeland kommune. Tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for at kommunen skal kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

I Norge har det blitt merkbart større press på personellet i helse- og omsorgstjenestene i landet de seneste årene. Situasjonen blir enda strammere frem mot 2035.

Ifølge SSBs framskrivinger vil det frem mot 2035 bli en kraftig vekst i behovet for årsverk både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Norge. Den sterkeste behovsøkningen kommer i kommunehelsetjenesten. Det vil bli et stadig større gap mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere.

Andelen av alle sysselsatte i Norge som jobber i helse- og omsorgstjenesten er tredoblet fra tidlig på 1970-tallet, til over 15 prosent i 2021. Mange kommuner i landet står i en bemanningskrise, og det er særlig vanskelig å få tak i sykepleiere og leger. Utfordringene er størst i distriktene<sup>1</sup>.

Det har skjedd en vridning fra institusjonsbasert omsorg til hjemmetjenester i norske kommuner. Det er høyskole- og universitetsutdannet personell som har stått for veksten de seneste årene. Fagarbeidere og personell uten formell utdanning har ikke økt tilsvarende<sup>2</sup>.

Demografiutviklingen er en utfordring på to måter for helse- og omsorgssektoren: Økningen i antall eldre betyr økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Samtidig bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft før den stopper helt opp. Fra midten av 2030-tallet vil antallet personer i yrkesaktiv alder falle. Helsepersonellkommisjonen mener derfor at det ikke er bærekraftig å øke helse- og omsorgssektorens andel av den totale arbeidsstyrken vesentlig.

Fordi ansatte allerede er et knapphetsgode, og i *«enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient<sup>3</sup>»*.

Gapet mellom tilbud og etterspørsel er strukturelle nasjonale helse- og omsorgsutfordringer som naturligvis Hjelmeland ikke kan løse alene. For Hjelmeland er det avgjørende å få til en best mulig utnyttelse av de ressursene og den kompetansen kommunen har.

Formålet med dette prosjektet er å vurdere hvordan omsorgstjenesten klarer å utnytte den samlede kompetansen i kommunen for å sikre best mulige tjenester.

---

<sup>1</sup> Helsepersonellkommisjonen – tid for handling, 2023.

<sup>2</sup> Helsepersonellkommisjonen – tid for handling, 2023.

<sup>3</sup> Helsepersonellkommisjonen – tid for handling, 2023.

## 3.2 KORT OM AVGRENSNING, METODE OG REVISJONSKRITERIER

---

### 3.2.1 AVGRENSNING

Prosjektet avgrenses i utgangspunktet til Årdal og Hjelmeland omsorgssenter. Vi tar sikte på å se nærmere på ressursene og kompetansen som brukes ved langtidsavdelinga, demensavdelinga (Årdal), korttidsavdelinga og hjemmetjenesten (Hjelmeland omsorgssenter, (HOS)).

For å svare på hvordan brukere og pårørende opplever kvaliteten på pleie- og omsorgstenestene, har vi benyttet spørreundersøkelsene fra Årdal omsorgssenter (ÅOS), sommeren 2022, som både var rettet mot brukere og pårørende. Bruken av undersøkelsen ble avklart med kontrollutvalgsleder den 13.09.22.

### 3.2.2 METODE

Vi har gjennomgått en rekke dokumenter og relevant statistikk. Sentrale eksterne dokumenter/analyser har vært Helsepersonellkomisjonens rapport, *Tid for handling*, 2023 og Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) analyse om «*Dagens og framtidig bemanningsbehov innenfor tjenesteområdet pleie og omsorg i Hjelmeland kommune*», fra november 2015.

Vi har intervjuet kommunalsjef forut for prosjektet og i forbindelse med oppstartsmøtet. I tillegg har vi intervjuet

- De to lederne for omsorgssentrene og
- To fagsykepleiere ved ÅOS, den ene er tillitsvalgt og jobber også på legekantoret, den andre er fagsykepleier på demensavdeling.
- To fagsykepleiere ved Hjelmeland omsorgssenter
- To helsefagarbeidere ved ÅOS
- To helsefagarbeidere ved HOS

Alle intervjuene er verifisert. De skriftlige kildene finnes i vedleggsdelen.

### 3.2.3 REVISJONSKRITERIER

Hvert kapittel starter med kildene for revisjonskriteriene vi bruker, og utledningen av de konkrete kriteriene. Av plasshensyn, gjengis de derfor ikke i innledningen.

Problemstilling nummer tre og fire har ikke revisjonskriterier. Problemstilling tre dreier seg om hvordan kommunen kan få en bedre ressurs- og kompetanseutnyttelse. Utgangspunktet for denne delen er anbefalingene fra en ressursanalyse i 2015, og utfordringer som kommer frem i intervjuene. Vurderingen er supplert med funn i egne forvaltningsrevisjoner og innspill i pleie- og omsorgsdebatten. Svaret på denne problemstillingen vil være en totalvurdering basert på

analysene av de to foregående problemstillingene, og ledere og ansattes synspunkter på hvordan man skal sikre en bedre kompetanse- og ressursutnyttelse.

For den brukeropplevde kvaliteten bruker vi benchmarking som vurderingsgrunnlag.

### 3.2.4 ORGANISERING AV RAPPORT

I **kapittel tre** viser vi organiseringen av helse- og omsorgssektoren i Hjelmeland, og hvor de to omsorgssentrene er plassert. Vi viser også hvilket tilbud som er organisert hvor.

Utvikling i antall brukere og endringer i brukernes behov vil ha betydning for hvordan kommunene rigger seg mht. kompetanse og kapasitet. Derfor har vi i **kapittel fire** sett nærmere på endringene i brukerbehov.

I kapittel fem viser vi Hjelmeland kommunes utgifter til pleie og omsorg, sammenlignet med andre. Selv om dette er litt på siden mht. problemstillingene, mener vi det er relevant å gi et bilde av kommunens ressursinnsats på feltet.

Kapittel dreier seg om i hvilken grad pleie- og omsorgssentrene har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, mens vi i kapittel syv undersøker hvordan de klarer å utnytte egen arbeidskraft. I det siste kapittelet ser vi nærmere på hva kommunen kan gjøre for å en bedre kapasitets- og kompetanseutnyttelse, utover det som allerede er kommet frem i de andre kapitlene.

## 4 ORGANISERING

Omsorg- og helsetjenestene i Hjelmeland kommune er organisert under kommunalsjef helse og omsorg. Dette er illustrert i figuren under. Det er Årdal og Hjelmeland omsorgssenter som er under lupen i dette prosjektet.

*Figur 1 Organisasjonskart helse og omsorg*



*Kilde: Hjelmeland kommune*

Årdal omsorgssenter (ÅOS) har langtidsavdelingen, Bøen, og dementavdelingen, Oasen. Dette er omsorgstilbud til de som har behov for pleie og omsorg hele døgnet.

Hjelmeland omsorgssenter (HOS) har blant annet ansvar for praktisk bistand og helsehjelp til hjemmeboende og for korttidsavdelingen. Målet med et korttidsopphold er å gjøre det mulig for den eldre å fremdeles bo hjemme. De som bor hjemme, kan også benytte seg av dagsenteret ved HOS.

Eldre som ikke er i stand til å bo hjemme, kan få tildelt omsorgsbolig, korttids- eller langtidsopphold. Omsorgsboligene ligger i tilknytning til HOS. Vi illustrerer tilbudene ved de to sentrene i tabellen under.

Tabell 1 Hjelmeland omsorgssenter

Tjeneste/avdeling	Brukere	Plasser
<b>Årdal omsorgssenter</b>		
Langtidsavdeling	21	13
Dementavdeling		8
<b>Hjelmeland omsorgssenter</b>		
Korttidsavdeling	48	10
Hjemmesykepleie	69	
Praktisk bistand	46	
Dagsenteret (2 dager i uken)	15	
Matombringing	22	

Kilde: De to omsorgssentrene, mens tall på antall brukere i institusjon er hentet fra KOSTRA

**Kommentarer til tallene: Botid på ÅOS (langtidsplasser).** Selv om tallene varierer noe, viser mange til at gjennomsnittlig botid på langtidsplass i norske sykehjem er på ca. 2 år<sup>4</sup>. Men i en forvaltningsrevisjon i Stavanger i 2018/2019 fant vi at gjennomsnittlig botid for langtidsplass hadde blitt redusert med nesten ett år, fra 2010 til 2017, og lå i 2017 på 1,4 år. Det positive med dette er at flere får anledning til å bo hjemme en større del av sine siste leveår.

Vi får opplyst at det er relativt lang botid blant beboerne ved ÅOS, og at det er flere unge beboere<sup>5</sup>: «Per i dag er det ingen på venteliste, men det kan fort komme, med den utviklingen vi ser».

<sup>4</sup> Kilde: *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*, helsedirektoratet 2017

<sup>5</sup> En flyttet inn i 2017, en i 2018, en i 2019. Åtte stykker i 2020, og syv stykker i 2021, ingen i 2022 og tre i 2023.

# 5 ENDRINGER I BRUKERBEHOV

## 5.1 INNLEDNING

---

Utvikling i antall brukere og endringer i brukernes behov vil ha betydning for hvordan kommunene rigger seg mht. kompetanse og kapasitet. Flere og mer krevende brukere vil naturlig nok utfordre kommunen på en helt annen måte enn små endringer i brukermassen.

Tallene som presenteres i figurene under tyder på at det er blitt flere brukere med omfattende bistandsbehov de siste årene. Men vi er usikre på kvaliteten i brukertallene. Kort fortalt viser tallene Hjelmeland kommune har rapportert inn til KOSTRA et helt annet bilde enn brukertallene vi har fått fra kommunens fagsystem, som jo KOSTRA-tallene er hentet ut fra.

Tallene fra kommunens fagsystem tyder på en sterk brukervekst fra 2017 til 2022, mens KOSTRA-tallene tyder på en svak nedgang i antall brukere. I KOSTRA-statistikken ser det også ut til å være langt flere mottakere av hjemmetjenester enn i kommunens fagsystem.

Vi har gått flere runder med kommunen for å få en forklaring på hva disse forskjellene kan skyldes, men uten å lykkes. I avsnittene under går vi likevel gjennom tallene, både for å illustrere forskjellene og for å forsøke å trekke noen slutninger.

## 5.2 UTVIKLING I ANTALL HJEMMETJENESTEBRUKERE – TALLENE SPRIKER

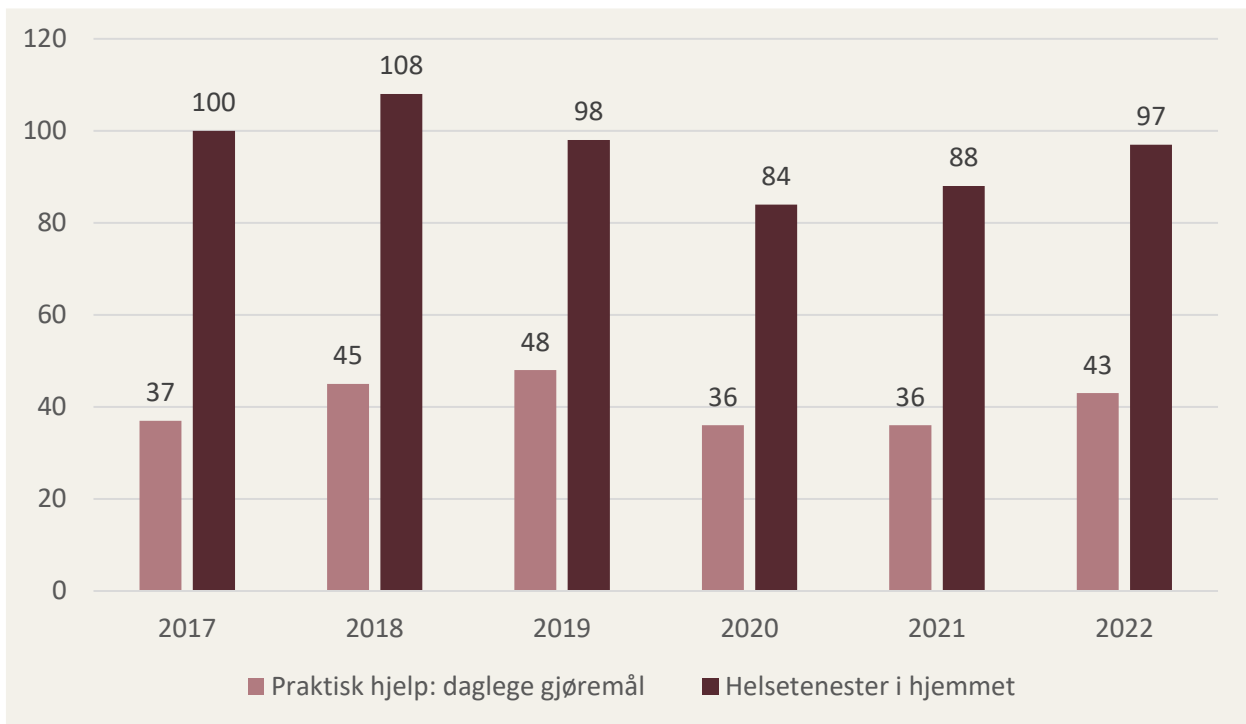
---

Ifølge tallene fra kommunen ser det ut til å ha vært en vekst i antall brukere som mottar hjemmesykepleie og praktisk bistand. Fra 2017 til 2022 har veksten i antall brukere som mottar praktisk bistand vært på 66 prosent, for hjemmesykepleie har veksten vært på 82 prosent.

Dette bildet endrer seg når vi henter ut nøkkeltall fra SSBs KOSTRA-statistikk, både når vi henter ut tall per 31.12 og tall for hele året. Tallene fra SSB er rapportert av kommunen selv, og burde være nokså like de tallene som de selv henter ut av fagsystemet.

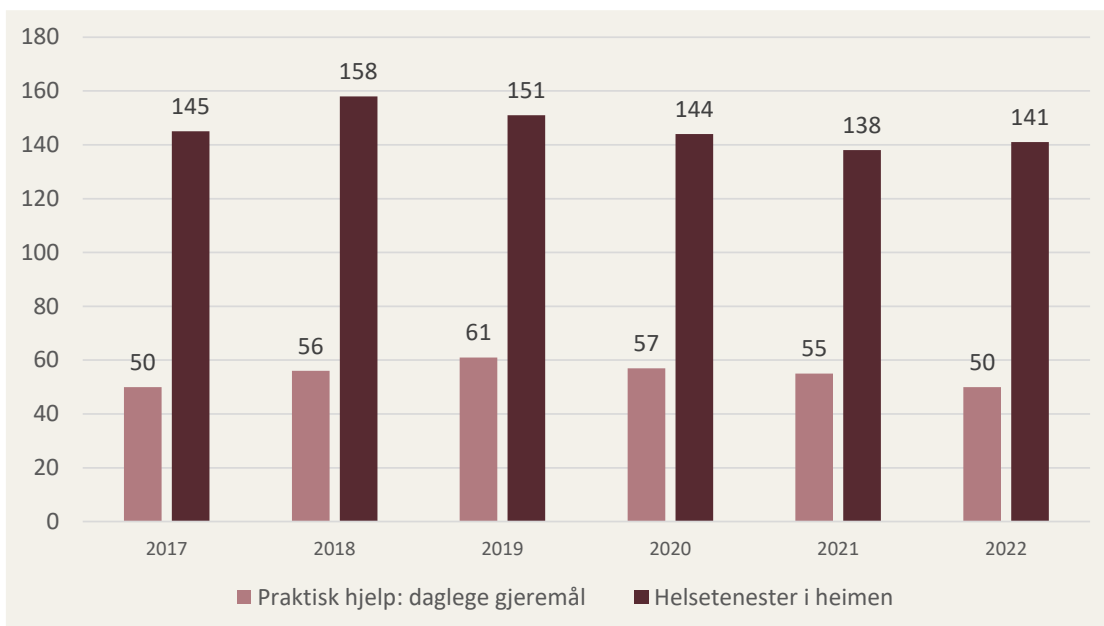
*Figur 2 Antall brukere med hjemmesykepleie og praktisk bistand per 31.12, ifølge KOSTRA*





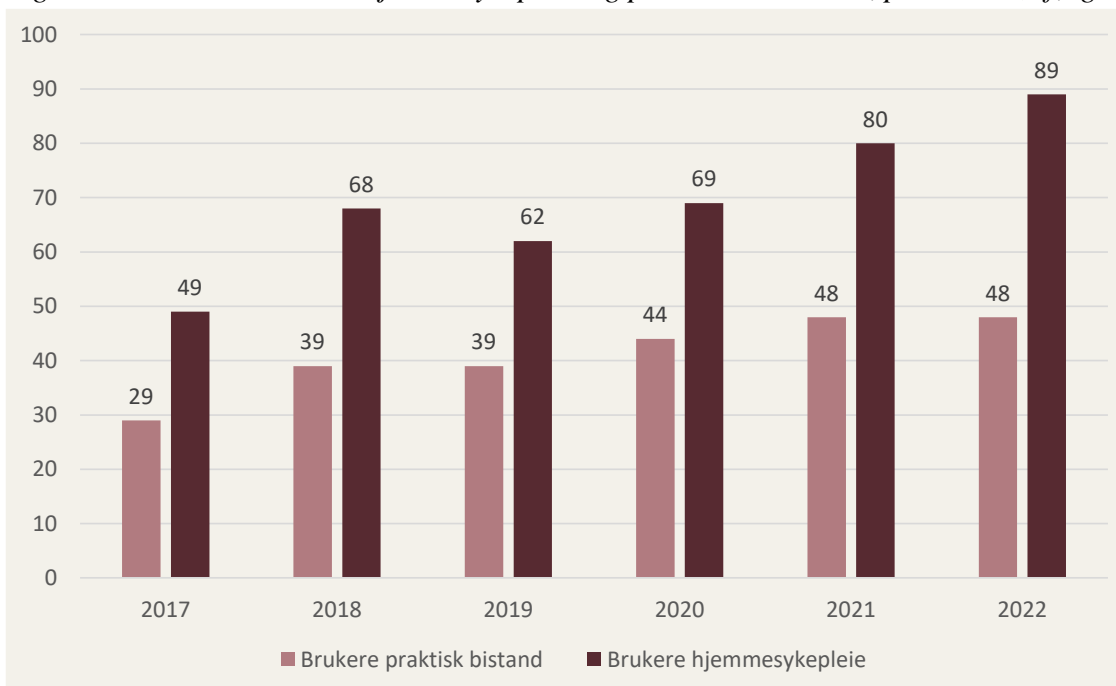
Kilde: KOSTRA, tabell 11645

Figur 3 Antall brukere med hjemmesykepleie og praktisk bistand ıla året, ifølge KOSTRA



Kilde: KOSTRA, tabell 11642

Figur 4 Antall brukere med hjemmesykepleie og praktisk bistand i løpet av året, ifølge kommunen



Kilde: Tall fra kommunen, hentet fra fagsystemet<sup>6</sup>

**Kommentar:** Disse tallene virker å være unaturlig lave sammenlignet med andre kommuner. Det er eksempelvis vanskelig å forestille seg at Hjelmeland kommune kun hadde 49 mottakere av hjemmesykepleie i 2017. Sokndal, Bjerkreim og Suldal hadde 224, 155 og 207 mottakere av hjemmesykepleie dette året (Kilde: KOSTRA).

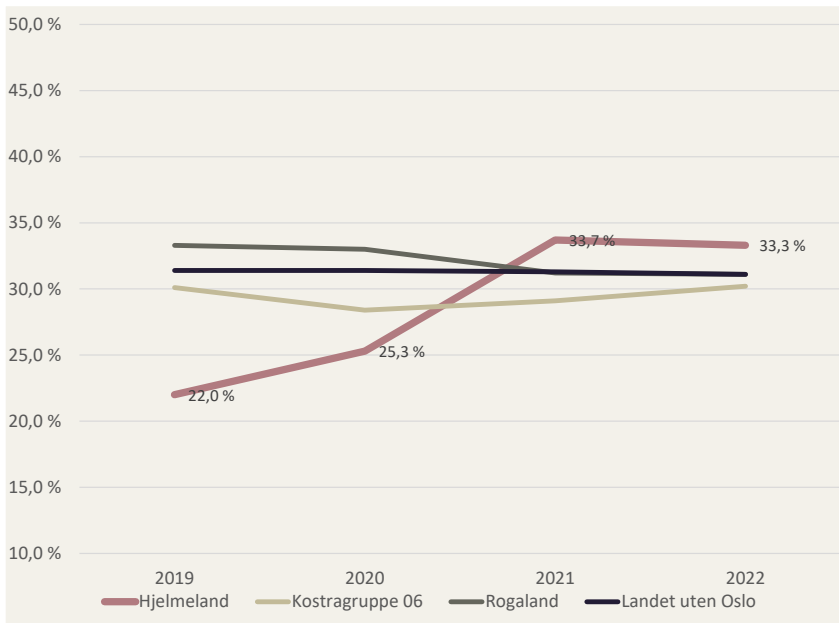
Fra kommunen pekes det på at det er uheldig at det ikke er samsvar mellom tallene fra KOSTRA og kommunens tall fra fagsystemet (Cos Doc). Lederne mener at det er tallene fra Cos Doc som stemmer<sup>7</sup>.

### 5.3 FLERE MED OMFATTENDE BEHOV

Figur 5 Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov

<sup>6</sup> Mottatt fra leder av HOS, den 16.05.2023. Lister ble skrevet ut fra fagsystemet, Cosdoc, og deretter telt manuelt. Vi får opplyst at man har tatt vekk testpersoner og døde fra statistikken.

<sup>7</sup> Opplyst i forbindelse med høringsrunden, 19.06.2023.

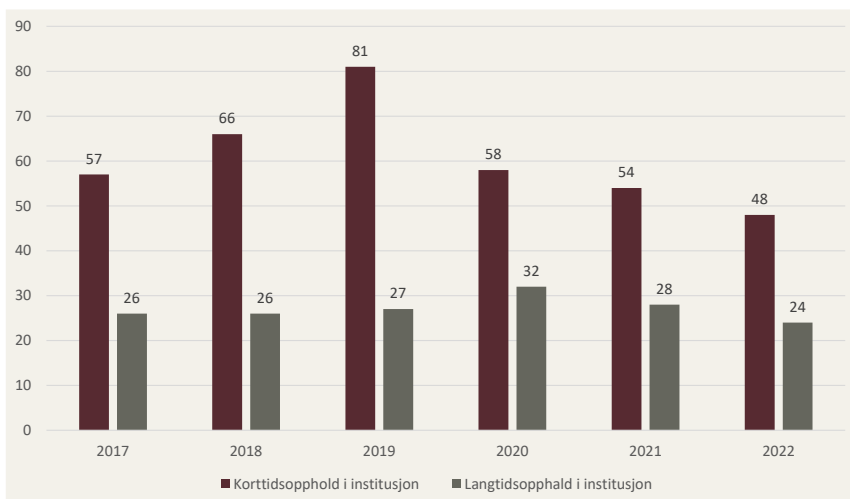


Kilde: KOSTRA

Figuren over samsvarer godt med tilbakemeldingene i intervjuene. Fra ÅOS pekes det på at de har fått flere yngre beboere, som er demente, har Parkinson eller andre kroniske sykdommer. Fra HOS får vi også opplyst at det har vært en økning i pleietyngden, spesielt i omsorgsboligene: «Vi har måttet øke opp grunnbemanning både på hverdager og helg for at alle skal få hjelp.»

## 5.4 FÆRRE MED KORTTIDS- OG LANGTIDSOPPHOLD

Figur 6 Antall personer med korttidsopphold i Hjelmeland i løpet av året

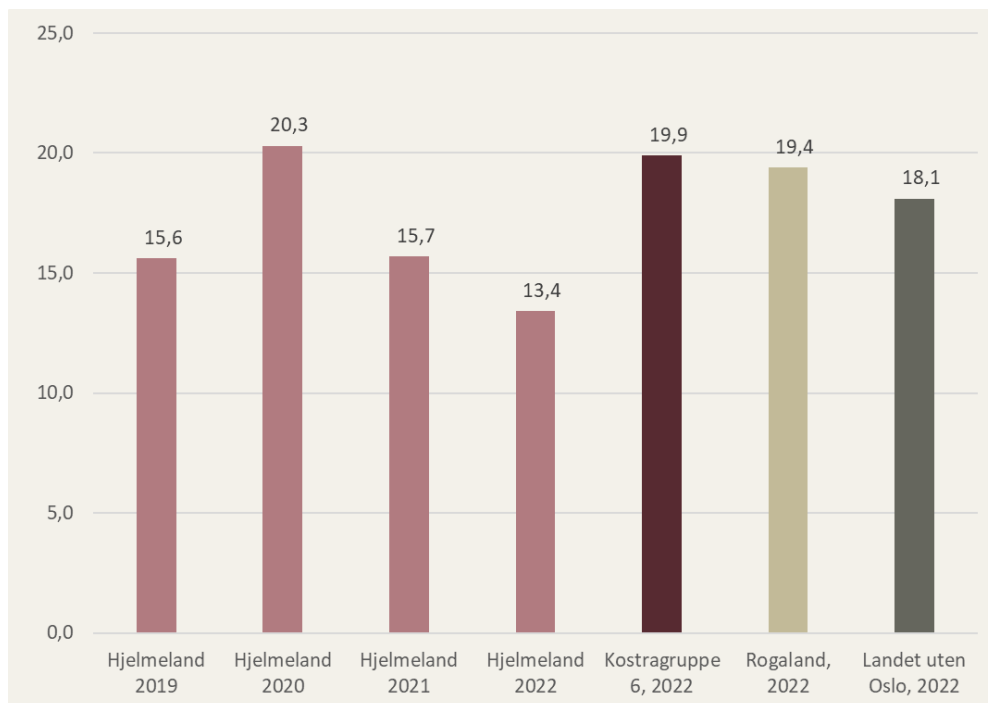


Kilde: KOSTRA, tabell 11642<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Indikatoren korttidsopphold består av Tidsavgrensa opphald – 1) utreiing/behandling, 2) habilitering/rehabilitering, og 3) tidsavgrensa opphald – anna. Antall personer med habilitering/rehabilitering har gått kraftig ned de siste årene.

Det gjennomsnittlige antallet oppholdsdøgn per korttidsopphold har også gått ned siden 2019, og ligger lavere enn gjennomsnittet for mange andre kommuner.

Figur 7 Gjennomsnittlig antall døgn per korttidsopphold



Kilde: KOSTRA

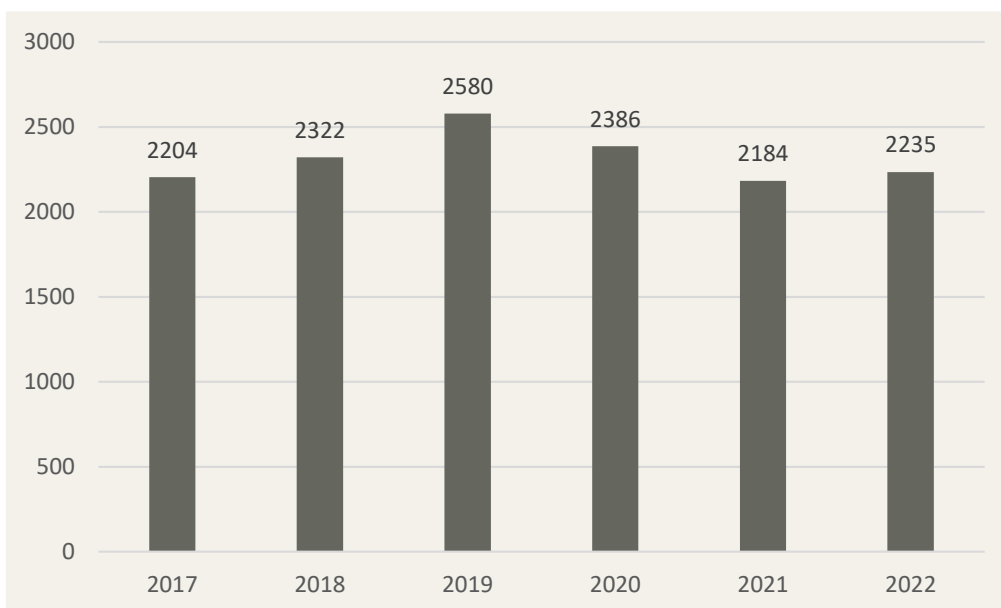
**Kommentar:** Disse tallene samsvarer ikke med tilbakemeldingene fra leder ved HOS. Hun forteller at det har vært en økning i bruken av korttidssenger, og at det i 2018, da hun begynte i stillingen, i perioder var tre personer inne i snitt, mens det nå er syv til ni personer i snitt inne på korttidsopphold.

Figuren under viser utviklingen i oppholdsdøgn i tidsbegrenset opphold i institusjon, såkalte korttidsopphold.

Figur 8 Oppholdsdøgn tidsbegrenset opphold i institusjon

---

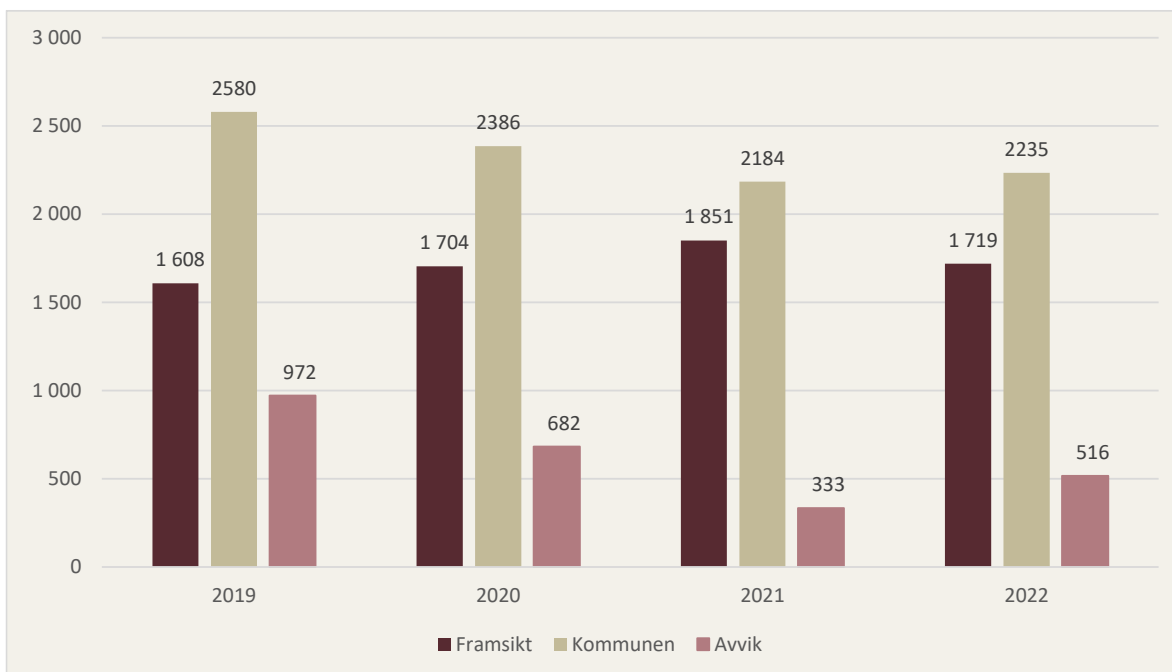
I 2019 var det 37 personer med denne type opphold, mens det var 0 i 2021. I 2022 er det mindre enn 5, og det betyr at de ikke kommer frem av SSBs statistikk. Det reelle antallet er altså litt høyere enn det som er oppgitt i figuren.



*Kilde: Leder av HOS, presentasjon til kommunestyret i januar 2023*

Tallene vi har mottatt fra kommunen (over) samsvarer ikke med tallene kommunen har rapportert inn til KOSTRA. Disse tallene indikerer en reduksjon i antall oppholdsdøgn i korttidsseng de siste årene, mens tallene fra kommunen indikerer det motsatte. Det er dessuten store forskjeller mellom tallene fra SSB og kommunens tall, selv om forskjellene reduseres noe de siste årene.

*Figur 9 Oppholdsdøgn tidsbegrenset opphold i institusjon*



*Kilde: Framsikt og leder for Hjelmeland omsorgssenter*

## 5.5 OPPSUMMERING

---

Det er ikke helt enkelt å oppsummere denne delen, ettersom tallene spriker.

**Hjemmetjenester.** Kommunens tall tyder på en kraftig økning i mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand de siste årene, mens tallene fra SSB tyder på en svak nedgang. Det er dessuten store forskjeller mellom brukeromfanget i de to statistikkene. Ifølge KOSTRA var det 141 hjemmetjenestemottakere i Hjelmeland i 2022. Ifølge fagsystemet var antallet 89.

**Korttidsopphold.** Det ser ut til å være en nedgang i antall korttidsopphold, mens antall langtidsopphold er nokså stabilt. Tall fra kommunen viser klart færre oppholdsdøgn de siste fire årene, tallene fra KOSTRA tyder på en svak økning. Tilbakemelding fra leder for Hjelmeland omsorgssenter tyder på at det er betydelig større belegg i korttidssengene nå enn for flere år siden.

**Flere med omfattende behov?** Både tall og intervjuer tyder på at det er blitt flere pleie- og omsorgsmottakere med omfattende bistandsbehov, men vi føler oss likevel ikke helt trygge på tallene.

Etter vår vurdering bør kommunen fremover sikre pålitelige data om tjenestemottakere og brukerbehov. Dette er sentral styringsinformasjon for folkevalgte og administrasjon, og en forutsetning for å kunne gjøre gode vurderinger av ressursinnsats, kompetanse og kapasitet.

# 6 UTGIFTSNIVÅ

## 6.1 INNLEDNING

---

I avsnittene under presenterer vi Hjelmeland kommunes behovskorrigerede pleie- og omsorgsutgifter. Det betyr at utgiftene korrigeres for forskjeller som følge av demografi, geografi og sosiale forhold.<sup>9</sup> Dette gir et bedre sammenligningsgrunnlag enn dersom vi bare sammenligner utgiftene, uten å ha hensyn til disse objektive behovsvariablene.

Disse tallene vil ikke være berørt av eventuelle feil i brukertallene, ettersom dette er ressursbruk per innbygger, og ikke ressursbruk per tjenestemottakere/beboer.

---

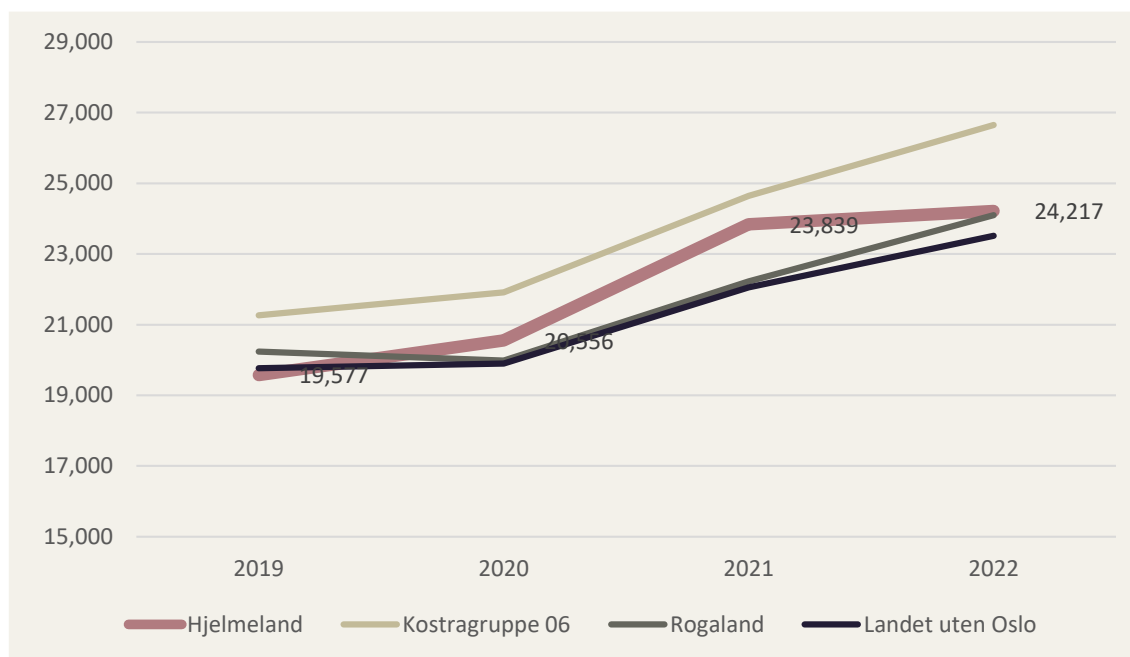
<sup>9</sup> For å gjøre disse korrigeringsene brukes behovsberegningen i statsbudsjettet (utgiftsutjevning KMDs grønt hefte)

## 6.2 UTGIFTER TIL PLEIE OG OMSORG

---

Figuren under viser at Hjelmeland behovskorrigerte utgifter per innbygger har økt de siste årene. Utgiftene har økt mer enn landssnittet og Rogalandssnittet, men mindre enn snittet for kommunegruppe 06<sup>10</sup>. I 2022 lå Hjelmeland på nivå Rogalandssnittet, litt over landssnittet, men betydelig lavere enn kommunegruppe 06.

Figur 10 Netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie og omsorg, korrigert for utgiftsbehov



Kilde: Framsikt

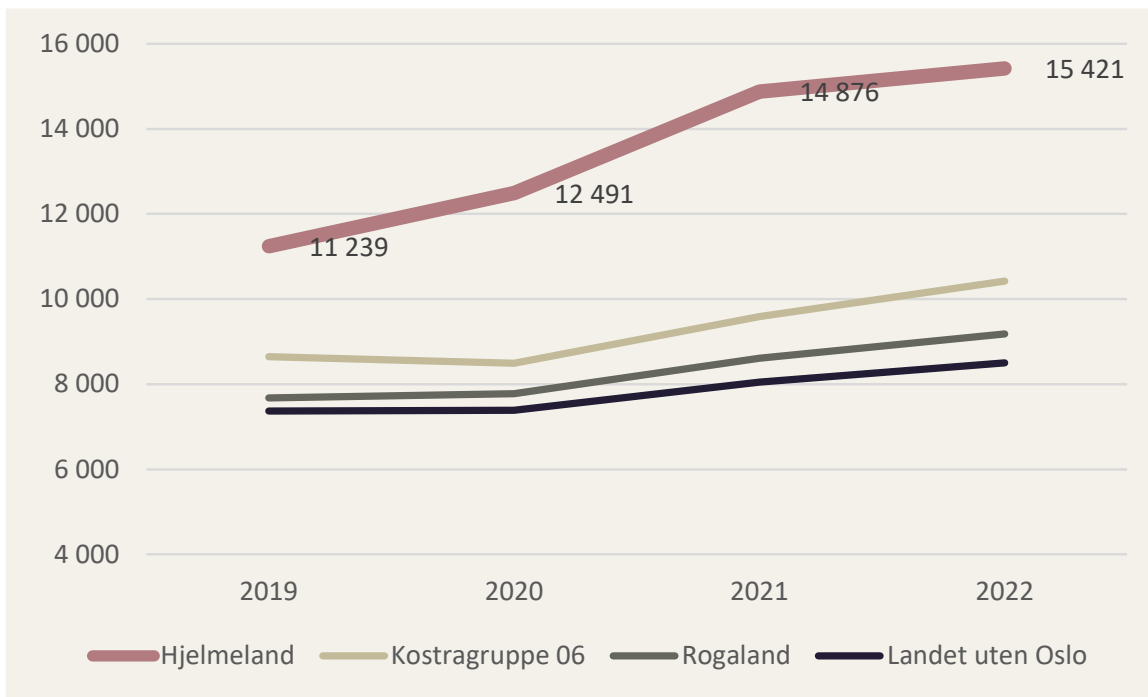
## 6.3 UTGIFTER TIL INSTITUSJON OG HJEMMETJENESTER

---

Figur 11 Netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester i institusjon, korrigert for utgiftsbehov

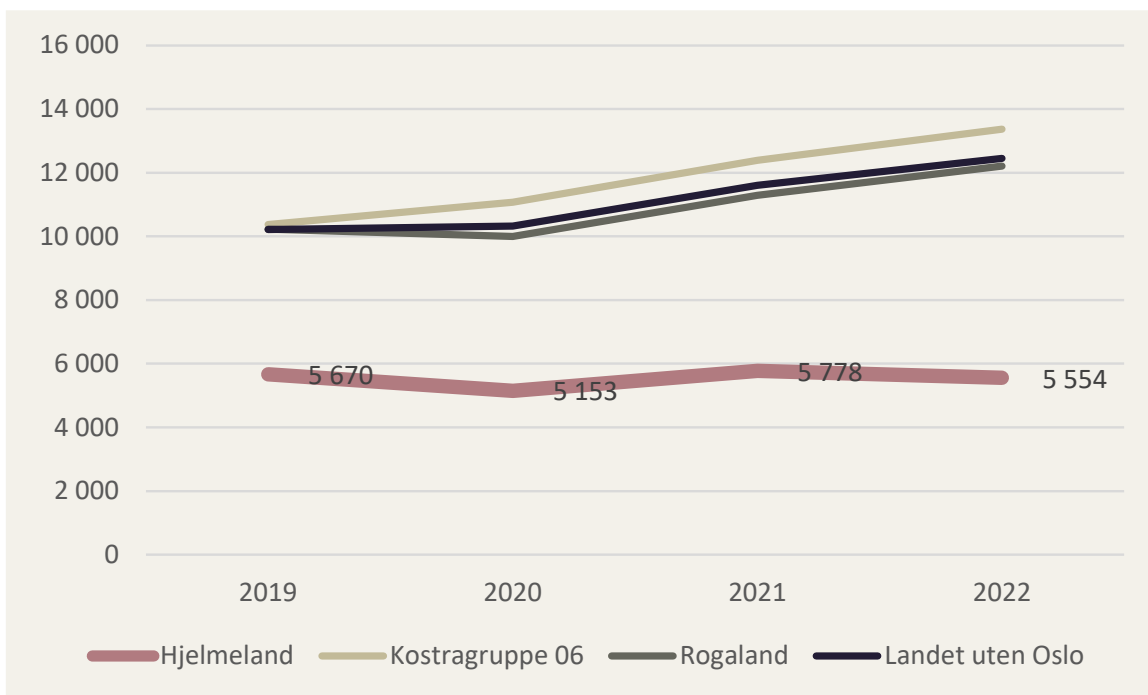
---

<sup>10</sup> KG 6 er kommuner med 2000 til 9999 innbyggere, middels bundne kostnader og høye frie disponible inntekter per innbygger.



Kilde: Framsikt

Figur 12 Netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, korrigert for utgiftsbehov



Kilde: Framsikt



De innrapporterte tallene tyder videre på at Hjelmeland kommune bruker mye på institusjonsdrift og lite på hjemmesykepleie, sammenlignet med andre kommuner.

Et sentralt mål for dekningsgrad er *Plasser i institusjon i prosent av innbyggere over 80 år*. I 2022 var andelen i Hjelmeland 20,7 prosent, i Rogaland 18,1 prosent og i landet utenom Oslo, 16,5 prosent. Hjelmeland har altså en relativt høy andel innbyggere med institusjonsplass. Dette kan forklare litt av forskjellene mellom Hjelmeland og de andre kommunene, men ikke alt.

Men tilbakemeldinger fra leder for Hjelmeland omsorgssenter tyder på at hovedforklaringen på høye institusjonsutgifter er feilføringer, og at de innrapporterte tallene ikke er stemmer. Ved Hjelmeland omsorgssenter jobber de ansatte både i hjemmetjenesten og ved korttidsavdelingen, *og det er nok litt tilfeldig hvor vi fører dem. Vi skulle i utgangspunktet føre stillingene 60/40 hjemmetjeneste/korttid, men vi har nok ikke ført dem rett.*

Samtidig pekes det på at Hjelmeland kommune sannsynligvis har noe høyere utgifter til institusjonsdrift enn hjemmetjenester sammenlignet med andre kommuner, men at forskjellene er mindre enn det som vises i figurene.

Ifølge leder for Hjelmeland omsorgssenter handler ikke dette om at hjelp til hverdagsmestring og hjelp til selvhjelp er underkommunisert eller lite prioritert, *«men det handler også litt om geografi. Noen ganger kan det være ressursbesparende å ha brukerne på korttids plass»*. Det pekes på at kommunen er langstrakt og at det er lange kjøreavstander. I snitt kjører hjemmetjenesten 313 km pr døgn, noe som tilsvarer ca. 5 timer kjøring daglig<sup>11</sup>. Helseesykepleierne sa det slik: *«Innen hjemmesykepleien er avstander og logistikk en utfordring. (...) Vi har diskutert flytting mht. noen få brukere. Dette er kanskje veien å gå for å gi best mulig helsehjelp»*.

## 6.4 OPPSUMMERING

---

Hjelmeland kommunes behovskorrigerede utgifter til pleie og omsorg har økt de siste årene. I 2022 var utgiftene lavere enn snittet i KOSTRA-gruppen kommunen er en del av, høyere enn landssnittet, men på nivå med Rogalandssnittet.

Tallene tyder på at Hjelmeland kommune bruker en uforholdsmessig stor del av budsjettet til institusjonstjenester, og en uforholdsmessig liten del til hjemmetjenester, sammenlignet med andre kommuner. Men intervjuene tyder på at tallene ikke gir et riktig bilde av situasjonen, og at de store forskjellene skyldes feilføringer ved Hjelmeland omsorgssenter, der ansatte både jobber i hjemmetjenesten og korttidsavdelingen.

---

<sup>11</sup> Leder av HOS, presentasjon til kommunestyret i januar 2023

Likevel tyder tall og tilbakemeldinger på at Hjelmeland har noe høyere utgifter til institusjon og lavere til hjemmetjenester, sammenlignet med andre kommuner.

## 7 TILSTREKKELIG KAPASITET OG KOMPETANSE?

### 7.1 REVISJONSKRITERIER

---

*Problemstilling: I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene til brukerne av pleie og omsorgstjenester?*

Med dette mener vi om kompetansen og kapasiteten er tilstrekkelig til å håndtere situasjonen i dag og på litt lengre sikt.

Vi ønsker for det første å sammenligne Hjelmeland med andre kommuner. Dette gjelder både kapasiteten og kompetansen i kommunen. Vi bruker da indikatorene *Årsverk per bruker av omsorgstjenestene* og *Andel årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning*. Sistnevnte er nok den mest presise indikatoren, ettersom et lavt antall årsverk per bruker ikke bare handler om kapasitet. Det kan også skyldes at kommunen driver effektivt eller at brukerbehovene er lavere enn andre steder. Så selv om et høyt antall årsverk per bruker kan være en kvalitetsindikator, kan det også være en indikator på at kommunen driver ineffektivt. De to indikatorene gir likevel et bilde av kompetanse- og kapasitetssituasjonen i Hjelmeland.

Et annet, ikke helt uvesentlig poeng, er at mye tyder på at brukertallene ikke er helt pålitelige. Dette gjør at også denne indikatoren må tolkes med varsomhet.

Men det er også interne forhold i kommunen eller ved omsorgssentrene som kan påvirke kapasitets- og kompetansesituasjonen. Vi ønsker å vektlegge tre forhold her: De to første er omsorgssentrenes evne til å beholde og rekruttere ansatte, og det siste er sykefraværet.

Den siste indikatoren for å vurdere kapasitet og kompetanse, er ledere og ansattes egne vurderinger av kapasitets- og kompetansesituasjonen. Hensikten med dette er å fange opp eventuelle kvalitative dimensjoner, som de kvantitative indikatorene ikke er i stand til å fange opp.

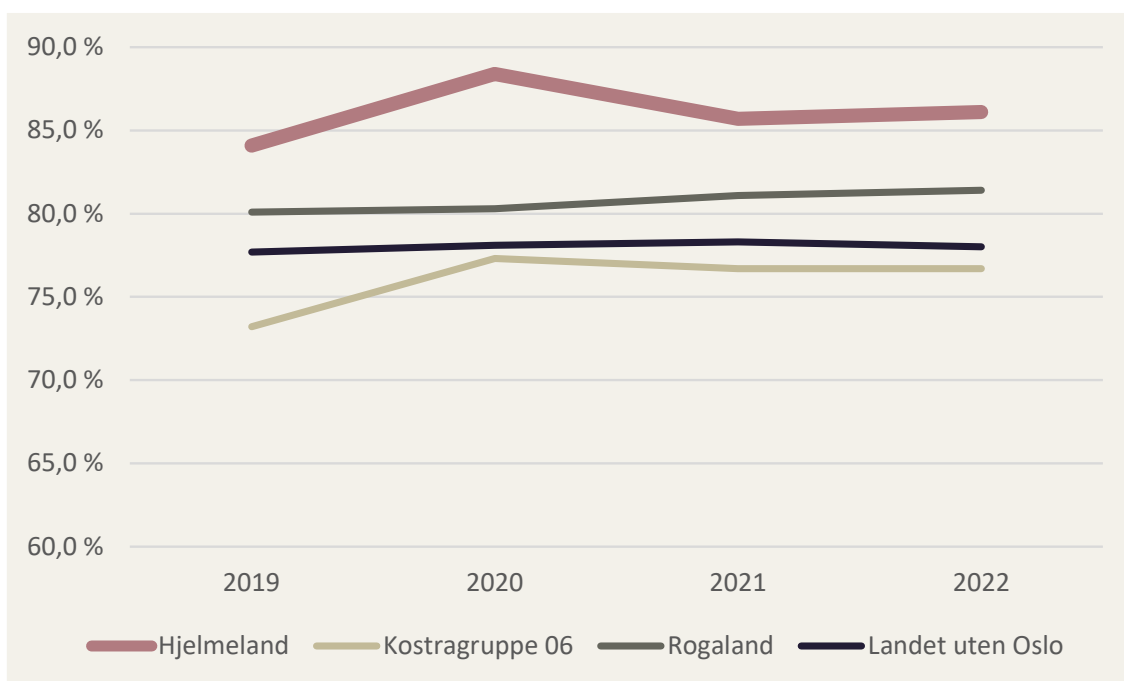
I boksen under oppsummerer vi revisjonskriteriene. For de fleste av disse vil sammenligninger med andre være sentrale for vurderingene, mens det tredje og siste del av det fjerde kriteriet vil tilbakemeldinger fra ledere og ansatte være et viktig grunnlag for å gjøre gode vurderinger.

- Hjelmeland kommune har en høy andel ansatte med helsefagutdanning innen omsorgstjenestene som er lik eller bedre enn andre kommuner
- Antall årsverk per bruker er på nivå med andre kommuner
- Omsorgssentrene selv mener de har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å håndtere brukerne
- Omsorgssentrene har moderat eller lav turnover, og klarer å rekruttere ønsket arbeidskraft
- Omsorgssentrene har lavt sykefravær

## 7.2 UTDANNINGSNIVÅ BLANT DE ANSATTE

Figuren under viser at Hjelmeland har en høy andel ansatte i omsorgstjenestene som har helsefagutdanning.

Figur 13 Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helsefagutdanning (prosent)



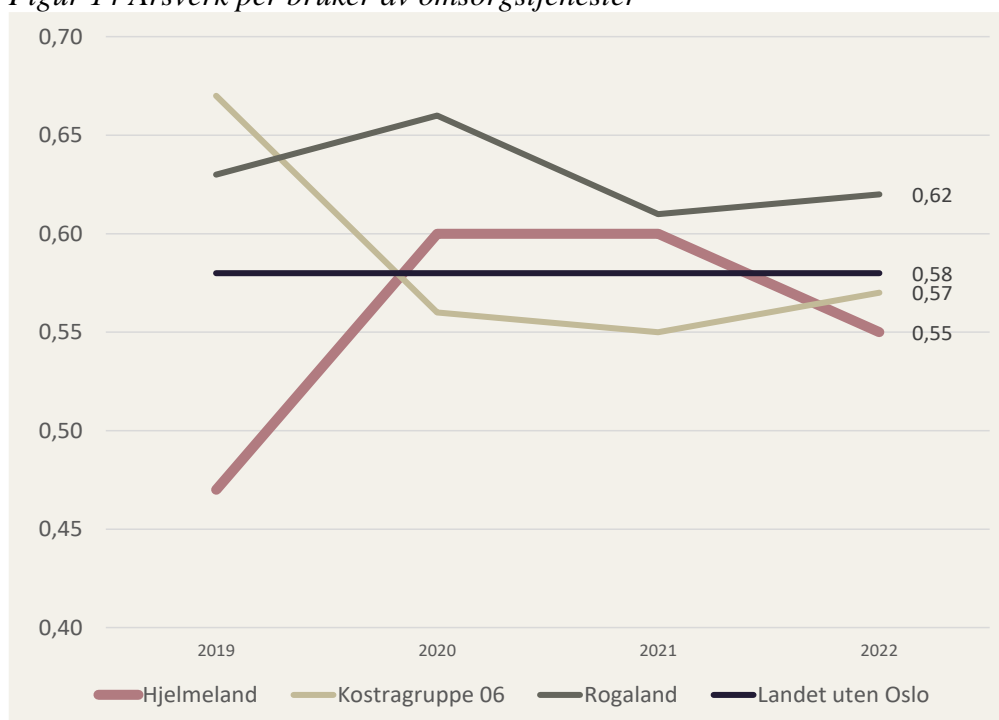
Kilde: Framsikt

I intervjuene bekreftes dette inntrykket, dvs. at Hjelmeland kommune per i dag er godt stilt kapasitets- og kompetansemessig. Men flere tror dette kommer å endre seg fremover, fordi det er krevende å rekruttere helsefagarbeidere og sykepleiere, spesielt for Hjelmeland omsorgssenter.

## 7.3 ÅRSVERK PER BRUKER

Figuren under tyder på at Hjelmeland de siste tre årene har ligget på omtrent samme nivå som kommunene vi sammenligner med, når det gjelder antall årsverk per bruker. Vi har endret skaleringen, for å gjøre det lettere å se forskjellene. Men hvis vi ser bort fra 2019, er forskjellene relativt små, og i 2022 har Hjelmeland lavest ressursinnsats per bruker. Men brukertallene må tolkes med varsomhet, som tidligere nevnt.

Figur 14 Årsverk per bruker av omsorgstjenester<sup>12</sup>



Kilde: KOSTRA

<sup>12</sup> Omsorgstjenesteindikatoren inneholder følgende (Kilde SSB): Teller: Avtalte årsverk i brukerrettede helse- og omsorgstjenester, fra KOSTRA-funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 261 Institusjonslokaler. Datakilde: a-ordningen, 3. uke i november. Inkludere vikarer, permisjoner og sykefravær, men ikke overtid. Omfatter også årsverk fra privat virksomhet som utfører tjenester på vegne av kommunen. Nevner: Brukere av omsorgstjenester (funksjon 253 Helse- og omsorgsinstitusjoner og 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende), beregnet ved disponible plasser i institusjon (sykehjem, aldershjem, avlastningsboliger og barneboliger, korrigert for kjøp/salg over kommunegrensene) + brukere av hjemmetjenester pr 31.12 i rapporteringsåret (ekskl. rehab utenfor inst). Datakilder: plasser: KOSTRA skjema 5 pkt. 3 og pkt. 5. Brukere av hjemmetjenester: Helsedirektoratets IPLOS-KPR-register.

## 7.4 SYNSPUNKTER PÅ KOMPETANSE OG KAPASITET

---

Vi får opplyst fra Årdal omsorgssenter er godt dekket med sykepleiere og helsefagarbeidere, og gjennomgangen tyder på at det er lettere å rekruttere fagfolk til Årdal: *Vi har mange med fagutdanning. I den faste turnusen er det 5 assistenter, 6 sykepleierstudenter, 17 fagarbeidere og 12 sykepleiere.* Det pekes på at to av sykepleierstudentene slutter til sommeren, en av dem har fått fast jobb på Hjelmeland.

I intervjuene med de ansatte ved ÅOS oppsummeres det slik: *«Vi har veldig bra kompetanse. Det er god sykepleiedekning, godt med hjelpepleiere og lite assistenter. De som er assistenter, har vært det i mange år og har lang og god erfaring».*

ÅOS har likevel leid inn to sykepleiere fra vikarbyråer den siste tiden, men vi får opplyst at dette skyldes langtidsfravær og permisjon ([Se under](#)).

Fra HOS pekes det på at det for øyeblikket går nokså greit mht. kapasitet og kompetanse, men situasjonen her ser ut til å være mer krevende enn ved ÅOS: *«Vi har hatt mangel på sykepleiere lenge, og det har vi ennå. Men vi får to nye sykepleiere som skal begynne til sommeren.»* Vi får også opplyst at tre helsefagarbeidere ved HOS skal snart pensjoneres, to sommeren 2023 og én sommeren 2024, og at det er veldig vanskelig å rekruttere nye. Virksomhetsleder kommenterte dette slik: *«Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal dekke dem opp».* Vi får opplyst at stillingene har vært lyst ut, men at det har ikke kommet inn noen søkere, noe en av de ansatte kommenterte slik. *«Vi skal lyse ut igjen. Hvis vi ikke får kvalifiserte søkere, vil trolig noen ufaglærte gå inn i vikariat».*

## 7.5 REKRUTTERE OG BEHOLDE

---

### 7.5.1 REKRUTTERE

Leder ved **Hjelmeland omsorgssenter** forteller at det er vanskelig å rekruttere *«over hele linjen, både sykepleiere og helsefagarbeidere».* De strever spesielt med å få tak i sykepleiere, noe som har resultert i at de har måtte leie inn mellom ett og to sykepleierårsverk årlig siden 2018.

Vi får opplyst at det sjelden er søkere på sykepleier- eller fagarbeiderstillinger: *«Vi har prøvd både hele stillinger og helgestillinger, men har ikke lykkes».* Enkelte tror dette kan ha sammenheng med at man har tredelt turnus, noe de mener er mindre attraktivt for ansatte som pendler fra andre kommuner. De hevder at omsorgssenteret burde hatt egne nattevaktteam.

Som et virkemiddel for å tiltrekke seg nødvendig arbeidskraft, har kommunen de siste årene tilbydd ekstra lønn for nyutdannede, dvs. at de starter med en lønn som tilsvarer ti år ansiennitet. Ifølge intervjuene har dette hatt god effekt ved ÅOS, som ligger nærmere Strand, men effekten ved HOS har uteblitt.

Ellers har kommunen generelle tiltak som etableringstilskudd og reduserte leiekostnader. «*Men for at de skal jobbe her (Hjelmeland Omsorgssenter), er vi som regel avhengige av at de bor i nærheten eller i kommunen*».

Det er også blitt stadig verre å få tak i helsefagarbeidere. Enkelte tror dette kan ha sammenheng med at helsefagarbeidere ikke opplever å bli verdsatt på samme måte som sykepleiere (dette er et generelt poeng, og ikke knyttet til HOS): «*Vi hører om sykepleierne hele tiden, men vi hører aldri at helsefagarbeiderne gjør en god jobb. Vi får aldri noen særlige gode tilbakemeldinger, selv om vi trør til og stiller opp*».

Gjennomgangen tyder på at det er lettere å rekruttere fagfolk til ÅOS enn til HOS. I intervjuene med de ansatte pekes det på at lederen har et bra nettverk som hun er god til å bruke: «*Hun klarer å rekruttere helsefagarbeidere og sykepleiere*».

Flere mener også at Årdal omsorgssenters beliggenhet spiller inn her, og at det for mange blir for langt å dra til Hjelmeland på jobb hver dag. Flere av ÅOS' ansatte er eksempelvis fra Jørpeland og Tau, mens dette er en sjeldenhet ved HOS<sup>13</sup>.

Selv om rekrutteringssituasjonen er bedre i Årdal enn på Hjelmeland, sliter Årdal omsorgssenter med å få inn vikarer. Derfor har de beregnet utgifter forbundet med permisjoner og sykefravær over en periode, og funnet ut at de kan etablere en vikarpool<sup>14</sup>. En av de ansatte sa det slik: «*Eli har opprettet to vikarstillinger som buffer ved sykemeldinger og permisjoner. Det er bra*».

## 7.5.2 BEHOLDE, DVS. TURNOVER

Den korte definisjonen av turnover er andelen ansatte som slutter fra ett år til et annet. I tabellen under viser vi turnoveren ved de to omsorgssentrene. Fra Årdal fikk vi tall per år, mens vi fikk tall for hele perioden fra 2019 og frem til april 2023 fra Hjelmeland omsorgssenter. Vi ser at ÅOS har hatt dobbelt så høy turnover i perioden, men at andelen er kraftig redusert det siste halvannet året.

*Tabell 2 Turnover ved ÅOS og HOS*

---

<sup>13</sup> Opplyst i intervjuer.

<sup>14</sup> De kan ikke øke antall årsverk, men de skal lyse ut to faste helsefagstillinger. Den eneste forskjellen mellom en som er ansatt via vikarpool og en som ansatt som et vanlig årsverk, er at det er kortere varslingsfrist dersom turnusen endres. Varslingsfristen for de som er i vanlige stillinger er en måned, mens det er to uker for de som er i en vikarpool: «*Men i praksis blir det sjelden forskjell, ettersom vi som regel vet om turnusen endres lang tid i forveien (knyttet til permisjoner)*».

	2019	2020	2021	2022	apr.23	Totalt
<b>Årdal omsorgssenter</b>						
Sluttet	10	5	15	6	1	37
Antall ansatte	43	43	43	44	43	43,2
Turnover	23 %	12 %	35 %	14 %	2 %	<b>86 %</b>
		-				
<b>Hjelmeland omsorgssenter</b>		-				16
		-				40
		-				<b>40 %</b>

Mottatt av de to omsorgssentrene

Intervjuene med fagarbeidere og fagsykepleiere bekrefter den siste tidens utvikling på ÅOS, dvs. at det nå er få som slutter. De mener dette har sammenheng med at senteret fikk ny leder i mars 2021: «Vi har fått mange gode folk på plass». De intervjuede er samstemte om at god ledelse, der medbestemmelse vektlegges sterkt, er en viktig årsak til dette. En av de ansatte sa det slik: «Hun er til stede, er lydhør, hjelpsom, proaktiv, synlig, støtter og er tilgjengelig. Vi har en kjempefin arbeidsplass, og det er en veldig fin jobb vi har».

Tilbakemeldingene fra de ansatte ved HOS bekrefter inntrykket i tallmaterialet. De peker på stor stabilitet i ansattgruppa over tid: «De fleste blir værende i jobben, for de bor her. Men det er noen som søker seg over til rene dagstillinger». Men det blir (som nevnt) pekt på at en del naturlig avgang vil gi rekrutteringsutfordringer i tiden fremover.

Det er altså lettere å rekruttere til Årdal omsorgssenter, samtidig som turnoveren er høyere. Vi spurte virksomhetsleder om beliggenheten kunne være et tveegget sverd? Dvs. at det er lettere å rekruttere, men det er også lettere å miste ansatte til andre arbeidsgivere (Strand og Stavanger kommune eller sykehuset). Dette svarte virksomhetsleder slik på: «Det er klart at når flere ansatte bor i Strand er det også lettere å miste de til for eksempel Strand kommune.»

Det bør til slutt legges til at omsorgssentrene i stor grad har klart å dekke opp den kompetansen de har mistet, så langt<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Av de som har sluttet ved HOS, er det syv sykepleiere, tre helsefagarbeidere, to assistenter og to renholdsoperatører/praktisk bistand, en konsulent og en sekretær (Opplysninger fra leder ved HOS). I samme periode har ti sykepleiere som har startet, tre med helsefagutdanning og fire assistenter.

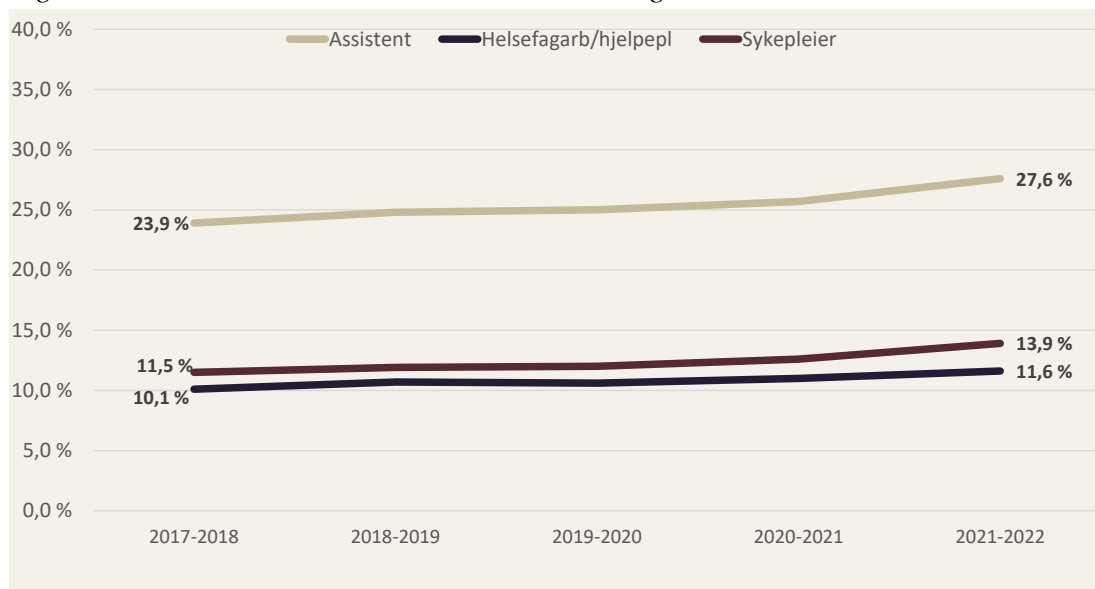
Det er altså ansatt flere sykepleiere enn de som har sluttet. Vi får opplyst at tre av de ti bare jobber 10 prosent på sykehjemmet, dvs. en helg i måneden, i kombinasjon med jobb på legekantoret eller innen psykisk helse. De andre nyansatte sykepleierne er tilflyttere som har søkt jobb. Noen har vært ved omsorgssenteret i praksis og noen har blitt kontaktet direkte.

ÅOS: I 2019 var det 6 fagarbeidere, 1 sykepleier og 3 assistenter som sluttet, samme år startet 4 fagarbeidere og 1 assistent. I 2021 sluttet 6 sykepleiere, 5 fagarbeidere og 4 assistenter. Samme året startet 5 sykepleiere, 2 fagarbeidere, 1 ergoterapeut, 1 assistent og 2 sykepleiestudenter. Dette ble opplyst fra leder ved omsorgssenteret,

### 7.5.3 HVA ER VANLIG TURNOVER I ANDRE KOMMUNER?

I de neste figurene ser vi på hva som er vanlig turnover i andre kommuner. Den første viser utviklingen over tid i norske kommuner, innenfor tre relevante stillingstyper.

Figur 15 Turnover i norske kommuner – tre stillingskoder



Kilde KS<sup>16</sup>

Den neste figuren viser turnoveren i 2022 innenfor sektoren samlet sett sektoren, og blant utvalgte yrkesgrupper.

Figur 16 Andel ansatte per 1.12.2021 som ikke var ansatt i kommunal ansektor per 1.12.2022. Etter tjenesteområde

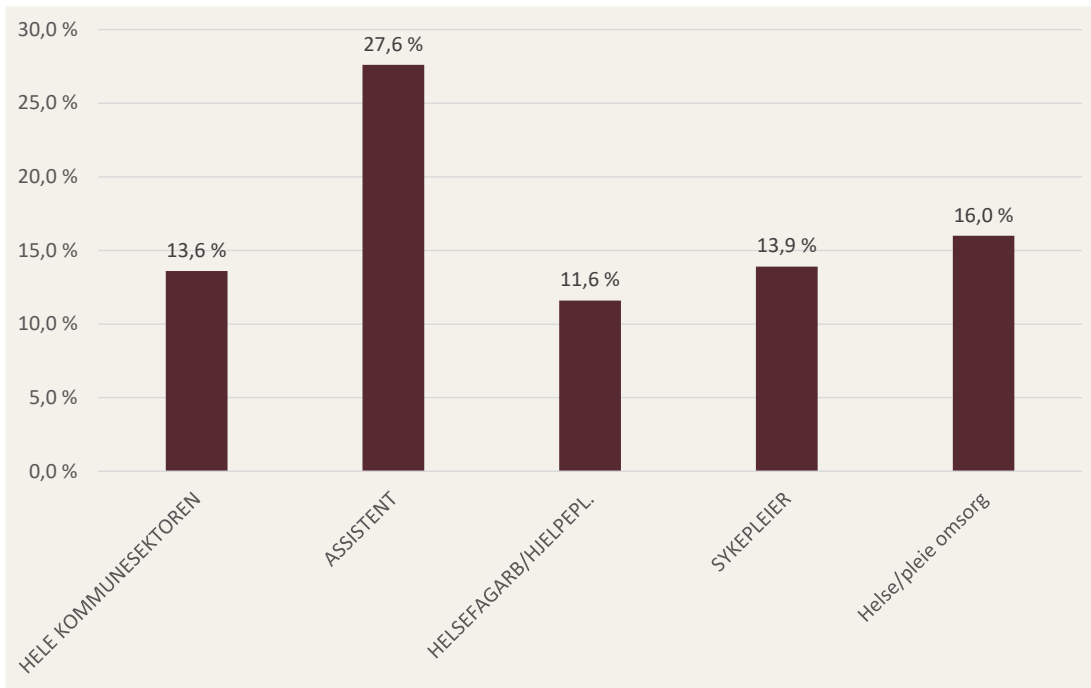
---

som ble ansatt i mars 2021. Hun forhørte seg med flere ansatte om sluttårsaker, og tilbakemeldingene ble gjengitt i epost datert 11.05.2023.

Fra Årdal omsorgssenter får vi opplyst at det er ulike årsaker til den høye turnoveren. De vanligste årsakene er at de flyttet fra kommunen grunnet annen jobb/utdanning, måtte slutte grunnet dårlig helse og ble pensjonist. Noen mente også at 5-6 har sluttet grunnet manglende trivsel og tungt arbeid.

<sup>16</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/turnover-i-kommuner-og-fylkeskommuner/>





Kilde: KS

Vi ser at turnoveren i helse- og omsorgssektoren var på 16 prosent i norske kommuner i fjor, noe som er høyere enn snittet for hele kommunesektoren. Dette ser i første rekke ut til å skyldes høy turnover blant assistenter.

Det bør likevel presiseres at assistentsøylen i figuren ikke utelukkende består av assistenter innen helse- og omsorgssektoren, men alle typer assistenter i kommunen, for eksempel innen barnehage og skole.

Dette betyr uansett at turnoveren ved Hjelmeland omsorgssenter (40 % på knapt 4,5 år) ligger et godt stykke under landsgjennomsnittet, mens turnoveren ved ÅOS ligger over snittet. Fra 2019 til 2022 har turnoveren vært på 84. Men turnoveren er altså kraftig redusert ved ÅOS det siste halvannet året.

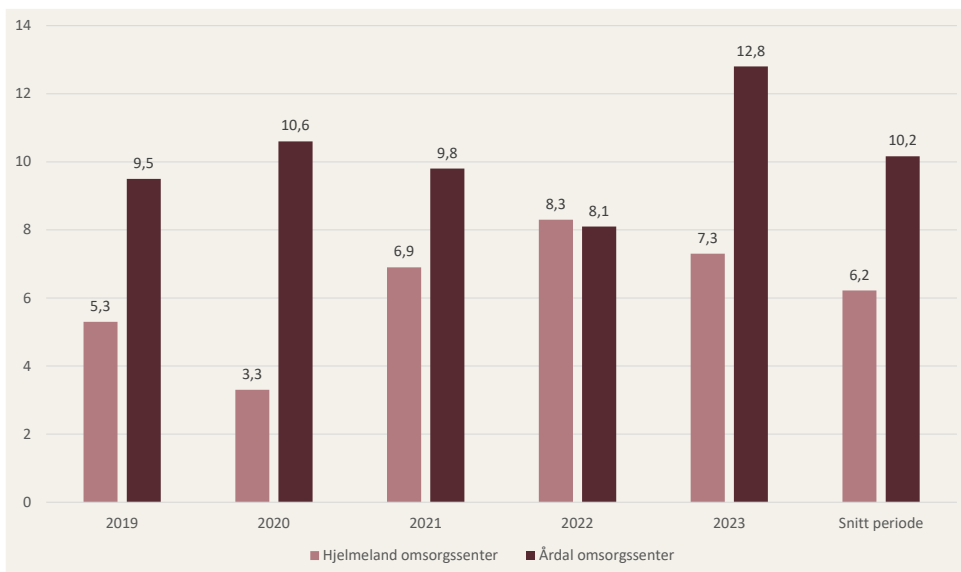
## 7.6 SYKEFRAVÆR

### 7.6.1 VED OMSORGSSENTRENE

Sykefraværet er gjennomgående høyere ved ÅOS enn ved HOS, og har vært spesielt høyt våren 2023 (se figur under). Virksomhetsleder ved ÅOS peker på at sykefraværet er en stor utfordring for dem: *Vi har en god dekning av ansatte når alle er på jobb, men vi har et veldig høyt sykefravær, og jeg vet ikke helt hva jeg skal gjøre. Vi har fokus på nærvær, vi har mottatt kurs fra NAV (men her deltar som regel de som ikke er borte), men det høye sykefraværet vedvarer. Det er først og fremst langtidssykefraværet som er høyt, selv om det totale sykefraværet ser ut til å skyldes kroniske sykdommer og korona/influenza.*

Også ved HOS pekes det på sykefraværet er krevende, og at de bruker mye ressurser på å skaffe til veie vikarer ved sykefravær.

*Figur 17 Totalt sykefravær ved Hjelmeland og Årdal omsorgssenter*



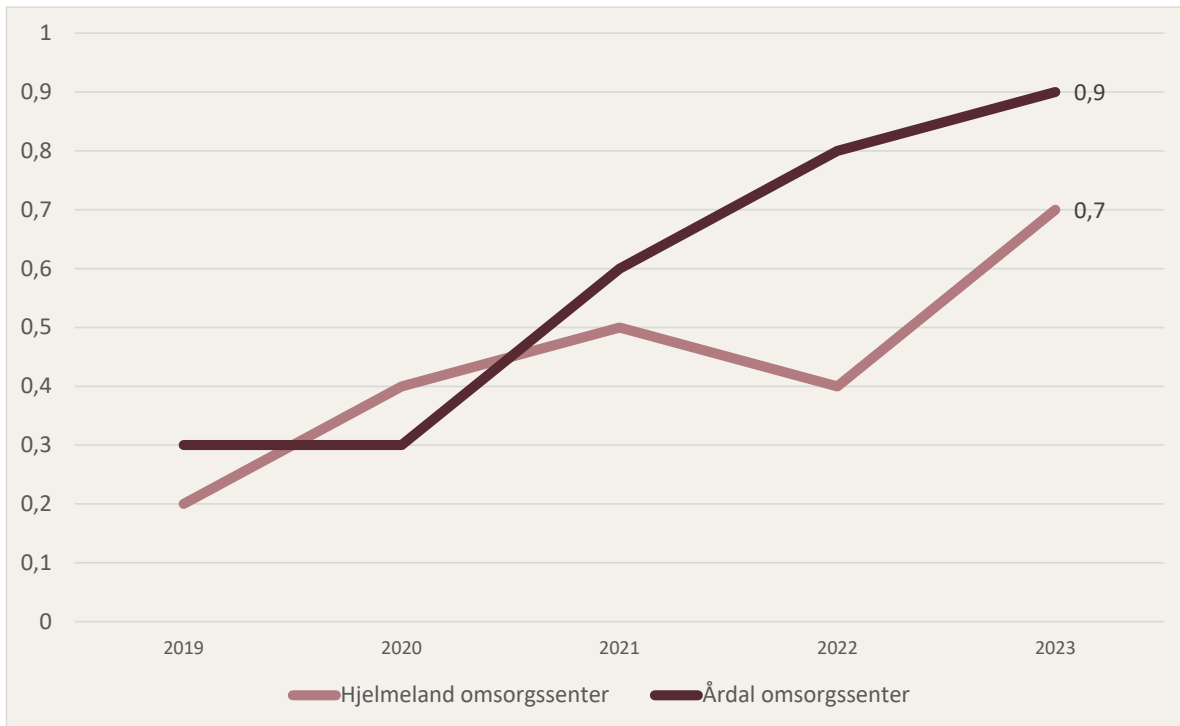
*Kilde: Personalsjef i Hjelmeland kommune*

*Hjemme med sykt barn* kommer i tillegg til disse tallene<sup>17</sup>. Denne type fravær har økt de siste årene, og har ligget mellom 0,2 og 0,9 prosent.

*Figur 18 Hjemme med syke barn, Hjelmeland og Årdal omsorgssenter*

---

<sup>17</sup> Opplyst av personalsjef den 23.05.

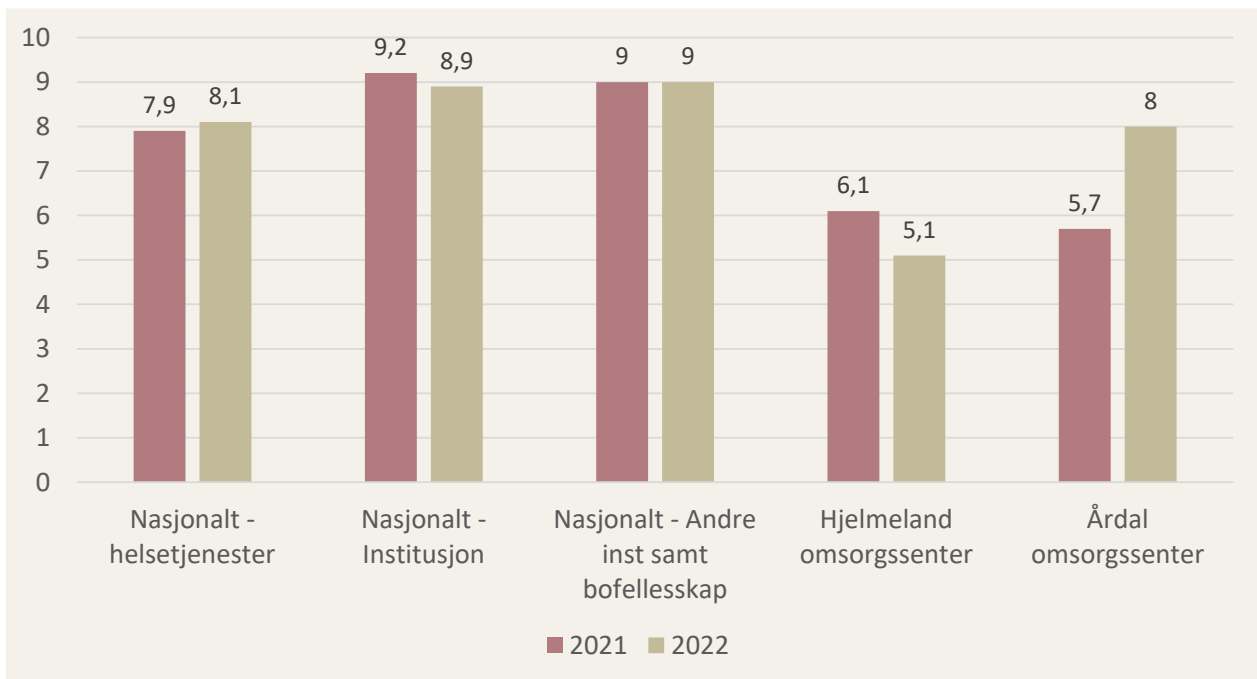


*Kilde: Personalsjef i Hjelmeland kommune*

## 7.6.2 SAMMENLIGNINGER MED ANDRE

I figuren under sammenligner vi tallene ved de to omsorgssentrene med nasjonale sykefraværstall, dvs. aggregerte tall for kommunene. Vi ser bare på det legemeldte sykefraværet lokalt og nasjonalt, ettersom det er det som rapporteres i den nasjonale statistikken. De nasjonale kategoriene er ikke direkte sammenlignbare med omsorgssentrene, men fanger opp de mest sentrale yrkesgruppene- og tjenestene.

*Figur 19 Legemeldt sykefravær – omsorgssentrene sammenlignet med nasjonale gjennomsnitt*



Kilde nasjonale tall: SSB via KS

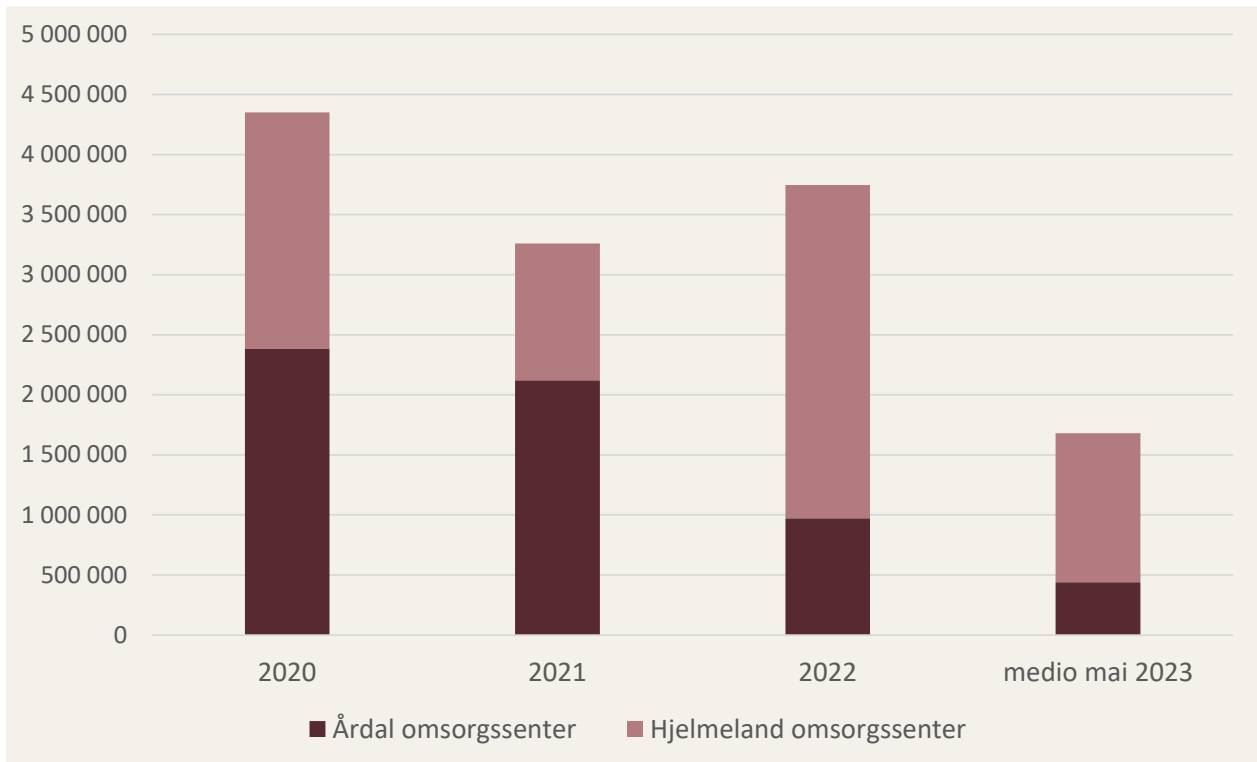
Vi ser at Årdal og spesielt Hjelmeland omsorgssenter har relativt lavt sykefravær, sammenlignet snittet i norske kommuner ifm. tilsvarende stillinger. Samtidig ser det ut til at det egenmeldte sykefraværet ved de to omsorgssentrene er høyere enn det nasjonale snittet disse to årene, men dette kan ikke forklare forskjellene alene<sup>18</sup>.

## 7.7 VIKARER OG INNLEIE

For å få driften til å gå rundt er begge omsorgssentrene avhengige av å bruke ringevikarer og leie inn sykepleiere fra vikarbyrå<sup>19</sup>. Utgiftene forbundet med dette er illustrert under.

<sup>18</sup> Det egenmeldte fraværet var 1,8 prosent ved begge sentrene i 2021. I 2022 var det egenmeldte fraværet på 2,2 i Hjelmeland og 2,7 i Årdal. Dette er relativt høyt. Til sammenligning var det egenmeldte fraværet 1,26 % i Norge fjerde kvartal 2022, 1,46 for kvinner og 1,09 for menn. Dette er tall for hele arbeidsstyrken i Norge, og ikke bare kommunesektoren, som vi ikke har tall for.

<sup>19</sup> Opplyst i intervjuer med ansatte ved begge omsorgssentrene.

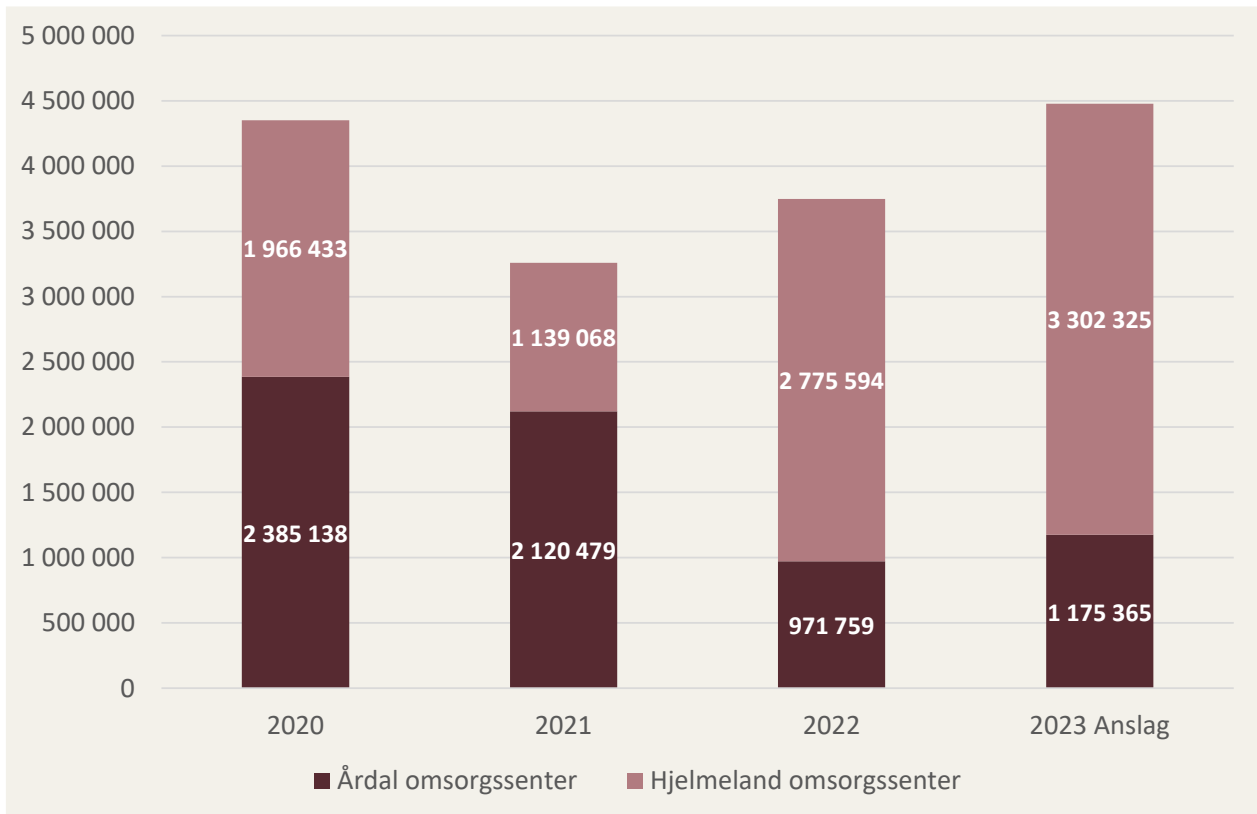


*Mottatt fra økonomisjef 11.05.23<sup>20</sup>*

I figuren under har vi laget et estimat for de totale utgiftene i 2023, basert på utgiftene til og med april 2023. Etersom vi er kjent med at det er betalt en del fakturaer for mai måned i april, legger vi til grunn at utgiftene viser utgifter per 4,5 måneder, og estimerer årskostnaden på bakgrunn av dette.

---

<sup>20</sup> Disse tallene er hentet fra fakturarapportene, og ikke regnskapstallene (Der det har vært noen feilføringer). Disse er altså rene tall som viser de faktiske utgiftene knyttet til å leie inn personell til omsorgssentrene. Det bør presiseres at omsorgssentrene følger opp to brukere med ressurskrevende tjenester som man får refusjon for. I 2022 fikk kommunen refundert 2, 237 millioner kroner.



Ifølge virksomhetsleder ved HOS har omsorgssenteret leid inn sykepleiere fra vikarbyrå siden hun begynte i 2018 for å dekke opp mangelen på sykepleiere: «Vi har jevnt over leid inn en til to sykepleierårsverk hvert år».

ÅOS hadde en del innleie i 2020 og 2021, men mindre i 2022. Våren 2023 har det blitt mer innleie av sykepleiere igjen<sup>21</sup>. Dette skyldes langtidssykemelding og barselpermisjon: «Innleie av sykepleiere og annet helsepersonell fører til røde tall».

Ved Hjelmeland omsorgssenter pekes de på at en utfordring med å leie inn sykepleiere, er at en del har utenlandsk opprinnelse, er ikke så gode i norsk, og er vanskelige å kommunisere med.

### 7.7.1 RINGEVIKARER

Omsorgssentrene har i tillegg en del **ringevikarer**, blant annet pensjonerte sykepleiere. Per desember 2022 hadde ÅOS 26 ringevikarer, mens HOS hadde 17 ringevikarer<sup>22</sup>. Ifølge disse tallene var det fem sykepleiere (tre pensjonerte) blant ringevikarene ved ÅOS og én blant

<sup>21</sup> Sykepleier 1 fra 17.02.22-31.12.23 og Sykepleier 2 01.02.23-31.08.23. Opplyst av virksomhetsleder ifm verifisering av intervju

<sup>22</sup> Tall mottatt fra omsorgssentrene 12.12.2022.

ringevikarene ved HOS. Fra 1. juni 2023 er det to ekstravakter med sykepleiekompetanse ved HOS.

Gjennomgangen tyder på at ringevikarene er en viktig del av den daglige driften.

Virksomhetslederen i Årdal sa det slik: «Vi er helt avhengige av ringevikarer for å få det til å gå rundt. Vi leier inn fast i uker, kvelder og helger. (...) Vi leier inn ringevikarer fast hver kveld, når ikke lærling er på plass». Dette skyldes blant annet at omsorgssenteret har noen brukere med ressurskrevende tjenester.

Ved HOS skulle de ønske at de hadde sykepleiere blant ringevikarer. De ansatte forteller at det i kommunen finnes sykepleiere i barnehagen og på helsehuset (som ikke har en mindre stilling ved HOS) som de kunne tenke seg å bruke: «Vi kunne dekket sommeren med dem som ringevikarer. Men vi får ikke lov å inngå en ringevikaravtale når de jobber hundre prosent i barnehagen. Det er veldig rart, for jeg kan jobbe så mye ekstra jeg vil. Men en sykepleier i barnehagen kan ikke det».

Dette skaper to utfordringer, ifølge våre informanter: De får ikke dekket inn det umiddelbare behovet for kompetanse og arbeidskraft. I tillegg mister de også en mulig inngang til yrket: «Det kan tenkes at de som jobber i barnehagen lurer på å jobbe som sykepleier, men har lyst å sjekke ut om det kan være noe for dem. Men når de ikke får muligheten til å ta en ringevakt, får de ikke mulighet til å teste det ut».

Fra personalleder pekes det på at det har vært noen eksempler på at ansatte ønsker å ha en mindre stilling ved omsorgssenteret, i tillegg til en 100 prosent jobb et annet sted i kommunen. Grunnen til dette er at ansatte ikke kan ha mer enn en 100 prosents stilling i kommunen. Hun peker videre på at det aldri har vært et tema å ha en ringevikar-stilling (0 prosent) i tillegg til en 100 prosents stilling, og at man vil ta stilling til dette den dagen en slik forespørsel kommer. Det pekes videre på at man forsøker å unngå bruk av overtid, og at dette kan være et argument mot å gå inn på en slik ordning.

## 7.8 VURDERING

---

Hjelmeland ser ut til å være ganske godt stilt kompetansemessig i omsorgstjenesten. Det er en høyere andel ansatte med helsefagutdanning i Hjelmeland enn i sammenligningskommunene. Dette inntrykket bekreftes i intervjuene ved de to omsorgssentrene.

Intervjuene tyder på at begge sentrene også er greit stilt kapasitetsmessig per i dag. Men flere tror dette kommer å endre seg fremover, fordi det er krevende å rekruttere helsefagarbeidere og sykepleiere, spesielt for HOS. Gjennomgangen tyder på at det er lettere å rekruttere fagfolk til ÅOS enn til HOS, som både sliter med å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere.

Flere mener også at Årdal omsorgssenters beliggenhet spiller inn her, og at det for mange blir for langt å dra til Hjelmeland på jobb hver dag. Men de ansatte ved ÅOS peker også på at lederen her har vært god til å bruke nettverket sitt i forbindelse med rekruttering.

HOS har hatt relativt lav turnover siden 2019, og tilbakemeldingene tyder på stor stabilitet i ansattgruppa. Ved ÅOS har turnoveren tidvis vært høy, men få har sluttet den siste tiden.

Selv om kompetanse- og kapasitetssituasjonen har vært relativt god ved omsorgssentrene, er det en omfattende og til dels sårbar turnuslogistikk. Begge sentrene er begge avhengige av å bruke ringevikarer for å få turnusen til å gå rundt. Dette er vanlig ved omsorgssentre rundt om i landet. ÅOS ser ut til å være bedre stilt en HOS. De har flere ringevikarer, og flere sykepleiere blant ringevikarene.

Omsorgssentrene har også vært avhengige av å leie inn sykepleiere fra vikarbyrå, og utgiftene forbundet med dette er på mellom 3 og 5 millioner årlig. For HOS har dette pågått i lang tid, og har vært et tiltak for å dekke opp sykepleiermangelen. For ÅOS har det den siste tiden ikke vært knyttet til kompetansemangel, men langtidssykefravær og permisjon.

## 8 UTNYTTELSE AV KAPASITET OG KOMPETANSE

### 8.1 REVISJONSKRITERIER

---

- *I hvilken grad utnyttes den samlede kapasiteten på ein god måte?*

**Heltids- og deltidstillinger:** Ifølge Helsepersonellkommisjonen vil større grad av heltidsarbeid utløse større kapasitet i tjenestene, uten samtidig å øke antallet sysselsatte<sup>23</sup>. Kommisjonen peker på at uønsket deltidarbeid er uønsket for alle parter: Deltidsstillinger hindrer faglig og sosial utvikling på arbeidsplassen, gir dårligere innsikt i kollegers kompetanse og gir mindre kunnskap om pasientene og brukerne. Kommisjonen understreker samtidig at den enkelte ansatte kan ha et ønske om å jobbe deltid, og at muligheten til å jobbe deltid faktisk kan gjøre en jobb i sektoren mer attraktiv for noen.

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) utarbeidet i november 2015 en analyse om «*Dagens og framtidig bemanningsbehov innenfor tjenesteområdet pleie og omsorg i Hjelmeland kommune*». RO anbefalte kommunen å jobbe for å unngå for mange små deltidstillinger. De

---

<sup>23</sup> Helsepersonellkommisjonen – tid for handling, 2023.



pekte på at større stillinger kan skape økt kontinuitet for beboerne på omsorgssentrene, for brukerne av hjemmetjenester, for ansatte og ledere. Det kan ifølge RO også gjøre det enklere å rekruttere helsefagarbeidere, sykepleiere og annet helsepersonell i framtida, og det vil kunne påvirke både arbeidsmiljø og sykefravær på en god måte: «*Det vil også kunne forenkle noe av ledelsesarbeidet fordi det blir færre personer å forholde seg til, informere, lære og opp og lede. Det er godt dokumentert at en høy andel deltidsansatte på en arbeidsplass kan føre til svekket tjenestekvalitet og en ineffektiv tjeneste.*<sup>24</sup>»

**Organisering av arbeidet.** RO anbefalte Hjelmeland å foreta en gjennomgang av kompetansebruk og kompetansemobilisering.

Helt konkret innebar dette at tjenesteområdet skulle gå gjennom arbeidsoppgaver der man deler mellom pleie- og omsorgsfunksjonen (som skal dekkes av helsefagarbeidere og sykepleiere) «hotellfunksjonen» og kultur- og aktivitetsfunksjonen. Med «hotellfunksjonen» mente RO alle praktiske oppgaver som å bestille og servere mat, bestille sengetøy, bleier, renhold av skyllerom og kjøkken, bake kaker og steke vafler. I rapporten ble det pekt på at man ikke trengte helsepersonell for å utføre disse oppgavene. RO definerte kultur- og aktivitetsfunksjonen som å gjennomføre aktiviteter med beboerne, organisering av frivillige, kulturarrangementer m.m. RO mente at aktivitører var en aktuell yrkesgruppe til å kunne gjennomføre denne type aktiviteter.

På tidspunktet for rapporten hadde ÅOS begynt registrering av tidsbruk som ikke var direkte pleierelatert. I rapporten pekes det på at det bør vurderes om alle oppgavene som utføres er nødvendige, for eksempel om alt tøy som blir strøket, trenger å strykes, eller om noen oppgaver kan tas bort eller reduseres i omfang, uten at det går utover trivsel eller hygiene.

RO ba også kommunen om å vurdere å flytte på tidspunktet for servering av middag. Bakgrunnen for dette var at de mente det var for kort avstand mellom frokost og middag, og at dette bidro til å gjøre dagvaktene unødvendig hektiske.<sup>25</sup> RO pekte på at endring i måltidsrutiner andre steder hadde frigjort tid og kapasitet.

Oppsummert var de viktigste tilbakemeldingene fra RO å spesialisere sykepleiernes og helsefagarbeidernes ansvars- og arbeidsområde, samt en sterkere differensiering mellom yrkesgruppenes oppgaver.

---

<sup>24</sup> *Dagens og framtidig bemanningsbehov innenfor tjenesteområdet pleie og omsorg i Hjelmeland kommune, RO november 2015:22.*

<sup>25</sup> Dette kom i tillegg til «*tidkrevende morgenstell for mange av beboerne, samtidig med at personal som har dagvakt også skal gjennomføre andre aktiviteter for beboerne, ha sin egen lunsjpause, samt skrive dokumentasjon og rapporter før de går av vakt*».

Helsepersonellkommissjonen mener imidlertid at det ikke er noen fasit på hva som er den mest hensiktsmessige spesialiseringen og differensieringen: «Med noen unntak er det ingen fasit på hvilke yrkesutøvere som skal løse hvilke oppgaver, og hvordan oppgaver settes sammen til tjenestekjeder. I noen situasjoner er streng spesialisering fornuftig, mens det i andre er behov for personell med en bred portefølje av oppgaver og generalistkompetanse. Tjenestene må jobbe målrettet og systematisk med bemanning og deling av oppgaver, slik at personellets kompetanse og kapasitet utnyttes best mulig.»

**Kompetanseheving.** Ifølge Helsepersonellkommissjonen er personellets kvalifikasjoner og kompetanse en viktig forutsetning for å få gode og effektive helse- og omsorgstjenester: «Behovet for omstilling, sammen med høy innovasjonstakt i helse- og omsorgstjenestene, krever at personellet har oppdatert kompetanse om kunnskapsbasert fagutvikling, nye teknologiske løsninger, bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer. Derfor trengs det et fortløpende, systematisk arbeid med kompetanseutvikling og livslang læring for ansatte i helse- og omsorgstjenesten (Side 13).»

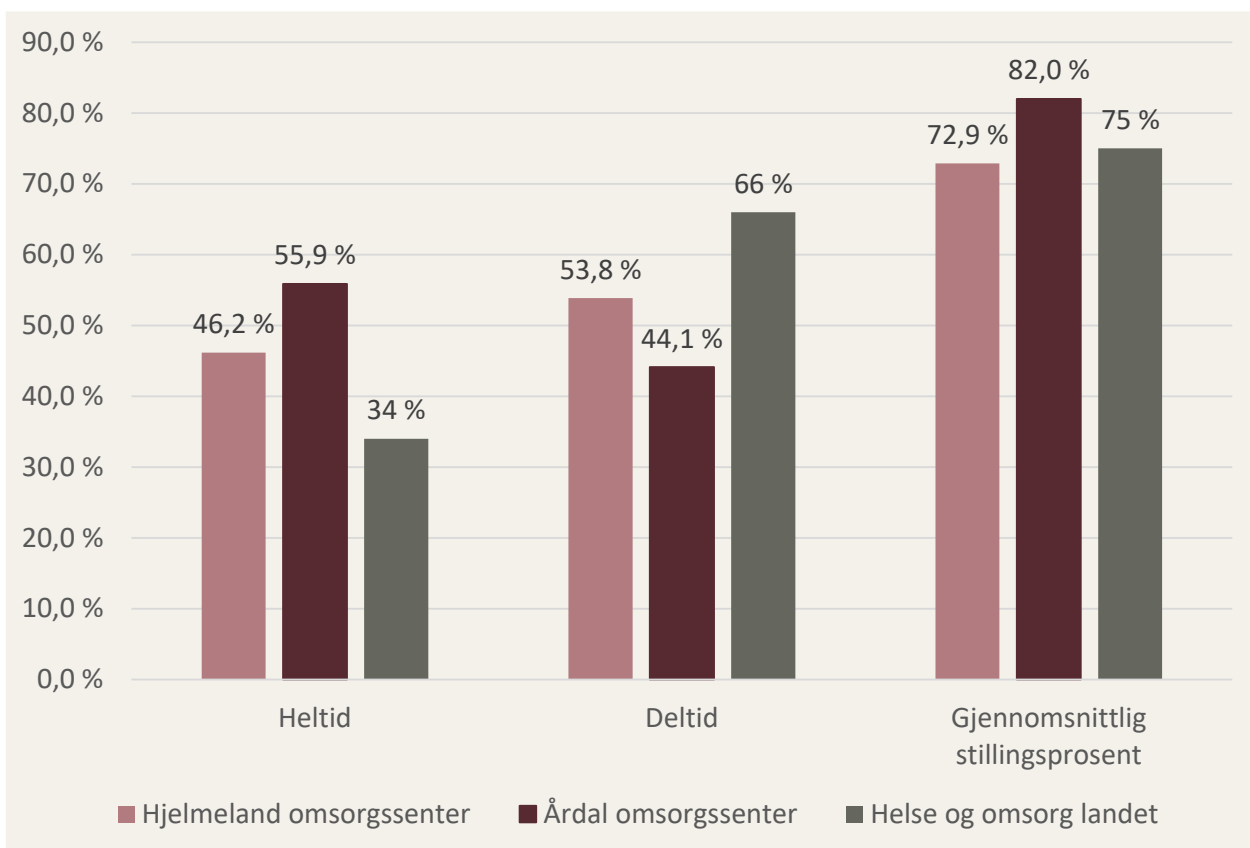
Ut fra dette er følgende revisjonskriterier utledet:

- Heltidsstillinger ved omsorgssentrene har høy prioritet og sentrene har en høyere andel heltidsstillinger enn landssnittet for sektoren
- Omsorgssentrene har funnet en hensiktsmessig spesialisering og differensiering av arbeidsoppgaver mellom de ulike yrkesgruppene
- Det er gode kompetansehevingsmuligheter ved pleie og omsorgssentrene

## 8.2 HELTID/DELTID

---

*Figur 20 Gjennomsnittlig stillingsprosent ved omsorgssentrene – tall fra Hjelmeland 2022 og nasjonale tall fra 2020*



Kilde: Hjelmeland kommune og KS<sup>26</sup>

Begge omsorgssentrene har en høyere andel ansatte i heltidsstillinger enn snittet for sektoren i Norge. Intervjuene tyder på at dette ikke er tilfeldig: Heltid er høyt prioritert i kommunen. En av de ansatte ved HOS sa det slik: «*Det er ingen hos oss som har ufrivillig deltid. Alle får tilbud om å jobbe fullt. Vi er heldige sånn.*»

Heltid er ikke bare høyt prioritert, det er også et fortrinn i kampen om arbeidskraften. En av de ansatte ved ÅOS sa det slik: «*Det gikk an å få en hundre prosents stilling her. Jeg er fra Jørpeland og der var det mulig å få mindre stillingsprosenter, som for eksempel 24-prosents stilling, og ofte bare helger også. I denne kommunen lyser de ut store stillinger ofte fra 60 % og opp. Med store stillinger får en ofte en bedre helhet.*»

Intervjuene tyder på at det ikke har vært slik hele tiden. En av de intervjuede med lang fartstid fikk full stilling for fem år siden og «*jeg har hatt ønske om det lenge før den tid*». Hun forteller at hun fikk heltidsstilling i kjølvannet av kommunens satsing på heltid.

<sup>26</sup> **Metodekommentar:** Tallene for Hjelmeland er fra desember 2022 og tallene fra KS er fra desember 2021. Mens tallene fra Hjelmeland er fra de to omsorgssentrene, er tallene fra KS gjennomsnittstall fra helse- og omsorgssektoren fra alle kommuner. I tallene fra Hjelmeland har vi kun tatt med faste årsverk dag og faste årsverk turnus.

Men i dag er det annerledes. Utfordringen ser ikke lenger ut til å være uønsket deltid, men ønsket deltid, i alle fall om man ser det med virksomhetsledernes briller. Virksomhetslederen i Årdal sa det slik: «Vi forsøker bare å lyse ut 100-prosents stillinger, noe kommunen er opptatt av. Men det er flere som ikke ønsker å gå fullt, de får tilbud, men de ønsker ikke det. Samtidig må jeg si meg fornøyd med å ha ni sykepleiere i 100 %». Leder Hjelmeland omsorgssenter: «Det er ingen som har ufrivillig deltid her. Men vi har opplevd et skifte blant personellet. Det er kommet flere yngre ansatte, som har småbarn og som ikke ønsker hel stilling. De vil gjerne ha en 60 % stilling, som er tilpasset mannens nordsjøturnus. Vi lyser alltid ut hele sykepleierstillinger».

### 8.3 ORGANISERING

---

Fagsykepleierne ved ÅOS forteller at de ansatte i liten grad deler mellom sykepleiefunksjonen og pleie- og omsorgsfunksjon. Det pekes på at de er delaktige i både stell og pleie av pasienten, og de mener det blir feil at de som sykepleiere skal distansere seg fra det: «Det handler om at dette er en del av vårt ståsted, som er utgangspunkt for hva vi mener er å yte god sykepleie. Vi ønsker oss et best mulig bilde av «hele» pasienten. Vi vil se det selv og danne oss et bilde. Et annet moment er at vi ikke jobber med aktiv behandling eller på et sykehus, det spiller også inn. Vi jobber i team her hos oss, vi er ikke opptatt av hva som er sykepleieroppgaver og helsefagoppgaver. Men vi har tid til å gjøre de rene sykepleieroppgavene».

De understreker samtidig at de prioriterer sykepleieroppgaver når de mener dette er nødvendig, for eksempel syke/dårlige/døende pasienter. I slike situasjoner legges de andre oppgavene som daglig stell og "husarbeid" over på resten av arbeidsstokken, noe alle har forståelse for<sup>27</sup>. De forteller at de aldri har opplevd en profesjonskamp ved ÅOS. «Vi har forskjellig kompetanse alle sammen og vi jobber i team; alltid med samme mål for øyet; at beboerne skal ha det best mulig».

Vi får samtidig opplyst at det er gjort noen grep for å avlaste sykepleiere og helsefagarbeider mht. «hotellfunksjonen». ÅOS har fått en kjøkkenansvarlig som jobber hver dag. I tillegg har ÅOS ansatt en person en dag i uken, som vasker, håndkle, sengetøy osv., og som legger rent tøy på plass. Utover dette forteller sykepleierne at de både hjelper med «kjøkken, vaskerom og toalett».

Ellers er ÅOS organisert slik at mange sykepleiere har hovedansvar for et spesifikt fagområde, som sårbehandling, kreftbehandling, velferdsteknologi, ernæring og Parkinsons. Fagarbeiderne forteller at det er en viss jobbrotasjon og det varierer litt hvilke ansvarsområder de arbeider med: «Det er ikke det samme hele tiden (...). Dette skaper en variert arbeidsdag, og vi får brukt kompetansen på ulike måter».

---

<sup>27</sup> Opplyst i intervju.

Også ved HOS er det gjort noen avlastningsgrep for å få til en bedre differensiering av oppgaver. Her har man opprettet to nye stillinger (150 prosent) som skal yte praktisk bistand (hjemmehjelp), dvs. rengjøring, dusjing og andre praktiske ting. Vi får opplyst at dette tidligere ble gjort av helsefagarbeidere, men at det nå gjøres av assistenter. De intervjuede oppsummerte det slik: «*Vi er blitt bedre på dette, men har fortsatt litt å gå på*».

Vi får opplyst at sykepleierne serverer alle måltider – på lik linje med alle andre i pleien, for å få driften til å gå opp. Fagsykepleierne sa det slik: «*Vi skulle hatt en hushjelp, en som kan ta alt det praktiske på kjøkkenet, og å vaske og stryke tøy*».

Ellers pekes det fra HOS på at man har lært opp helsefagarbeiderne slik at de kan utføre flere oppgaver. Eksempler her er sårkompresjon, stelle sår, stell av stomi og tilføre brukerne sondeemat. Denne type opplæring vil blant annet føre til at flere kan utføre hjemmebesøk på egenhånd.

## 8.4 KOMPETANSEHEVING

---

Intervjuene tyder på at det er gode muligheter for kurs- og kompetanseheving i kommunen, men at interessen er varierende. Det er få som tar videreutdanning ved omsorgssentrene, men noen har tatt mindre kursrekker.

Eksempelvis får vi opplyst at 15 ansatte ved Årdal omsorgssenter tar/har tatt ABC-kurs i demensomsorg, tre helsefagarbeidere har fagskole med videreutdanning kreftomsorg, psykisk helsearbeid og demensomsorg, og én sykepleier tar fagskole innen tverrfaglig palliativ omsorg<sup>28</sup>. Virksomhetsleder mener dette både er nyttig og lærerikt, men mener det hadde vært en fordel om sykepleierne hadde videreutdanning innen geriatri eller palliasjon. Det er det ingen som har i dag: «*Jeg skulle ønske at flere ønsket å ta videreutdanning, men det er bra dekning med sykepleiere her*».

Det er fire personer i kommunen som tar desentralisert sykepleieutdanning,<sup>29</sup> én ved ÅOS og én ved HOS og to andre innbyggere i kommunen. Likevel oppsummerer de intervjuede kompetansehevings situasjonen slik: «*Det er gode muligheter, men ligger interesse.*»

Ifølge fagsykepleierne blir det fremover viktig å heve kompetansen ved Hjelmeland omsorgssenter for å opprettholde kvaliteten på tilbudet. De viser til konkrete kursmuligheter som de mener er gode, og mener de ansatte ikke vet hva de går glipp av, og tar til orde for en mer

---

<sup>28</sup> Opplyst av virksomhetsleder.

<sup>29</sup> I Hjelmeland blir denne utdanningen kalt for distriktsvennlig og fleksibel sykepleierutdanning.

pågående markedsføring av de mulighetene som finnes: «Jeg tror det er viktig å spørre folk direkte, og ikke bare henge opp en lapp på tavla».

Gjennomgangen tyder på at det er mer krevende å motivere de ansatte til å ta videreutdanning. Ved ÅOS pekes det på at det er praktiske årsaker til dette: «En del nyutdannede som ofte vil jobbe litt først før de evt. tar en videreutdanning. Og de eldre er ikke motiverte for å gjøre det.»

I intervjuene pekes det på at en videreutdanning fordrer at man investerer mer tid og ressurser, og at mange ikke er villige til å tape på det lønnsmessig på kort sikt: «Hadde kommunen dekket alt, og tilrettelagt arbeidet, hadde nok flere tatt videreutdanning, tror jeg».

Virksomhetsleder ved ÅOS tror at labor interesse for videreutdanning har med de ansattes livssituasjon å gjøre, om det passer eller ikke. Men også hun tror at valget har en økonomisk side, ettersom stipendet ikke dekker hele årslønnen.

## 8.5 VURDERING

---

Hovedinntrykket er at den samlede kompetansen og kapasiteten ved omsorgssentrene utnyttes på en god måte, selv om vi finner enkelte forbedringsmuligheter.

For det første er det en relativt høy andel **heltidsstillinger** ved de to omsorgssentrene, spesielt Årdal omsorgssenter. Det er også tydelig at heltidsstillinger har høy prioritet i kommunen, og vi finner eksempler på at dette er et fortrinn i konkurransen om arbeidskraften.

Likevel er det en betydelig andel ansatte som arbeider deltid. Gjennomgangen tyder på at det er ønsket deltid som er den største barrieren mot en videreutvikling av heltidskulturen, ikke ufrivillig deltid. Og dersom kommunen skal jobbe for at enda flere velger full stilling, ser det ut til at det er her slaget kommer til å stå.

**Organisering.** Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) utarbeidet i november 2015 en analyse om det framtidige kompetansebehovet innen pleie og omsorg i Hjelmeland kommune. De viktigste tilbakemeldingene derfra var å spesialisere sykepleiernes og helsefagarbeidernes ansvars- og arbeidsområde, samt en sterkere differensiering mellom yrkesgruppenes oppgaver.

Helsepersonellkommisjonen peker imidlertid i sin rapport fra 2023 på at det er ikke noen fasit på hva som er den mest hensiktsmessige spesialiseringen og differensieringen.

Gjennomgangen tyder på at en delvis differensiering av oppgaver har fungert bra ved ÅOS. Sykepleierne ved Årdal omsorgssenter er delaktige i stell og pleie av pasienten, og ønsker også å være det. De ønsker et bilde av «hele» pasienten, og mener at å involvere seg i alle deler av arbeidet er viktig for å få til dette. Differensiering mellom yrkesgruppenes oppgaver slår først og fremst inn når situasjonen krever det, for eksempel når pasienter blir dårlige eller er døende.

Det er også gjort noen mer permanente spesialiseringstiltak ved begge omsorgssentrene. Ved ÅOS har de fått en kjøkkenansvarlig hver dag og en som vasker tøy en gang i uken, mens HOS har tatt praktiske oppgaver som rengjøring og dusjing bort fra helsefagarbeiderne i hjemmetjenesten, og over på to assistenter, som har dette som hovedoppgave. I institusjonsdriften ved HOS har man ikke differensiert oppgavene på samme måte. De intervjuede sykepleierne skulle ønske at korttidsavdelingen hadde en dedikert ressurs til å ta seg av det praktiske rundt kjøkkentjenesten og klesvasken. Etter vår vurdering bør HOS se nærmere på om andre måter å organisere dette arbeidet på vil kunne gi en bedre samlet ressursutnyttelse.

**Kompetanseheving.** Gjennomgangen tyder på at det er gode muligheter for kompetanseheving i kommunen, men at det er varierende interesse for dette. Det ser ut til å være minst interesse for videreutdanning, som krever mest av den enkelte, både i form av tid og ressurser. Og selv om kompetansesituasjonen er god i kommunen, ser det ut til å være behov for mer kursing og mer videreutdanning. Vi anbefaler kommunen å se nærmere på hva hvordan man kan sikre at flere ansatte ved omsorgssentrene benytter seg av de gode kompetansehevingsmulighetene som finnes, og vurdere om man kan tilrettelegge bedre for videreutdanning.

## 9 HVORDAN FÅ BEDRE KOMPETANSE- OG RESSURSUTNYTTELSE?

### 9.1 ANBEFALING I EN EKSTERN RESSURSANALYSE FRA 2015

---

I den tidligere nevnte analysen fra Ressurssenter for omstilling i kommunene, blir det pekt på at den politiske viljen var at begge omsorgssentrene skulle bestå. *«Sett fra et rent faglig ståsted, ville imidlertid en form for sammenslåing mellom sentrene på sikt være gunstig. Det vil gjøre det enklere å bruke personalet fleksibelt mellom korttids- og langtidsavdeling (og i hjemmetjenesten), blant annet ved sykefravær og under de travleste tidene på dagen.»*

RO mener imidlertid at det vil kunne være mulig å gjennomføre en **administrativ sammenslåing**, der begge omsorgssentrene legges under en felles, faglig leder, for å få på plass en mer enhetlig tilnærming til personalbruk, felles turnus, bruk av hverdagsmestring på begge sentrene.

En annen løsning RO peker på er å legge til rette for en fysisk sammenslåing av begge omsorgssentrene på sikt, for å ha felles personell tilgjengelig på kveld, natt og helg. *«Dette vil også gjøre det enklere å kunne bruke personalet fleksibelt, for eksempel ved sykefravær. En*

*ansatt mindre på en vakt med 10 ansatte, utgjør en mindre forskjell enn én ansatt mindre på kveldsvakt med 5 ansatte<sup>30</sup>».*

På sikt mener RO at kommunen bør vurdere en større samlokalisering av tilbudet til personer med demens og de andre boformene i kommunen, inkludert omsorgssentrene, slik at man i større grad kan dra nytte av sambruk av en felles personalgruppe. De ansatte var delt i synet på dette: Enkelte hadde et ønske om faglig enhet, mens dette var uaktuelt for andre.

## 9.2 SAMLE ALT TIL ET STED?

---

I dag brukes ikke personellet mellom de to omsorgssentrene. I likhet med rapporten fra RO, mener informantene våre at en mer fleksibel bruk av ressursene mellom sentrene ville vært bra.

De fleste (men ikke alle) av de intervjuede mener at det faglig sett ville vært best å **samle alt til ett sted, dvs. ett omsorgssenter**. Dette mener de vil gjøre det lettere å bruke ansatte på tvers av enhetene (for eksempel mellom korttid og langtidsavdeling) og frigjøre ressurser internt. Det pekes blant annet på at man med dette grepet vil redusere behovet for sykepleiere om natten.

Per i dag har det ikke vært politisk vilje til å redusere de to omsorgssentrene til ett omsorgssenter. Derfor spurte vi informantene våre om de trodde det ville være en gevinst i å **samorganisere, uten å samlokalisere**, dvs. ett omsorgssenter, fordelt på to lokasjoner.

De intervjuede tror ikke en slik løsning vil være gunstig. De mener dette ikke vil fungere fordi det er for lange avstander mellom sentrene, og at det går for lang tid på kjøring. Dette ble kommentert slik av lederen ved det ene omsorgssenteret: «*I nøden hadde vi kanskje fått det til om natten, dvs. at en sykepleier servet begge sentrene*». Men ifølge lederen ved det andre omsorgssenteret er dette en krevende løsning på grunn av de store avstandene. Lederen her sa det slik: «*Det er vanskelig å få til en god samorganisering dersom de to lokasjonene beholdes. Problemet er kjøretiden. Et eksempel: Felles nattevakt sykepleiere. Bruker 25 minutter før de er her. Så skal de tilbake igjen. De er borte fra omsorgssenteret i over en time. Geografien er krevende.*»

De fleste vi har intervjuet mener Årdal er det beste alternativet dersom kommunen velger ett omsorgssenter. Men det er også negative sider ved et slikt valg. I punktene under gjengir vi argumentene for og mot å legge kommuns omsorgssenter til Årdal, slik de kommer frem av intervjuene:

### Argument for

---

<sup>30</sup> Side 21



- Årdal omsorgssenters beliggenhet er langt bedre, det er flatt og lett å ta seg rundt, og det gir bedre forutsetninger for å kunne være aktiv og klare seg selv. Hjelmeland omsorgssenter ligger i en bratt bakke og *«beboerne klarer ikke å gå opp og ned til butikken»*. I Årdal er skal man snart skal få et eget drivhus, som de ansatte tror vil bidra til å skape et godt miljø. *«Vi håper på kunne grille og ha små prosjekter, og invitere barn fra skole og barnehage»*.
- Det er lettest å rekruttere til Årdal omsorgssenter.
- Dersom omsorgssenteret flyttes til Hjelmeland, tror enkelte at man mister mange ansatte ved Årdal. Dette har med avstander å gjøre (se over)

### Argument mot

- Omsorgssenteret mister nærheten til legekantoret og fysio- og ergoterapitjenesten, noe som er en ulempe
- Det har kommet en politisk bestilling på en handlingsplan for boligutbygging i Hjelmeland sentrum, og man starter opp med arbeidet med planen våren 2023, hvor seniorboliger er en del av bestillingen. Det vil etter alt å dømme være fornuftig å plassere dem i nærheten av hjemmetjenesten base og Helsehuset (lege, fysioterapeut osv.). men dersom seniorboliger legges i Hjelmeland sentrum, vil også dette kunne legge en strukturell føring i retning av å velge Hjelmeland heller enn Årdal som lokasjon, dersom man går inn for ett omsorgssenter i kommunen.

Dersom kommunen en gang i framtiden velger å slå sammen de to sentrene, bør det gjøres en grundig vurdering av hvor senteret skal lokaliseres, og samtidig redusere ulempene med det alternativet man velger.

## 9.3 FOREBYGGENDE ARBEID

---

**Forebyggende arbeid.** Et godt forebyggende arbeidet vil redusere etterspørselen etter pleie og omsorgstjenesten, noe som vil ha effekt på kapasiteten. RO anbefalte Hjelmeland kommune i større grad å sette søkelyset på det forebyggende arbeidet, særlig når det gjaldt gruppen unge eldre, dvs. mellom 67-79 år. *«Hva kan gjøres for å holde dem i aktivitet, hvordan kan en i større grad forebygge funksjonsfall, kan en være flinkere til å bruke dem som en ressurs i kommune, kan kommunen satse mer på frivillig arbeid for å beholde denne gruppa frisk og aktiv så lenge som mulig»*.

Vi har ikke gått dypt inn kommunens forebyggende arbeid her, ettersom det er litt på siden av mandatet (selv om den er relevant), og er et prosjekt i seg selv.

Vi ønsker likevel å presentere noe av det som kom frem i intervjuene, ettersom kommunens forebyggende arbeid vil påvirke behovet for ansatte.

Flere av de vi har intervjuet mener at kommunens forebyggende arbeid er bra, og peker på at det ergoterapeut gjennomfører forebyggende hjemmebesøk for «unge eldre». Tidligere besøkte hun innbyggerne i det de fylte 80 år, mens alderen nå er senket til 75 år.

Et forebyggende hjemmebesøk skjer som regel før et eventuelt tjenestebehov vil inntreffe. Besøket vil kunne avdekke om den enkelte klarer å mestre dagliglivets aktiviteter, har et sunt kosthold og opprettholder en god allmennhelse. Besøket er som regel en motiverende samtale om hvilke ønsker og forventninger den eldre som hjemmeboende har til sin hverdag og til framtiden. Samtalen kan handle om helse, fysisk og sosial aktivitet, ernæring, fallforebygging og boforhold.

Samtidig pekes det på mange brukere/innbyggere bor i **gamle boliger** som ikke er godt egnet for personer med nedsatt bevegelse. Eksempler her er flere etasjer, mange trapper, høye dørstokker, smale dører, trange bad, toalett og soverom i forskjellig etasjer. Intervjuene tyder også på at mange av boligene er **vanskelige å tilrettelegge**. Samtidig er det ikke lett å skaffe seg en aldersvennlig bolig i Hjelmeland. En av de intervjuede sa det slik: *«Det er ikke er et lokalt marked der leiligheter er til salgs. Det er ikke lette å kjøpe seg noe nytt heller. De har store hus som det er krevende å komme seg rundt i og krevende å holde rent».*

Intervjuene tyder også på at det tradisjonelt har vært lav terskel for å be om hjelp blant innbyggerne, og at **forventningene til pleie- og omsorgstjenesten i kommunen er høye**: *«Man fikk god hjelp tidlig. Men det er mindre ressurser nå. Vi har kuttet ned på oppgaver nå. Vi gjennomfører ikke lenger tilsyn, hvis du ikke har noe konkret der å gjøre. Før – var det enkelt å få sykehjemsplass, det var enkelt å få omsorgsboliger. Det er knapphet nå, og vi er nøyere med tildeling.»*

## 9.4 VURDERING

---

**Sammenslåing?** I dag brukes ikke personellet mellom de to omsorgssentrene, og de fleste vi har intervjuet mener den samlede kompetansen ville bli bedre utnyttet dersom kommunen hadde slått dem sammen. De intervjuede mener at en samlokalisering er nødvendig for å få til dette, og at en samorganisering uten å samlokalisere (to lokasjoner) ikke vil fungere i praksis.

Så langt har det ikke vært politisk vilje til å foreta et slikt grep, men det kan være Hjelmeland blir nødt til å revurdere dette dersom ansatte med nødvendig helsefaglig kompetanse blir et enda større knapphetsgode.

De fleste vi har intervjuet mener Årdal er det beste alternativet dersom kommunen velger ett omsorgssenter. Men det er også negative sider ved et slikt valg. Dersom Hjelmeland på et tidspunkt velger å slå sammen de to sentrene, bør kommunen grundig vurdere hva som er den beste lokasjonen. Man bør også sørge for å redusere ulempene med det alternative som velges.

**Boligplanlegging.** Det er et nasjonalt og lokalt mål at eldre skal bo hjemme og greie seg selv lengst mulig. Også de eldre selv ønsker å bo hjemme. Ni av ti eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, viser en undersøkelse som Ipsos har utført for Huseierne og Pensjonistforbundet<sup>31</sup>.

Mange brukere/innbyggere i Hjelmeland bor i boliger som ikke er godt egnet for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette svekker folks muligheter for kunne bo hjemme lengst mulig, og det blir raskere helsemessig uforsvarlig å la folk bo hjemme. Dermed vil behovet for en institusjonsplass inntreffe tidligere, noe som er dårlig for bruker og dyrere for kommunen.

Etter vår vurdering er kommunens boligpolitikk viktig for at folk skal klare seg best mulig på egen hånd. Både kommunen og den enkelte innbygger har et ansvar for å legge til rette for boliger og samfunn hvor innbyggerne kan være aktive og bidra med sine ressurser lengst mulig.

Myndigheter og andre samfunnsaktører må legge til rette for at vi skal kunne leve hele livet i gode og trygge lokalsamfunn med boliger som også er gode å bli gamle i, hvor vi kan være aktive, greie oss selv mest mulig og ha mulighet til å bidra med våre ressurser. En god og målrettet boligplanlegging vil derfor være av sentral betydning for å kunne redusere folks behov for kommunale tjenester, og kommunens behov for kompetanse.

**Forventningsavklaringer.** Kvalitet i kommunale tjenester er som regel et produkt av objektiv eller faktisk kvalitet og den opplevde kvaliteten. En sentral del av den subjektivt opplevde kvaliteten er folks forventninger til tjenesten. I Hjelmeland er det det en god dekning av institusjonsplasser, sammenlignet med andre kommuner, og intervjuene tyder på at terskelen for å få hjelp var enda lavere tidligere. Dette er forhold som er med å prege folks forventninger til tjenesten og til å få plass på sykehjem. Undersøkelser vi har gjort i andre kommuner viser at en del brukere og pårørende forventer at kommunen skal gi tradisjonell kompenserende omsorg, samtidig som kommunene satser på å hjelpe brukerne til å bli mest mulig selvhjulpne: Brukerne vil at pleierne skal lage mat, tømme søppelet, ta på strømpene, vaske dem på ryggen osv., mens pleierne ønsker å hjelpe brukerne til å fikse dette selv.

Etter vår vurdering vil det fremover bli viktig å justere forventningene til pleie- og omsorgstjenesten, i tråd med ambisjonene for tjenesten.

---

<sup>31</sup> <https://www.kommunal-rapport.no/debatt/boligplanleggingen-imotekommer-ikke-innbyggernes-behov/127354/>

# 10BRUKER- OG PÅRØRENDEUNDERSØKELSER

## 10.1 INNLEDNING

---

Det ble gjennomført en brukerundersøkelse og pårørendeundersøkelse sommeren 2022. Det var 18 brukere (86 %) og 13 pårørende som representerte 15 brukere (71 %) som svarte<sup>32</sup>.

Brukerundersøkelsen hadde svaralternativene ja, nei og vet ikke, mens undersøkelsen rettet mot de pårørende opererte med en skala fra 1 til 6. Disse undersøkelsene utgjør datagrunnlaget for denne delen.

## 10.2 BRUKERUNDERSØKELSE

---

Hovedinntrykket fra brukerundersøkelsen er veldig positivt, noe som indikerer at brukerne er fornøyde med kvaliteten på sykehjemstilbudet:

- 17 av 18 er fornøyde med sykehjemmet, en svarte vet ikke.
- Alle svarer at de blir behandlet med respekt, og de ser ut til å være trygge på at de ansatte kommer når de har behov for det.
- Undersøkelsen tyder videre på at brukerne får den hjelpen de har behov for og at de blir hørt når de gir uttrykk for hvordan de vil ha det.
- De to indikatorene som får dårligst score (selv om det ikke er dårlig) er *Jeg benytter meg av aktivitetstilbudet* og *Jeg er fornøyd med maten jeg får*. 3 av 18 er ikke fornøyde med maten de får, og «bare» 12 svarer at de benytter seg av aktivitetstilbudet (2 svarer nei, og 4 svarer vet ikke)

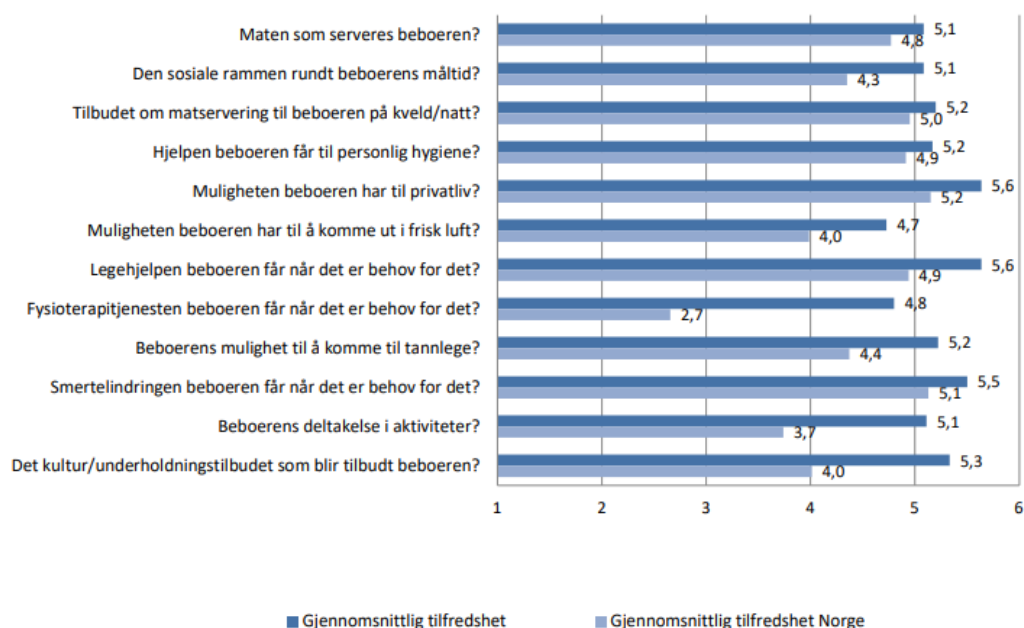
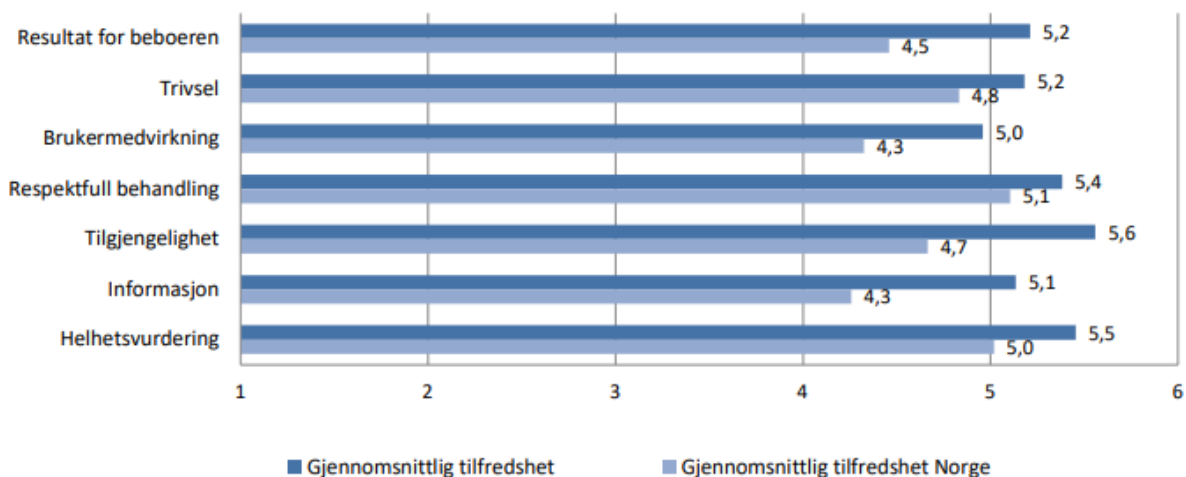
## 10.3 PÅRØRENDEUNDERSØKELSE

---

De pårørende er også veldig fornøyde med tjenesten, og langt mer tilfredse enn snittet i Norge. Vi gjengir først hovedindikatorene og en rekke viktige enkeltindikatorer for å illustrere dette.

---

<sup>32</sup> To pårørende var pårørende for to brukere.



De pårørende er svært fornøyde med legehjelpen og muligheten for privatliv, mens det er ifm. fysioterapitjenesten at svarene fra Hjelmeland avviker mest fra landssnittet, i positiv forstand.

## 10.4 KOMMENTARER FRA BRUKERE OG PÅRØRENDE

Vi gjengir kommentarene fra brukerne i sin helhet, og flere handler om maten som blir servert og sosiale behov:

- *Lurar på kva for tablettar ho får. Nokre gonger må ho ringe på fleire (mange) gongar. Trygt å vere her.*
- *Trivst ikkje med alle tilsette. Nøgd med plassen - "kjem an på kven eg er saman med" Kafé hadde vore fint, då kunne ein tatt med besøk dit*
- *Likte betre middag tidleg, då passa middagskvilen best. Pannekaker er "ikkje middag", meir sild.*
- *Ønskjer faste hjelparar. Maten er for lite kokt. Må ofte vente på hjelp*

- *Ønskjer meir variasjon i brødmaten. Fisk kunne vore eit alternativ oftare. Meir "reine" grønnsaker (mindre stuingar).*
- *Nokre gonger er dei tilsette sure. Ønskjer ein "god" tilsett å samtale med.*
- *Nokre gonger er det vanskeleg å snakke med dei utanlandske. Ønskjer meir levande musikk.*
- *Ønskjer at kyrkjekoret skal kome oftare, spesielt organisten. Vanskeleg å høyre når det vert snakka i mikrofon på storstova.*

Kommentarer fra de pårørende:

- *Personell strekker seg langt for å dekke behov til bebuere. Syns det burde vore ansatte som kun hadde som oppgåve å "lufte" bebuere. Litt meir aktiviteter der pårørende kunne vore med - hadde og sikkert vore positivt, både for ansatte, pårørende og bebuere. Ellers ein takk til personell lege og fysio for god hjelp og oppfølging av bebuere.*
- *Generelt veldig godt fornøyd. Eneste er at det kan være litt mer aktivitet som sang og musikk.*
- *Ho klare ikke følge med på alt, men blir alltid tatt godt vare på. Ho kan være krevende til tider, men personalet/ledelsen løser dette bra. Helsetenesten fungerer bra*
- *Avdelinga har svært god og open kontakt med oss pårørende i det daglege, både når me er på besøk og på telefon! Berre eit lite tips: Kanskje tilby ein pårørandesamtale på eit kontor, når det er ting som står litt på?*
- *At bebuaren kunne få ha ferre pleiarar å forhalda seg til og som kjenner bebuaren sitt behov og personlegheit. Ikkje minst tenkja gjennom kven bebuaren får som nattevakt. Stor forståing for at personalet er under eit stort arbeidspress og at vakta ikkje kan koma på augneblinken. Er gildt å høyra når personalet har tid til å vera 'ein forlenga arm' av pårørende.*

## 10.5 OPPFØLGING AV UNDERSØKELSENE

---

Virksomhetsleder ved ÅOS er veldig fornøyd med resultatene, og forteller at de har fulgt opp tilbakemeldingene i kommentarfeltet, dvs. mer levende musikk, at man har etablert faste pårørendesamtaler ved innkomst og et årlig møte for pårørende. I tillegg ønsker hun at det skal være en åpen dør hos henne, at virksomheten tar tak i ting med en gang, slik at brukere og pårørende opplever å bli sett og hørt.

## 10.6 OPPSUMMERING

---

Både brukere og pårørende er veldig fornøyde med kvaliteten i tjenestene ved dement- og langtidsavdelingen. I undersøkelsen rettet mot pårørende sammenlignes resultatene fra Hjelmeland med landssnittet, og Hjelmeland kommer klart bedre ut på alle indikatorene. Det er ikke ofte vi ser en så tydelig trend eller så store forskjeller.

# VEDLEGG

## SKRIFTLIGE KILDER

---

### DOKUMENTER

- Helsepersonellkommissjonen – tid for handling, 2023
- «*Dagens og framtidig bemanningsbehov innenfor tjenesteområdet pleie og omsorg i Hjelmeland kommune*», Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) 2015
- Forvaltningsrevisjon av pleie og omsorg i Gjesdal kommune, 2019
- Forvaltningsrevisjon av pleie og omsorg i Stavanger kommune, 2019 – evaluering av Leve HELE LIVET
- Leder av HOS, powerpoint-presentasjon til kommunestyret i januar 2023
- Organisasjonskart – Hjelmeland kommune
- Epostkorrespondanse med SSB og leder av HOS for å finne ut av tallavvik
- <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/turnover-i-kommuner-og-fylkeskommuner/>
- Brukerundersøkelse ÅOS, august 2022
- Pårørendeundersøkelse ÅOS, august 2022
- Kommentarer til bruker- og pårørendeundersøkelsene i 2022

### TALL

- KOSTRA
- Framsikt
- Tall på heltid/deltid fra Hjelmeland kommune og KS
- Tallene for Hjelmeland er fra desember 2022 og tallene fra KS er fra desember 2021. Mens tallene fra Hjelmeland er fra de to omsorgssentrene, er tallene fra KS gjennomsnittstall fra helse- og omsorgssektoren fra alle kommuner.
- Ansatt og stillingsoversikt fra de omsorgssentrene
- Tall på vikarer og innleie (fakturarapporter), mottatt av økonomisjef
- Brukertall og turnovertall – mottatt av de to omsorgssentrene
- Kommunale sykefraværstall og andelen som er hjemme med sykt barn, fra personalsjef
- Nasjonale sykefraværstall SSB via KS