

# Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

---

Først publisert: Invalid date

Sist faglig oppdatert: 13.12.2021



# Innhold

1. Innledning .....	3
2. Behovet for rett kompetanse på rett sted til rett tid .....	5
3. Ledelse som ressurs og lederens betydning .....	10
4. Mulighetsrommet .....	12
5. PDF-versjon av rapporten .....	23

---

# Innledning

I denne rapporten beskrives utfordringsbildet og mulighetsrommet Helsedirektoratet har identifisert gjennom arbeidet med Kompetanseløft 2020. Rapportene [Årsrapport for Kompetanseløft 2020 for 2020 - Avsluttende oppsummering for planperioden](#) og [Personell og kompetanse i tjenestene](#) må sees i sammenheng med denne og de publiseres samtidig.

Utfordringsbildet er komplekst og vedvarende. Personellsituasjonen har blitt tydeligere og til dels forsterket i 2020 på grunn av pandemien. Utfordringsbildet er preget av deltidbruk, personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (ufaglærte), høyt sykefravær og høy turnover. Det er likevel et stort mulighetsrom og potensiale i tjenesten for en mer bærekraftig utvikling.

Data rapporten bygger på, er spesialbestilte data levert av Statistisk sentralbyrå (SSB) og Kommunesektorens organisasjon (KS). Statistikk er også hentet fra SSBs statistikkbank, Utdanningsdirektoratets nettsider, Database for høyere utdanning, Helsepersonellregistret, Fastlegeregisteret og SINTEF sin årlige kartlegging av blant annet stillinger og årsverk i kommunenes psykisk helse- og rusarbeid. Personellstatistikken som presenteres er på nasjonalt nivå. Tall på kommunenivå er tilgjengelig på Ressursportal.no.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er fortsatt preget av høyt sykefravær, høy turnover, høy andel deltidstillinger og utstrakt bruk av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Dette utfordringsbildet samsvarer med det som ble beskrevet i fjorårets rapport, og som har blitt presentert flere ganger gjennom Helsedirektoratets arbeid med Kompetanseløft 2020 og tidligere nasjonale kompetanse- og rekrutteringsplaner. Pandemien har gjort det særlig krevende for mange kommuner i 2020 å prioritere kompetansehevede tiltak. Utfordringene blir også forsterket av vedvarende endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og endringer i brukernes sykdomsbilde og bistandsbehov. Utfordringsbildet kan også indikere lite tilfredsstillende arbeidsvilkår og -forhold for de ansatte i tjenestene. Samlet vil utfordringene kunne medføre tjenester av lavere kvalitet til brukerne.

De ulike deltjenestenes definisjon i denne rapporten er definert ut fra KOSTRA funksjon/deltjeneste<sup>[1]</sup>:

Deltjeneste	KOSTRA funksjon/deltjeneste
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	232+233+241+234+253+254+261
Kommunehelsetjenesten	232+233+241
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	232
Omsorgstjenestene	234+253+254+261
Hjemmebaserte tjenester og dagsenter mm.	234+254
Institusjonsbaserte tjenester	253
Bolig utviklingshemmede	Plukker ut virksomheter med næring "87.203 Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede". Inngår i hjemmebaserte tjenester.
Praktisk bistand og aktivisering	234+254

[1] Regjeringen.no (2021) "Veileder til Kontoplan i KOSTRA"

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/2021/2021-korrigert-jan-21/vei>

# Behovet for rett kompetanse på rett sted til rett tid

Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse er avgjørende for at brukere og pasienter skal få forsvarlig og god helsehjelp. Det er derfor alvorlig at utfordringsbildet er preget av en høy andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, deltidsproblemer, høyt sykefravær og turnover. Dette forringer mulighetene til rett kompetanse på rett sted til rett tid. Størst er utfordringene i omsorgstjenesten som utgjør i underkant av 90 prosent av de sysselsatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tiltak og innsats for å øke andelen heltid og personell med helse- og sosialfaglig utdanning, og samtidig redusere sykefravær og turnover er nødvendig for å kunne tilby gode tjenester til befolkningen.

Kvalitet og pasientsikkert er viktig i alle helse- og omsorgstjenester, og fremmer også gode fag- og arbeidsmiljø. Likevel er tjenestene preget av store utfordringer som ikke fremmer hverken tjenestekvalitet eller pasientsikkerhet. Dette gjelder både andelen uten helse- og sosialfaglig utdanning, deltidsproblematikken og konsekvensene av sykefravær og turnover med hensyn til kontinuitet; blant annet vakante vakter og rekruttering.

Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen peker på at mye bruk av deltidsarbeid hemmer god informasjonsutveksling og muligheten for å oppdage endringer i brukerens funksjonsnivå og helsetilstand. En større andel heltidsansatte vil blant annet kunne gi bedre lærings- og fagmiljøer, bedre utnyttelse av arbeidskraft og mer kontinuitet i kontakten med brukerne[1]. Det er en etablert oppfatning at brukere og pasienter nyter godt av å forholde seg til få tjenesteytere.

Vikarbruken er også stor i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Senter for omsorgsforskning har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet undersøkt vikarbruken våren 2021. Rapporten viser at det fortsatt er omfattende bruk av vikar og høy andel deltidsstillinger i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I en undersøkelse NSF har finansiert viser at det har vært en dobling i midler anvendt for innleie av vikarer fra 625.000.000 NOK i 2012 til 1.221.000.000 NOK i 2019[2]. Dette er også forhold som påvirker kvalitet og pasientsikkerhet, samt fag- og arbeidsmiljø.

Senter for omsorgsforskning (SOF) leverte våren 2021 en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet[3]. Rapporten er en hurtigoversikt av forskningslitteraturen (40 vitenskapelige publikasjoner) og belyser forholdet mellom tjenestens kapasitet og kvalitet, og behovet hos brukerne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fokuset er på *missed care eller utelatt helsehjelp* - oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt.

Studiene i rapporten fra SOF viser at det å utelate helsehjelp er vanlig forekommende i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. To av de 40 studiene er fra norsk kontekst, hvorav den ene viser at 77 prosent av helsepersonell (faglærte og ufaglærte) i sykehjem oppgir at de har neglisjert omsorgsbehov.

Helsepersonell utelater en rekke ulike oppgaver som kan relateres til grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov hos pasienten. I tillegg utelates også oppgaver som angår pasientens medvirkning. Også administrative oppgaver som ikke involverer direkte pasientkontakt utelates, som for eksempel det å dokumentere helsehjelp og oppdatere informasjon i pasientjournalen.

[1] Ingstad, K red. (2016) Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019).

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>

[2] Sykepleien (2020) "Kommunene brukte 1.2 milliarder på å leie inn vikarer i fjor"  
<https://sykepleien.no/2020/12/kommunene-brukte-12-milliarder-pa-leie-inn-vikarer-i-fjor>

[3] Andfossen et. al. (2021), Senter for omsorgsforskning "Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt"

## 1.1

# Utfordringsbildet i helse- og omsorgstjenesten og Covid-19

Covid-19-pandemien rammet hele Norge i 2020 og har medført store utfordringer for en allerede presset kommunal helse- og omsorgstjeneste. Krisen har forsterket utfordringsbildet ytterligere, og har synliggjort betydningen av blant annet personellmangel og kompetanse, især med hensyn til hygiene, smitte og smittevernberedskap. Samtidig har erfaringene fra pandemien bevist tjenestenes omstillingsevne og fleksibilitet.

I årsrapport 2020 for handlingsplanen Omsorg 2020, ble foreløpige erfaringer med pandemien oppsummert[1]. Her vises det til at de utfordringer som tidligere er påpekt i Kompetanseløft 2020, ble ytterligere forsterket eller synliggjort under pandemien. Mangel på sykepleiere har vært en kjent utfordring over tid, og dette ble svært aktualisert under pandemien. Flere sykepleiere ble omdisponert for å bidra i covid-19-arbeidet og helsepersonell fikk en uforholdsmessig stor arbeidsbelastning for å ivareta tjenestetilbudet og pasientsikkerheten. En sårbar bemanningssituasjon gjorde at prioriteringene inn mot covid-19 arbeidet gikk på bekostning av nødvendige tjenester til en rekke andre grupper i kommunene, særlig barn og unge, personer med psykisk helse- og rusproblemer og hjemmeboende personer med demens.

Tjenestene ble utfordret av smitte og karantene, og tilgangen på arbeidskraft ble utfordret og redusert grunnet innreiseforbud for utenlandsk personell og anbefaling mot å arbeide ved flere tjenestelokasjoner og. Gjennom hele pandemien har ressurser også gått til merarbeid som smittevern har krevet. Totalt sett har derfor belastningen for en allerede hardt presset helse- og omsorgstjeneste vært betydelig. Som beskrevet i tidligere rapporter fra Kompetanseløft medfører små stillingsbrøker og mange deltidstillinger en rekke utfordringer, og under pandemien har dette vist seg særlig aktuelt ved at flere arbeidsforhold også blir løftet frem som en risiko for smitte i sykehjemmene[2].

[1] Helsedirektoratet (2021) Årsrapport 2020 Omsorg 2020.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020--arsrapport-2020>

[2] Jacobsen, F.F., Arntzen, C., Devik, S.A. (2021) "Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem". Rapport 1/2021. Senter for omsorgsforskning.  
[http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2021/rapport\\_01\\_2021](http://omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2021/rapport_01_2021)

## 1.2

# En populasjon i endring og behov for kompetanse

Befolkningen lever stadig lenger og den generelle helsen er god. Dette er et resultat av velferdssamfunnets utvikling, store medisinske framskritt og langsiktig folkehelsearbeid. Med dette vil både antallet og andelen eldre i befolkningen øke fremover (SSB). Økte leveår innebærer i tillegg til funksjonsfriske leveår også leveår preget av sykdom og funksjonsnedsettelse, og derfor behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Som følge av omstillingsarbeid og flere reformer, blant annet samhandlingsreformen, har kommunene også fått nye brukergrupper og mer faglig krevende oppgaver. Pasienter skrives tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten for videre behandling og oppfølging i kommunen. Mange sykdommer og kirurgiske inngrep som tidligere krevde lang liggetid på sykehus, følges nå opp poliklinisk. Pasientene er dermed under kommunenes ansvar i en større andel av tiden; enten hjemme eller i en helse- og omsorgsinstitusjon. Det skjer også en gradvis vridning fra institusjon til hjemmebasert omsorg, og institusjonstjenestene blir i større grad brukt i siste fase av livet. I figur 1 kan man se at andel med omfattende bistandsbehov for langtidsopphold i institusjon og hjemmetjenesten har økt betydelig siden 2011.

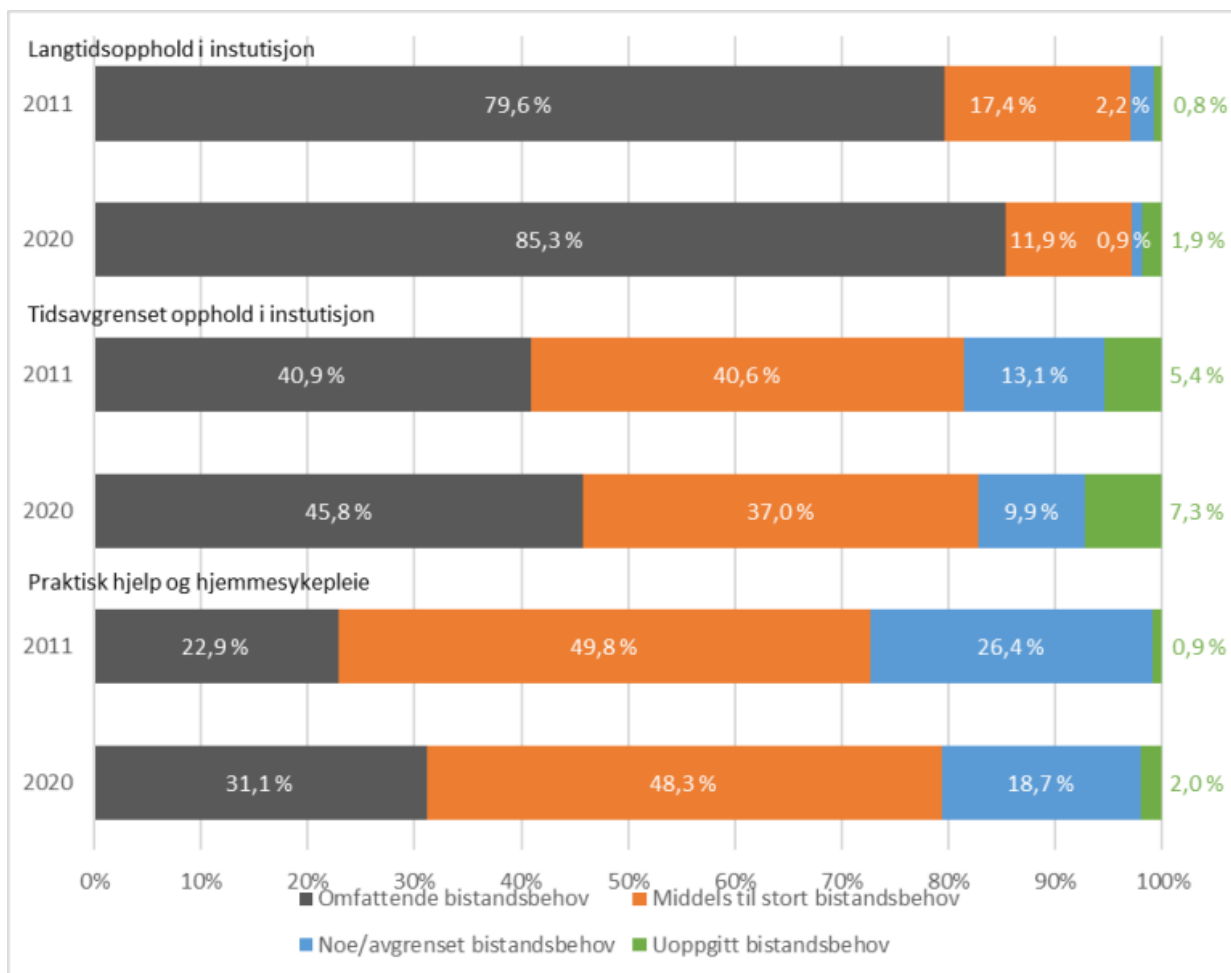
Tilstrekkelig tilgang på helsepersonell og kompetanse er avgjørende for å skape gode helse- og omsorgstjenester, slik det er beskrevet blant annet i Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)* (NHSP). I KS' arbeidsgivermonitor 2021 beskrives en situasjon hvor antallet årsverk innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene må økes betydelig de neste ti årene for å opprettholde dagens nivå på tjenestene. Framskrivningene KS har gjort estimerer at det er et behov for ca. 45.600 flere årsverk i 2031 enn i dag. Samtidig opplever mange kommuner allerede nå store utfordringer med å rekruttere enkelte yrkesgrupper og det gjelder særlig sykepleiere og leger. Hele 86 prosent av de spurte kommunene mener det var *meget store* eller *ganske store* utfordringer med å rekruttere sykepleiere i 2021, som er en økning på ti prosentpoeng fra 2019. Både SSBs framskrivninger i Helsemod[1] og NAVs bedriftsundersøkelse[2] beskriver og omtaler de samme rekrutteringsutfordringene.

Veksten i årsverk har vært noe høyere enn veksten i brukere/tjenestemottakere av omsorgstjenester fra 0,54 årsverk per bruker i 2016, mot 0,58 årsverk i 2020 [3]. Dette målet tar ikke høyde for den betydelige økningen i bistandsbehov. Forholdet mellom årsverk og brukere er nok derfor lavere og mer alvorlig enn hva tallene indikerer, brukernes bistandsbehov tatt i betraktning. Samlet årsverksvekst tar heller ikke høyde for kompetansebehovet som også er av avgjørende betydning for kvaliteten i tjenestene og pasientsikkerheten.

## Mottakernes bistandsbehov

Behovet for omfattende bistand er økende i de ulike omsorgstjenestene (figur 1). Dette medfører behov for flere ressurser og mer kompetanse. Særlig har beboere i sykehjem stort bistandsbehov, og andelen er økende. Størst prosentvis endring i omfattende bistandsbehov finner vi derimot blant brukere av de hjemmebaserte tjenestene, der økningen tilsvarer mer enn 8 prosentpoeng i løpet av de siste ti årene.

Utviklingen samlet sett kan på den annen side også indikere at det i dag er færre med begrenset bistandsbehov som innvilges tjenester både i hjemmet og i institusjon, og det bekymrer Helsedirektoratet at omsorgen og ansvaret for disse brukerne er forskjøvet fra et offentlig tjenestetilbud til privat omsorg. Tall fra SSB og Helsedirektoratet viser at pårørendes omsorg i og utenfor eget hjem tilsvarte 97.000 årsverk[4] i 2019.



Figur 1: Andel mottakere med ulike bistandsbehov i omsorgstjenesten etter tjenesteområde, 2011 og 2020. Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 06971)  
 Merknad til figur: figuren viser antall brukere per 31.12.

## Mottakernes alder

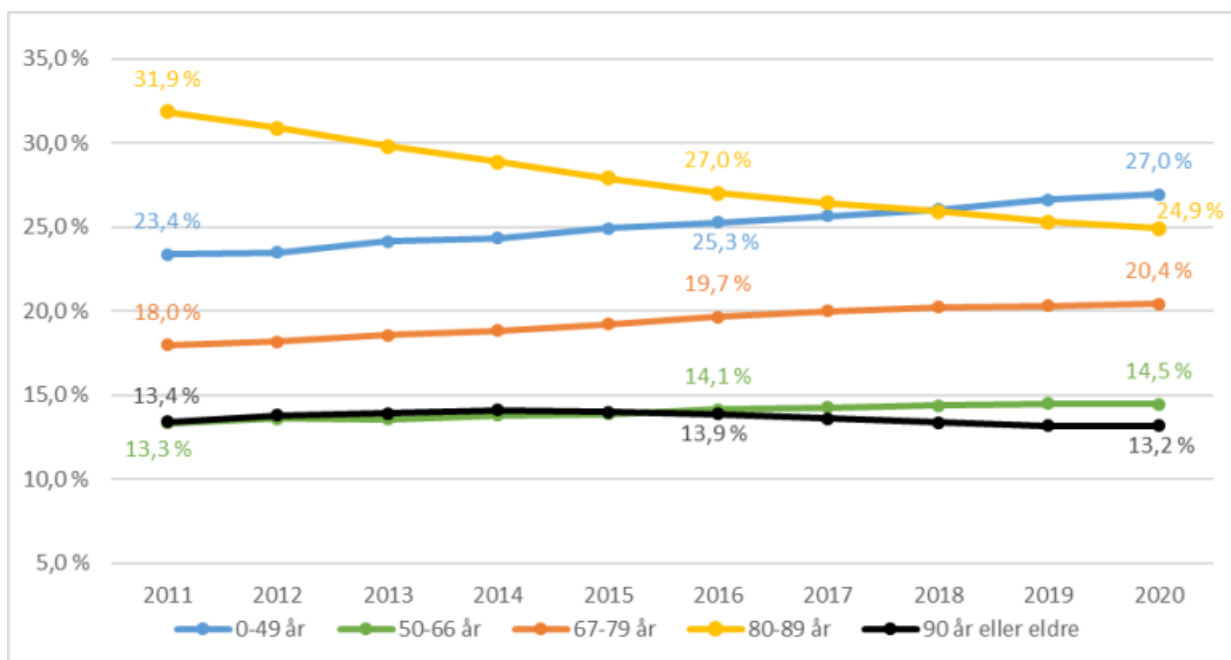
De fleste mottakerne av omsorgstjenester er stadig over 80 år. Fra og med 80-årsalderen øker andelen som mottar omsorgstjenester betydelig. I alt 66 prosent i alderen 85-89 år og 96,3 prosent blant alle over 95 år mottok en eller flere omsorgstjenester i 2017[5].

Kommunene har fått mer omfattende ansvar for yngre pasienter med alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelse, og som igjen de siste årene har ført til en økning i antall yngre tjenestemottakere. Dette kommer frem av figur 2. Hele 27 prosent av mottakere av omsorgstjenester i 2020 var under 49 år, og representerer en økning på ca. 2 prosentpoeng bare de fem siste årene (figur 2). Ressursbruken per bruker under 67 år er beregnet å være dobbelt så høy som utgiften per eldre bruker[6] og denne utviklingen har derfor store konsekvenser for kompetanse- og personellplanlegging.

Nesten 50 prosent av alle over 90 år utvikler demenssykdom og er en av hovedårsakene til funksjonsnedsettelse, avhengighet og død blant eldre[7]. Det totale antallet personer med demens er estimert å stige betraktelig de neste tiårene, fra 101.188 i 2020 til nær 237.000 i 2050. Økt forekomst i befolkningen forklares med økt levealder generelt, og flere eldre i befolkningen. I tillegg lever personer med demens nå lenger med sykdommen[8]. Økt forekomst av demens i befolkningen vil skape store utfordringer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.



Figur 2: Andelen mottakere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2011-2020



Figur 2: Andelen mottakere av omsorgstjenester etter alderskategori, 2011-2020

Kilde: Statistikkbanken til SSB (tabell 11642)

Merknad til figur: figuren viser antall brukere i løpet av året.

[1] SSB (2019) Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035,

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16a9632c1f0>

[2] NAV (2021), NAVs bedriftsundersøkelse 2021

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/navs-bedriftsundersokelse-2021>

[3] SSB (2021) Tabell 12209 i Statistikkbanken <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/>

[4] SSB (2019) Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/386122?ts=16a9b1eef68>

[5] SSB (15.april 2019) Vesentlig mer bruk av omsorgstjenester ved passerte 85 år.

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/vesentlig-mer-bruk-av-omsorgstjenester-ved-passerte-85>

[6] Senter for omsorgsforskning (2019). Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering (nr.4/2019).

[https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2624074/rapport\\_04\\_2019v1\\_final2.pdf?sequence=1](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2624074/rapport_04_2019v1_final2.pdf?sequence=1)

[7] Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Demensplan 2025 (11/2020)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>

[8] FHI (2021). Demens. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

## Ledelse som ressurs og lederens betydning

### 2.1

## Kommuneplanlegging og styringsstruktur

Strategier og planer som blir vedtatt i kommunen (systemnivå) har betydning for de ulike sektorene og tjenesteområdene og hvordan de utarbeider sine strategier og handlingsplaner. Helsedirektoratet har tidligere beskrevet bekymring rundt mindre kommuners kapasitet og kompetanse til analyse og planlegging av tjenestene. Samtidig har kompetanseplaner innen kommunale helse- og omsorgstjenester begrenset verdi hvis de forblir intensjonserklæringer. Det er stadig nødvendig med politisk vedtatte kommuneplaner som omfatter tiltak for å møte de store utfordringene tjenestene i dag står ovenfor. Dette fordrer ledere på alle nivå i kommunen med høy endrings- og lederkompetanse, og ikke minst kompetanse og forståelse for tjenestenes kompleksitet og egenart. Videre bør det være en forutsetning at ledere på ulike nivå følges opp i henhold til handlingsplaner, utfordringsbildet og resultater, for å sikre ønsket utvikling.

Ledere i helse- og omsorgstjenesten har ansvar for svært mange ansatte grunnet blant annet deltidsbruken i tjenestene, og kan dermed risikere å bruke stor del av arbeidsdagen til personaloppfølging. Stort lederspenn kan dermed hindre arbeidet med å gjennomføre nødvendige endringer og innovasjon i sektoren. Stort lederspenn påvirker jobbengasjement, prestasjon, tilfredshet, og turnover<sup>[1]</sup>. I den forbindelse er det problematisk at lederspennet i kommunal helse- og omsorgssektor er svært høyt.

[1] Helsedirektoratet (2020) "Årsrapport Kompetanseløft 2020 – personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019"

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/>

### 2.2

## Lederutdanning og lederkompetanse i tjenestene

Pandemien har utfordret tjenestene og følgelig også utfordret ledere av og i tjenestene. Å lede under pandemien har krevd høy grad av fleksibilitet og endringsvilje, omdisponeringer og nye arbeidsformer.

Helsedirektoratet presenterte i Årsrapporten for 2019 estimert formell lederkompetanse blant ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste, der Rambølls anslag indikerte at om lag 50 prosent av lederne hadde formell lederkompetanse med 30 studiepoeng eller mer. Størst andel med formell lederkompetanse ble funnet blant ledere i hjemmebaserte tjenester og i de kommunale helsetjenestene. Lavest dekning med formell lederkompetanse ble funnet i de institusjonsbaserte tjenestene, og det bør være en videre satsning å øke andelen med lederkompetanse.

### **Tiltak i Kompetanseløft 2020 og 2025: Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten**

Nasjonal lederutdanning for primær-helsetjenesten skal bidra til å styrke ledere til å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling. Utdanningen tilbys av Handelshøyskolen BI. Over 1000 ledere vil ha

gjennomført utdanningen innen våren 2021. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten vil bli tilbudt for en ny periode fra høsten 2021. For mer informasjon om lederutdanningen, se <https://www.bi.no/studier-og-kurs/kurs/masterprogram/helseledelse/>.

Tiltaket "Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten" er videreført i Kompetanseløft 2025, og erfaringene og evalueringene som er gjort av utdanningen er svært positiv<sup>[1]</sup><sup>[2]</sup>. Helsedirektoratet mener erfaringene med dette lederprogrammet bør danne grunnlag for en diskusjon om utvidet lederutdanning med flere moduler/emner, som samlet kan styrke lederkompetansen for å nå de mål tjenesten har. Det er i den sammenhengen viktig å trekke frem at ledere på alle nivå må tilbys kompetansehevingen. Ledere på lavere nivå trenger handlingsrom og kompetanse, men tilsvarende trenger også ledere på høyere nivå kompetanseheving for å forstå betydningen av handlingsrommet og kjennskap til tjenesten og hvordan den må ledes til det beste for brukere og pasienter. Dette er krevende med hensyn til stadig tjenesteutvikling og en fremtidig bærekraftig tjeneste.

Tall fra KS for 2020 viser en turnover blant ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på 16,4 prosent. Høy turnover kan være resultat av det krevende arbeidet ledere står i, og er uheldig med hensyn til kontinuitet, utvikling og innovasjon. Samarbeid mellom ledere på ulike nivå påvirker trolig turnoverintensjon, og det kan trolig virke positivt om kommuner etterstreber at ledere i samme kommune og/eller arbeidsmiljø tar lederutdanningen sammen. Lederutdanningen gir en god ramme for samarbeid og samskapning, og for senere lokal utvikling. Videre må helhetstenkning bak omstillinger og strukturelle endringer være godt forankret og kommunisert. Dette medfører oppmerksomhet på prosesser, delmål og erfaringsutveksling, for sammen å skape endringer.

[1] Rambøll (2017) Evaluering av utdanningstilbudet "Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten" <https://no.ramboll.com/-/media/7c5b17e59638477c8b088cb88b3f22f7.pdf>

[2] Rambøll (2021) Sluttrapport evaluering av utdanningstilbudet "Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten" <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/evaluering-av-nasjonal-lederutdanning/id2844161/>

## Mulighetsrommet

Mulighetsrommet i tjenestene avhenger av lederes handlingsrom og større strukturelle endringer med hensyn til kultur, omdømme, status og arbeidsbetingelser. Sykepleierforbundets medlemsblad *Sykepleien* har publisert en rekke artikler som omhandler dette [1],[2],[3],[4]. Helsedirektoratet mener som nevnt tidligere i rapporten at hovedutfordringene i tjenestene står ovenfor særlig er knyttet til deltidsarbeid, mange ufaglærte, høy turnover og høyt sykefravær. I dette kapitlet diskuteres mulighetsrommet og potensialet som ligger i disse utfordringene.

Helsedirektoratet ser et behov for mer forskning på hva som er hensiktsmessige tiltak for å løse de nevnte utfordringene. Det kan være tiltak for å fremme interesse for fagfeltene, tjenesteområdene, hva som motvirker kompetanselekkasje og hva som påvirker sykefraværet. Kunnskap om årsakssammenhengene mellom sykefravær, turnover, deltidsarbeid og mangel på kompetanse på den ene siden, og tjenestene, tjenestetilbud, kvalitet og arbeidsmiljøfaktorer på den andre siden, kan bidra til å finne strategiske grep mot en bedre og mer bærekraftig kommunale helse- og omsorgstjeneste.

I mulighetsrommet inngår også innovasjon i tjenestene, og da især med hensyn til velferdsteknologi. Dette er et område med stor interesse blant både brukere, pårørende og ansatte. Velferdsteknologi som mulighetsrom omtales avslutningsvis i dette kapitlet.

[1] Sykepleien (2021) "Det er på tide å iverksette tiltak for å sikre fremtidens helsetjenester"  
<https://sykepleien.no/meninger/2021/04/det-er-pa-tide-iverksette-tiltak-sikre-fremtidens-helsetjenester>

[2] Sykepleien (2019) "Sammen skal vi være nøkkelen til fremtidens helsevesen"  
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/10/sammen-skal-vi-vaere-nokkelen-til-fremtidens-helsevesen>

[3] Sykepleien (2016) "Ledelse i norske helseforetak"  
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/01/ledelse-i-norske-helseforetak>

[4] Sykepleien (2017) "Hva mastergradskompetanse kan bidra med i klinisk praksis"  
<https://sykepleien.no/forskning/2017/10/hva-mastergradskompetanse-kan-bidra-med-i-klinisk-praksis>

### 3.1

## Hvis flere jobber heltid, frigis ressurser

Helsedirektoratet har over tid fulgt utviklingen i stillingsstørrelse innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, i og med at det er store og ubenyttede ressurser ved høy deltidsbruk. Det er derfor gledelig at andelen som jobber heltid øker.

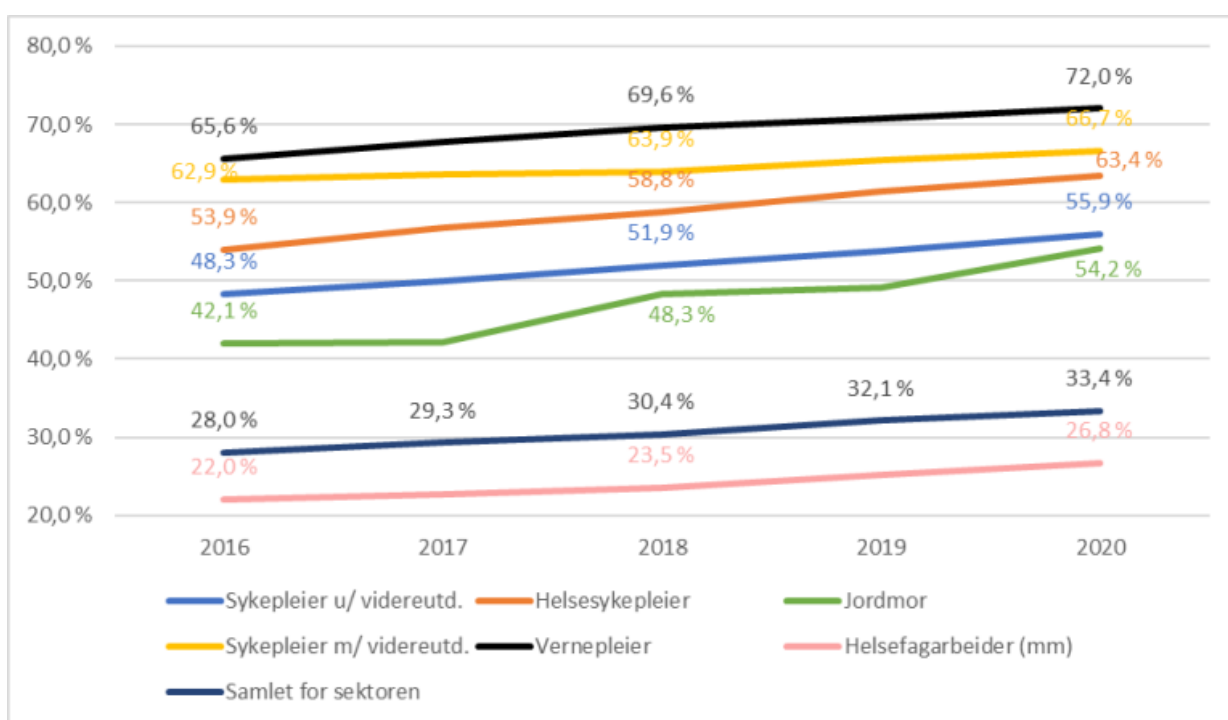
Deltidsproblematikken påvirker kvaliteten på tjenestene på flere nivå, ved at kontinuitet, forutsigbarhet, informasjon og faglighet blir utfordret. Dette gjør seg særlig gjeldende for sårbare pasientgrupper og pårørende. På denne måten utfordres også pasientsikkerheten.

I figur 3 ser man stor variasjon i andelen heltidsansatte i ulike stillingskategorier. Andelen sykepleiere uten videreutdanning med full stilling er vesentlig lavere enn sykepleiere med videreutdanning, der forskjellen utgjør hele 11 prosentpoeng. Blant helsefagarbeiderne er det kun 26,8 prosent som jobber heltid. Felles for

alle stillingskategoriene er at andelen som jobber heltid er økende, men det er fortsatt et betydelig potensial for videre utvikling.

En av årsakene til stor variasjon både blant sykepleiere med ulikt utdanningsnivå og andre yrkesgrupper, kan være at høyere utdanning i seg selv representerer kultur for høyere stillingsstørrelse. Andre forklaringer kan være at egenskaper ved arbeidet som følger av høyere utdanning, slik som større fagansvar og lavere turnusbelastning, medfører høyere stillingsstørrelse. Det kan også være at høyere utdanning medfører økt interesse for faget og følgelig et ønske om å arbeide mer. Uansett årsaker til variasjon i heltidkultur blant stillingskategorier og diskusjonen knyttet til frivillig deltid. Det er også sannsynlig at helsepersonell ikke ønsker å arbeide heltid grunnet arbeidsbelastningen.

Arbeidsmiljøsenderet har uttrykt bekymring for manglende risikovurdering av arbeidsbelastning i tjenester vi her omtaler, og peker på behovet for å vurdere hva som er gunstig lengde på arbeidstiden opp imot intensiteten i arbeidet. En risikovurdering av arbeidstid og -intensitet må inkludere faktorer som om arbeidet gjøres alene, bemanningen, organisering av arbeidet og kompetansen til den ansatte<sup>[1]</sup>.



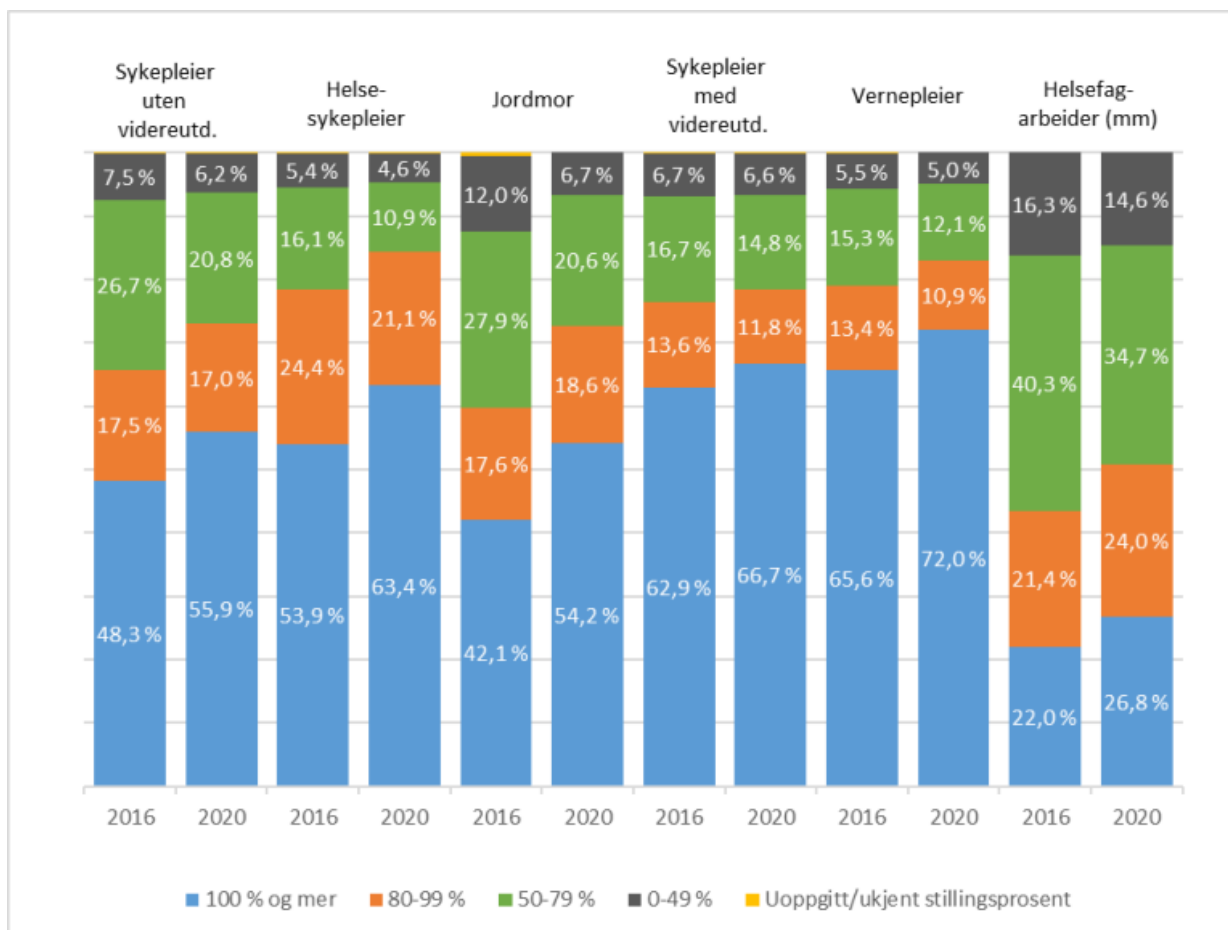
Figur 3: Andelen sysselsatte som jobber heltid (stillingsstørrelse 100% og mer) i utvalgte yrkesgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2016-2020

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Merknad til figur: helsefagarbeider inkluderer også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Sykepleier m/ videreutdanning ekskluderer helsesykepleier og jordmor.

Andelen som arbeider minst 50 prosent er høy for alle stillingskategorier presentert i figur 4. Det er likevel en betydelig andel som ikke gjør det, og det må anses som symptomatisk for arbeidsforhold og arbeidsbetingelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten at mange jobber redusert.

En økning i heltidsstillinger vil være en forutsetning for å bedre kunne møte brukernes bistands- og helsetjenestebehov framover. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har behov for å rekruttere flere nye ansatte, men tilgangen på nye ressurser er begrenset. Det er derfor særlig viktig å utnytte allerede tilgjengelige ressurser. Oppsummert forskning på området indikerer at omlegging av turnus er nødvendig for å lykkes med å etablere en heltidkultur<sup>[2]</sup><sup>[3]</sup>.



Figur 4: Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse i utvalgte yrkesgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2016 og 2020

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Merknad til figur: helsefagarbeider inkluderer også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

En annen utfordring med mange ansatte i mindre stillinger er at ledere får personalansvar for svært mange ansatte. Stort lederspenn medfører mye administrasjon og mange utfordringer. Når leders arbeidstid bindes opp av personaladministrasjon, kan dette også påvirke muligheten for opplæring, kunnskapsoverføring, kompetanseutvikling, og etablering og utvikling av fagmiljøer.

[1] Arbeidsmiljøseneteret (2021) [Balanse mellom arbeidstid og -intensitet | Arbeidsmiljøseneteret \(arbeidsmiljo.no\)](https://www.arbeidsmiljo.no/)

[2] Leif E. Moland, FAFO (2021) Mulige og umulige løsninger på veien mot heltidskultur <https://www.fafo.no/images/pub/2021/10337.pdf>

[3] Frifagbevegelse Ufrivillig deltid i helse- og omsorgssektoren (2021) <https://frifagbevegelse.no/nyheter/13timersvakter-vil-gi-flere-hele-stillinger-mener-fafoforskeren-se-turnusm>

### 3.2

## Potensialet i personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

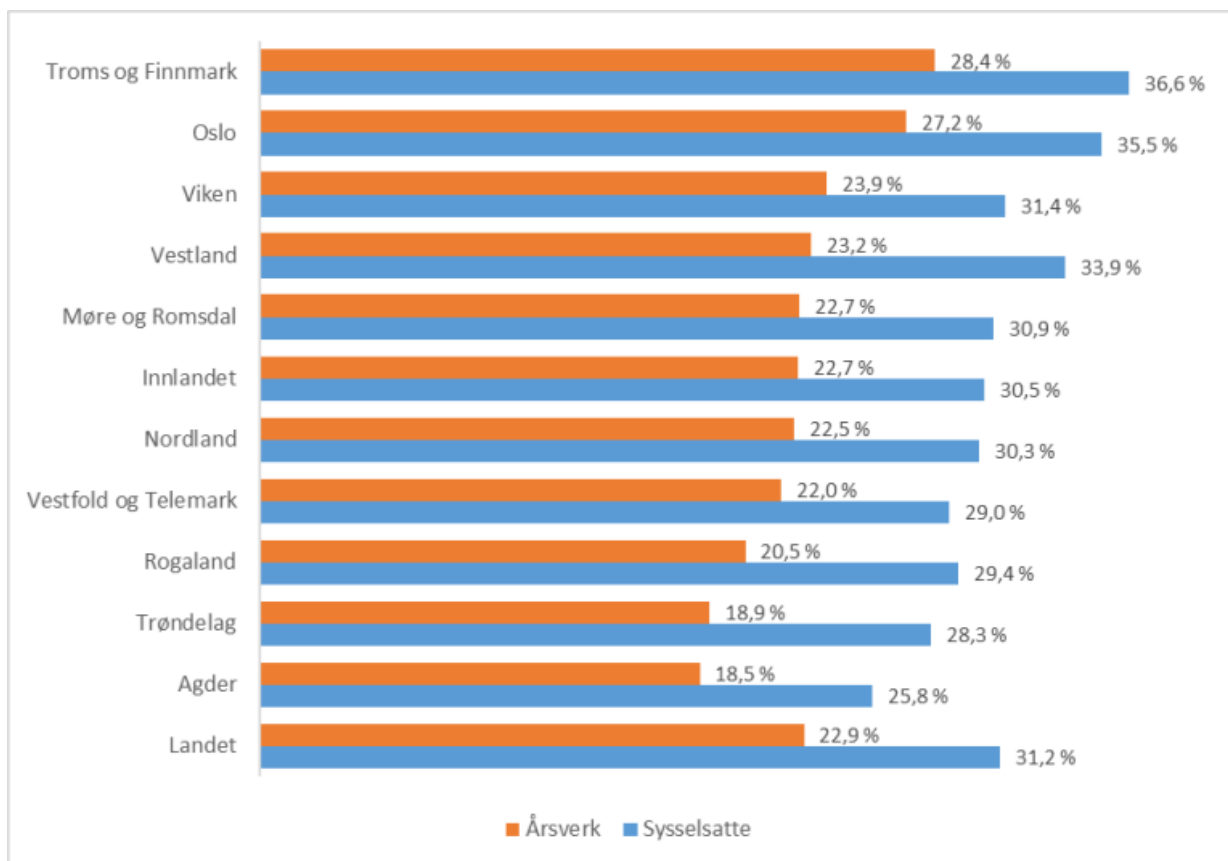
Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør om lag en fjerdedel av ressursene i kommunale helse- og omsorgstjenester, og en enda større andel i tjenestene som er definert inn under omsorgstjenesten. Dette er ingen homogen gruppe, men de representerer samlet sett et stort potensial for tjenestene. Det er viktig å påpeke at ufaglærte utgjør en viktig ressurs i tjenestene, da mange kan ha ervervet betydelig realkompetanse. Personell i denne stillingsgruppen er derfor et viktig rekrutteringsgrunnlag for alle deler av helse- og omsorgstjenesten, og det ligger et stort potensial i kvalifisering av dem. En stor utfordring er at utdanningsløpene i dag mangler fleksibilitet og er lite tilpasset denne personellgruppen. Det er også en lang prosess å bli kvalifisert helsefagarbeider ved å følge utdanningsløpet som nå foreligger. I tillegg foreligger det ikke utdanningsløp for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning for utdanning på høyskolenivå, noe som medfører at kostnaden for den enkelte ved å følge et normalt studieløp til profesjonstittel er betydelig.

Som beskrevet tidligere i rapporter har det over tid vært endringer i mottakergruppen, slik at behovet for kompetanse i personellgruppen er større enn noen gang tidligere. En nullvisjon med hensyn til personell uten helse- og sosialfaglig utdanning står likevel langt fra hva som vil være mulig i dag. Det er derfor et stort behov for å jobbe for høyere kompetanse og lavere andel personell uten formell utdanning.

En kvalitetsindikator for kommunal helse- og omsorgstjeneste er hvor stor andel årsverk som utføres av personell med helse- og sosialfaglig utdanning<sup>[1]</sup>. Kvalitetsindikator er viktig for å følge i lys av økt behov for mer avansert og tverrfaglig helsehjelp, blant annet grunnet brukergrupper med behov for omfattende og sammensatte tjenester.

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning 23,7 prosent årsverk i brukerrettede omsorgstjenester, og hele 32,2 prosent av alle sysselsatte. Sammenlignet med 2016 har andelen blitt redusert med henholdsvis 0,7 prosent og 1,5 prosent. Med *brukerrettede omsorgstjenester* menes totalt antall årsverk for omsorgstjenesten, ekskludert stillingskategoriene *leger, fysioterapeuter, administrativt personell* og *servicefunksjoner*. Andelen for tidligere år er høyere enn tidligere publisert, grunnet at det er gjort en endring i betingelsen for stillingskategorien *pleiemedhjelper/pleieassistent med annen helsefaglig utdanning*. Det er nå lagt til at utdanningen må være fullført for å bli sortert inn i kategorien. Dette er nå rettet opp, og medfører derfor en noe høyere andel i kategorien *personell uten helse- og sosialfaglig utdanning* enn hva som tidligere har vært kjent.

Tross noe høyere andeler personell uten helse- og sosialfaglig kompetanse enn hva som tidligere er publisert, er andelen likevel noe redusert gjennom planperioden. Som tidligere er tjenestene likevel preget av mange ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning, og må ansees som alvorlig sett opp imot den stadig større mottakergruppen med omfattende bistandsbehov.



Figur 5: Andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenestene, fordelt på fylke, 2020.

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

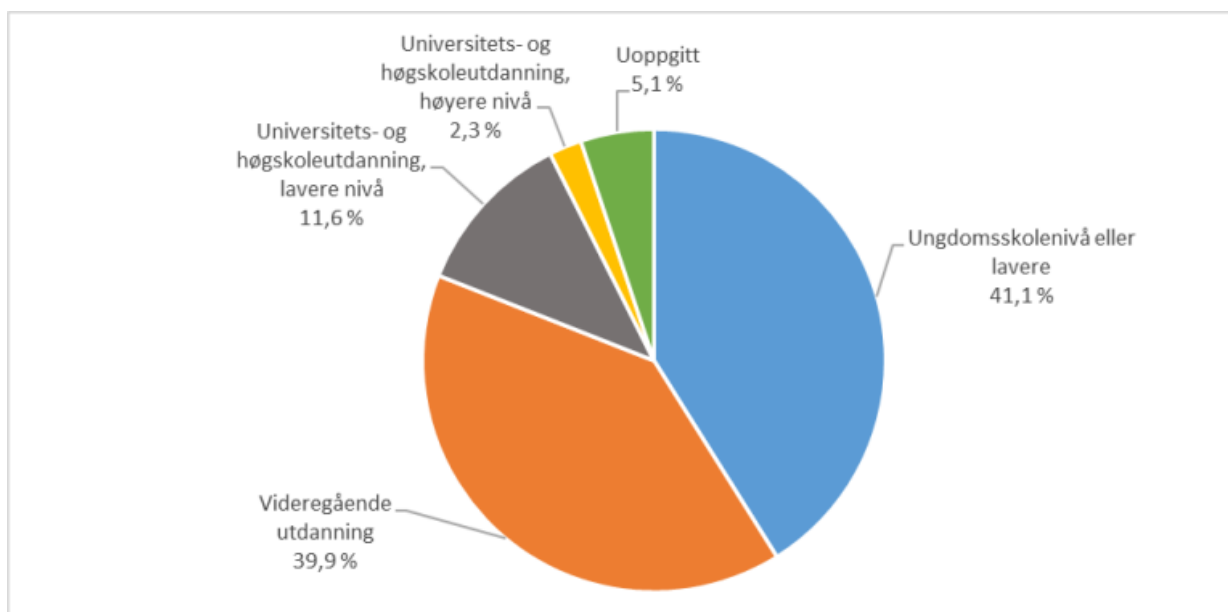
Merknad til figur: tall for årsverk inkluderer lange fravær

Som det fremgår av figur 5 er det stor variasjon i andelen *personell uten helse- og sosialfaglig utdanning* i de ulike fylkene. Troms og Finnmark og Oslo skiller seg ut med betydelig høyere andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, mens Trøndelag og Agder har lavest andel.

I figur 6 presenteres utdanningsnivået blant *personell uten helse- og sosialfaglig utdanning*. Som tidligere årsrapporter har beskrevet er det bekymringsfullt at utdanningsnivået er gjennomgående lavt i denne personellgruppen. En liten andel har høyere utdanning på lavere eller høyere nivå, men over 40 prosent har utdanning på ungdomsskolenivå *eller lavere*. Helsedirektoratet ser med bekymring på at det er andelen med lavere utdanningsnivå og uoppgitt utdanningsnivå som øker mest det siste året, både med hensyn til årsverk og antall sysselsatte. Uoppgitt utdanningsnivå innebærer trolig *lavere utdanning*, da denne kategorien i stor grad stammer fra personell med innvandringsbakgrunn hvor utdanningsnivået er ukjent. I omsorgstjenestene skiller det ikke alltid på oppgaver etter utdanningsnivå, og personell med lav kompetanse pleier derfor multisyke pasienter med stort bistandsbehov. Behovet for kompetanseheving er stort, samtidig som et lavt utdanningsnivå i gruppen kan gjøre det krevende.

I en kunnskapsoppsummering fra Senter for omsorgsforskning (SOF) oppgaveglidning i tjenestene. Funnene i studien viser at vi i Norge er i startgropen når det gjelder vertikal oppgaveglidning fra lege til sykepleier, mens den vertikale oppgaveglidningen fra sykepleier til annet personell, med eller uten fagutdanning skjer i utstrakt grad. Sykepleiere delegerer en rekke både tekniske og mer pleiefaglig oppgaver til personell med lavere kompetanse på grunn av for mange sykepleieoppgaver og en presset arbeidshverdag. En stor andel av de delegerte oppgavene går fra sykepleier til personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Oppgaveglidningen skjer ofte tilfeldig og er lite formalisert og påvirker kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene<sup>[2]</sup>.





Figur 6: Utdanningsnivå blant personell uten helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten, årsverk, 2020

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB

Merknad til figur: årsverk inkluderer lange fravær.

Som beskrevet har personell uten helse- og sosialfaglig kompetanse betydning for kvalitet i tjenestene, men det ligger et potensiale i å kvalifisere denne personellkategorien. Trolig er det også et potensiale i å kvalifisere personell med annen helsefaglig utdanning eller ikke fullført helsefaglig utdanning, i og med at det i denne gruppen kan ha en kortere vei til formell kvalifisering og autorisasjon. Et eksempel på dette er alle med helseutdanning på videregående nivå, der Helsedirektoratet forutsetter at mange av disse da også har *Helse- og omsorgsfag (VG1)* i sin utdanningsprofil.

[1] Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer. Årsverk med fagutdanning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning>

[2] Siri A. Devik, Rose Mari Olsen, Senter for omsorgsforskning (2021) "Oppgaveglidning i omsorgstjenestene. Kunnskapsoppsummering"

### 3.3

## Hvordan sikre nødvendig kompetanse i tjenestene og begrense turnover

Rekrutteringsutfordringene som tjenestene står ovenfor, vil trolig øke i takt med etterspørselen for helsepersonell. Utfordringene med rekruttering av faglært arbeidskraft gjør at man må fylle vakante stillinger med personell uten ønsket kompetanse. Det har over tid vært et ønske om større andel personell med riktig kompetanse i tjenestene, og det er stadig pekt på et behov for å utdanne flere. Dette tiltaket vil trolig bare i begrenset grad bidra til høyere andel kvalifisert personell.

Hvordan man sikrer nødvendig kompetanse i tjenestene er avhengig av gode kompetanseplaner i de enkelte kommuner, men også strukturelle årsaker som om nyutdannede ønsker å jobbe i kommunene er

av vesentlig betydning. NSF Students avgangsundersøkelse som ble publisert i 2018<sup>[1]</sup> viser at kun 2 av 10 nyutdannede sykepleiere hadde jobb i sykehjem eller hjemmetjeneste som førstevalg etter endte studier. Som beskrevet i Årsrapport 2019 for Kompetanseløft 2020 må kommunene jobbe systematisk for å være en attraktiv arbeidsplass for nyutdannede og andre. Jobbvinner<sup>[2]</sup> er et slikt tiltak som KS er prosjektansvarlig for etter tilskudd fra Helsedirektoratet. Rekrutteringsutfordringene har sammensatte årsaker, men mangel på heltidsstillinger og manglende muligheter for faglig utvikling grunnet små fagmiljøer kan være mulige forklaringer. Likeledes er også studenters og elevers erfaringer fra praksisperioder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene av betydning.

Som tidligere presentert i denne rapporten og i Årsrapport 2019 fra Kompetanseløft 2020, lekker tjenestene mye kompetanse gjennom høy turnover. Det er viktig å snu denne trenden, slik at det blir mer attraktivt å jobbe innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Noe turnover og utskiftning i enhver virksomhet har sine fordeler, men det er også uklart hva som er ideell årlig utskiftning.

Årsakene til den høye turnover er komplekse, og Helsedirektoratet mener det er behov for å kartlegge dette nærmere og hvilke tiltak som kan bidra til å snu trenden. Ved å gjøre arbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste mer attraktivt vil man tiltrekke seg flere nyutdannede, samtidig som ansatte i tjenesten ikke forlater arbeidsstedet og tjenesteområdet.

Flere tiltak for å gjøre tjenesteområdet mer attraktivt har vært forsøkt, og flere også med god effekt. Særlig trekkes behovet og effekten av en type mentorordning frem. Generelt sett kan man også anta at ivaretagelse av ansatte, faglig trygghet gjennom faglig fellesskap, opplevd balanse mellom krav og kontroll, tilpasset turnus og stabil arbeidsgruppe virker positivt på arbeidsmiljøet og arbeidsbelastningen.

Krysspress og verdikonflikter fører til at sykepleiere ønsker å forlate yrket<sup>[3]</sup>. Senter for omsorgsforskning (SOF) har introdusert begrepet *missed care* eller *utelatt helsehjelp*, og det diskuteres særlig hva det gjør med pleiepersonell når de avslutter arbeidsdagen vel vitende om at de ikke fikk gjort alt de burde og ønsket å gjøre for sine brukere<sup>[4]</sup>. Opplevelsen av tidspress som medfører nedprioritering av viktige oppgaver gir dårlig samvittighet, stress og misnøye med både arbeidsoppgaver og ledelsen, som igjen påvirker arbeidsmiljøet.

Nedenfor presenteres statistikk for turnover, som Helsedirektoratet har spesialbestilt fra KS. Tallene må tolkes med forsiktighet, da omorganiseringer og andre strukturelle endringer kan medføre høyere andeler enn hva som er realiteten. Turnover i denne rapporten er definert som enten at en ansatt har sluttet i kommunalsektor i løpet av året, eller om den ansatte har sluttet i kommunalsektor, byttet kommune eller byttet til en annen deltjeneste i kommunen i løpet av året. Det står i merknaden til den enkelte tabell og figur hvilken definisjon som ligger til grunn.

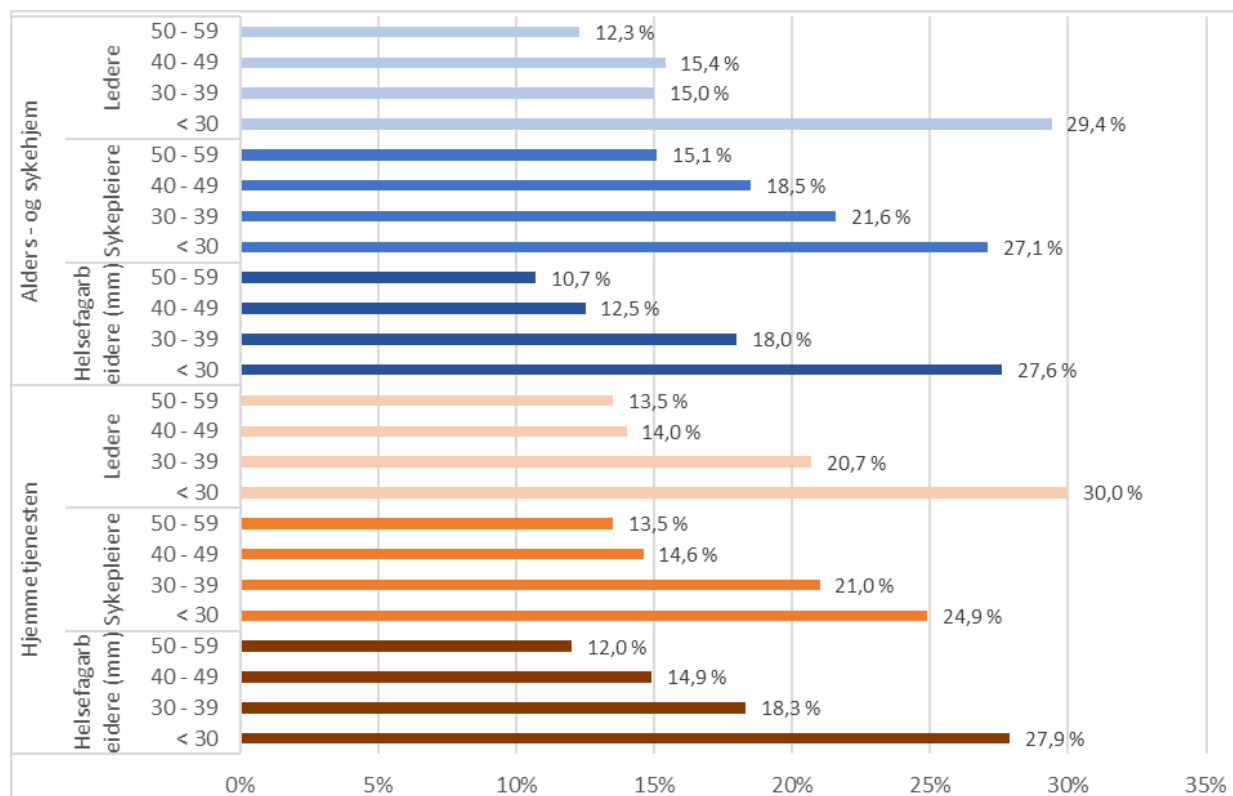
Tallene fra KS viser at 14,6 prosent av de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten sluttet i kommunesektoren i løpet av 2020. Andelen som går ut av kommunesektoren har vært på et jevnt nivå siden 2016, men representerer den mest alvorlige kompetanselekkasjen. Det er høyest turnover ut av kommunesektoren blant de under 30 år (27,5 prosent) og de mellom 60-69 år (23,5 prosent).

Det er høy turnover i alle deltjenestene, og dessverre var det også en negativ utvikling i 2020. 2020 antas å ha vært et særlig krevende år for helsepersonell grunnet belastningen pandemien har medført. Selv om statistikken som presenteres her ikke gir svar på slike mulige årsakssammenhenger, kan økningen i turnover fra 2019 til 2020 muligens forklares med denne belastningen (se kapittel 1.1).

Det var også høy turnover i alle personellkategorier i 2020, selv om det er stor variasjon. I år presenteres statistikk for flere stillingskategorier, inkludert ledere som en egen kategori. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning har ikke uventet høyest turnover, men turnover blant leger på 30 prosent er svært bekymringsfullt. Turnover blant ledere er også høy, og Helsedirektoratet mener dette kan føre til negative

konsekvenser for det strategiske arbeidet og utviklingen i tjenestene. Å lede virksomheter med slike utfordringer er særdeles krevende, og mange ressurser bindes opp til rekruttering, opplæring og ivaretagelse av nye medarbeidere.

I tillegg til stillingskategori og tjenesteområde varierer turnover også etter *alder*. Særlig høy er turnoveren blant yngre ansatte (under 30 år). Om lag en av tre i denne alderskategorien sluttet i 2020, og denne andelen har vært stabil over tid. Høy turnover er det også blant de eldste, men tallene må sees i sammenheng med avgangsalder og pensjon, da statistikken ikke skiller ut dette spesifikt. I Årsrapport 2019 for Kompetanseløft 2020 redegjorde Helsedirektoratet for tidlig avgangsalder[5]. Det er stadig viktig å legge til rette for at helsepersonell kan stå lengre i arbeid før de pensjoner seg for å redusere dagens mangel på helsepersonell og framskrevet behov.



Figur 7: Prosentvis turnover pr. aldersgruppe og stillingskategorier i hjemmetjenesten og alders- og sykehjem, 2020 Kilde: Spesialbestilte data fra KS

Merknad til figur: turnover måles fra 1. desember til 1. desember året etter (for eksempel er turnover for 2016 målt fra 1. desember 2015 til 1. desember 2016). Sykepleiere inkluderer alle sykepleiere. Turnover er dersom en ansatt har (1) sluttet i kommunesektoren, (2) byttet kommune, (3) byttet til en annen deltjeneste i kommunen

Av figur 7 fremgår turnover i omsorgstjenesten blant ulike stillingskategorier etter alder. Andelen turnover blant yngre sykepleiere og helsefagarbeidere er særlig høy innenfor både hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester. Denne trenden ser vi også blant yngre ledere, der om lag 30 prosent sluttet i sin stilling i løpet av året

Helsedirektoratet mener turnoveren er for høy i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og at den påvirker tjenestekvaliteten negativt. Sammenlignet med turnover i kommunen for øvrig har omsorgstjenestene vesentlig høyere utskifting i arbeidsstyrken årlig, faktisk så mye som en tredjedel høyere. I helsestasjons- og skolehelsetjenesten er turnoveren noe lavere enn resten av kommunen. Forskjellene mellom de andre deltjenestene og helse- og omsorgssektoren blitt redusert siden 2016.

[1] NSF Student (2018). Avgangundersøkelsen 2017.

[2] Mer om jobbvinner tiltaket, se <https://jobbvinner.no/>

[3] Sykepleien (2021) *Derfor vurderer 3 av 4 sykepleiere i kommunene å slutte*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2021/09/derfor-vurderer-3-av-4-sykepleiere-i-kommunene-slutte?fbclid=IwAR2i5zODWf>

[4] Andfossen et. al. (2021), Senter for omsorgsforskning "Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt"

[5] Helsedirektoratet (2020) "Årsrapport Kompetanseløft 2020 – personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019" <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/>

## 3.4

# Høyt sykefravær i tjenestene

Høyt sykefraværet er en sentral del av utfordringsbildet for den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Sykefravær har betydning for mottakerens opplevelse av kontinuitet i tjenesten. Ved høyt sykefravær må ledere bruke mye av tid til oppfølging av fravær og ansatte, og tilkalling av personell for vakante vakter.

Tall fra SSB viser at helse- og sosialtjenestene har betydelig høyere sykefraværsprosent enn samtlige andre næringer. Sykefraværsprosenten for alle sektorer var i 2020 6,1 prosent, mens den for helse- og sosialtjenestene var 9,1 prosent[1]. Denne statistikken inkluderer både legemeldt og egenmeldt fravær og i statistikken inngår også statlige helsetjenester. Sykefraværet i kommunal sektor er høyere enn i den statlige helsetjenesten og trekker opp sykefravær snittet for helse- og sosialtjenestene. For fjerde kvartal 2020 var sykefraværsprosenten (legemeldt og egenmeldt) i den kommunale helse- og sosialtjenesten 10,8 prosent[2].

Sykefraværet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har over tid vært høyt. Årsakene til det høye sykefraværet er komplekse og henger blant annet sammen med de andre hovedutfordringene nevnt i denne rapporten; arbeidsmiljø, arbeidsforhold og organisasjonskultur. Særlig er fravær knyttet til turnusarbeid, slik at tjenester med høy grad av turnus i kommunale helse- og omsorgstjenester har høyere sykefravær. STAMI omtaler dette og viser samtidig tid at det er et stort potensial til å forbygge mye av fraværet[3]. Det er også laget et verktøy for sykehjem for å få bedre arbeidsflyt, mer motivasjon og mindre sykefravær[4].

Høyt sykefravær synes å være assosiert med de belastninger som følger av arbeidet personellet står i over tid. Et eksempel på det er menn i tjenestene har vesentlig høyere fravær enn andre menn. Dette ble presentert i fjorårets årsrapport for Kompetanseløft 2020. Dette kan sammen med faktorer som arbeidsforhold og organisasjonskultur indikere at egenskaper ved selve arbeidet, slik som fysisk, psykisk og emosjonell belastning, påvirker fraværet i tjenestene.

Tidligere har Helsedirektoratet presentert egenmeldt og legemeldt sykefraværsstatistikk fra KS. KS produserer ikke lengre denne statistikken. Årets presentasjon er derfor spesialbestilt statistikk fra SSB, som kun viser legemeldt sykefravær. I en sektor med utstrakt bruk av egenmeldt fravær, er det derfor uheldig at denne statistikken ikke lenger foreligger. SSBs metode for å registrere egenmeldt fravær gir ikke mulighet til å gi data på detaljingsnivået i denne rapporten. Med hensyn til at koronarelatert fravær i stor grad er ført via utvidet rett til egenmeldinger, er det grunn til å tro at det også er en økning i egenmeldt fravær i 2020, selv om vi ikke har statistikk på det.

Sykefraværstatistikken gir et entydig bilde av gjennomgående høyt *legemeldt* sykefravær for hele kommunal helse- og omsorgstjeneste. Legemeldt sykefravær har økt for samtlige yrkesgrupper i kommunal helse- og omsorgstjeneste fra 2016 til 2020, og med noen veldig få unntak også fra 2019 til 2020. Det samme overordnede bildet gjelder også for deltjenestene. Dette er første året Helsedirektoratet har fått sykefraværstatistikk for så mange og spesifikke kategorier på ulike de tjenesteområdene.

Sykefraværet var høyest blant helsefagarbeidere, aktivører og barne- og ungdomsarbeidere, med over 10 prosent i 2020. I motsatt ende var administrativt personell, helsesykepleiere, jordmødre og personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, men også for disse kategoriene er sykefraværet høyere enn gjennomsnitt for legemeldt fravær for alle næringer publisert hos SSB.

Både samlet sett, for de største yrkeskategoriene og for de ulike deltjenestene, kan nesten hele økningen i sykefravær i planperioden tilskrives økt sykefravær i 2020. Dette styrker tanken om at pandemien har vært en stor belastning for ansatte i kommunal

[1] SSB, tabell 12441 i Statistikkbanken

[2] SSB, tabell 12442 i Statistikkbanken

[3] STAMI, 2021 "[Stort potensiale for å forebygge sykefravær blant sykepleiere](#)"

[4] En bra dag på jobb. [En bra dag på jobb - Verktøy for arbeidsmiljø på sykehjem \(enbradagpajobb.no\)](#)

## 3.5

# Mulighetsrommet i velferdsteknologi

## 3.5.1 Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom, og sosial, psykisk eller fysisk funksjonsnedsettelse.

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging (tidl. Medisinsk avstandsoppfølging) gir gevinster. Det kan gi økt følelse av trygghet og mestring for bruker, det kan gi økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene og det kan gi sparte utgifter og tid for samfunnet.

I Helsedirektoratets felles styringsstruktur for det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet og satsningen på å flytte tjenester hjem ved hjelp av teknologi i Nasjonal helse- og sykehusplan, brukes både velferdsteknologibegrepet og digital hjemmeoppfølging parallelt. I kommunen vil digital hjemmeoppfølging ofte oppfattes som en del av velferdsteknologibegrepet, men i spesialisthelsetjenesten er det ikke samme tradisjon for å bruke begrepet velferdsteknologi. For å adressere begge tjenestenivåer brukes derfor begge begrepene samtidig når feltet skal beskrives.

Besparelsene og forbedringene kan investeres i økt omsorgskapasitet når omsorgsbyrden i samfunnet etter hvert øker. Satsning på velferdsteknologi kan således være et viktig bidrag til økt bærekraft i helse- og omsorgstjenestene.

## 3.5.2 Barrierer knyttet til kompetanse

En forutsetning for å få implementert velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er å få bygget opp nok kompetanse på feltet. Barrierer knyttet til kompetanse kan deles i tre:

### 1. Lederkompetanse

Manglende kompetanse om prosjektstyring, tjenesteinnovasjon, overordnet teknisk forståelse, kunnskap om personvern og informasjonssikkerhet, krav til organisatoriske endringer og erfaring med endringsledelse.

### 2. Kompetanse blant ansatte

Manglende kompetanse om hva velferdsteknologi er, når og for hvem det kan brukes, brukermedvirkning og oppgaver relatert til å sette teknologi ut til bruker, sørge for respons, uttrykning og evaluering.

### 3. Strukturelle utfordringer

Høyt antall personell i turnusordninger som skal ha opplæring. Mange deltidsstillinger og høy turnover på personell, det gjør det vanskelig å nå ut til alle. Et umodent leverandørmarked med hensyn til tilbud om mobil opplæring som passer bedre i de ansattes arbeidssituasjon.

Velferdsteknologiens ABC fornyes i 2021, og er hittil gjennomført av ca. 5.000 ledere og ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til introduksjonen som gis i ABC-opplæringen, må kommunene selv organisere opplæring i konkrete prosedyrer og bruk av teknologi til ansatte på alle nivå. Nasjonalt velferdsteknologiprogram erfarer at samarbeid mellom kommuner samt klare krav til tilbud om mobil opplæring ved anskaffelser er med på å løse noen av disse utfordringene, både med tanke på kostnader og kompetanse.

Kommunene oppgir selv at erfaringsdeling gjennom organiserte nettverk er et svært viktig bidrag til å øke kompetansen om implementering av velferdsteknologi. I Nasjonalt velferdsteknologiprogram er det også vektlagt prosessveiledning, særlig knyttet til veikart for tjenesteinnovasjon. Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres i en treårsperiode 2022-2024.

---

4

## PDF-versjon av rapporten

[Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten \(PDF\)](#)

