

# Eldreomsorgen

Karmøy kommune, 2026



# INNHold

Oppdraget .....	4
Sammendrag .....	5
Kommunedirektørens kommentar .....	9
1 Innledning .....	11
1.1 Formål og bakgrunn .....	11
1.2 Datagrunnlag og metode .....	13
1.3 Avgrensninger og hovedspor .....	15
1.4 Problemstillinger og oppbygging av rapport .....	17
1.5 Nærmere om revisjonskriterier .....	17
2 Organisering og nøkkeltall .....	19
2.1 Organisasjon, ledelse og kompetanse .....	19
2.2 Utvalgte nøkkeltall .....	22
2.2.1 Demografisk utvikling .....	22
2.2.2 Nasjonal statistikk eldreomsorg (KOSTRA) .....	25
3 Dagens eldreomsorg: mål og innretning .....	37
3.1 Lovverk, revisjonskilder og -kriterier .....	37
3.2 Status for innretning og mål .....	39
3.2.1 Innretning av tjenestetilbudet .....	39
3.2.2 Samhandling og koordinering mellom enheter .....	45
3.2.3 Ansattes rammebetingelser og brukeres behov .....	50
3.3 Vurderinger .....	57
4 Langsiktig planlegging .....	61
4.1 Lovverk, revisjonskilder og -kriterier .....	61
4.2 Status for langsiktig planlegging .....	63
4.2.1 Utvikling og tilpasninger av tjenestetilbudet .....	63

4.2.2	Behov og ressursbruk: planlegging og utvikling ..	67
4.3	Vurderinger .....	77
5	Konklusjon og anbefalinger .....	83
	Referanser.....	84

# OPPDRAGET

**Bestilling:**

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg bestilte 5. februar 2025 en forvaltningsrevisjon om eldreomsorg og status i arbeidet med å forberede tjenestetilbudet for de økte behovene i forbindelse med økningen i antall eldre i årene framover (sak 10/25).

**Formål:**

Formålet med prosjektet er å foreta en statusgjennomgang av kommunens arbeid med å tilrettelegge tjenestetilbudet for en aldrende befolkning.

**Problemstillinger:**

- Hvordan er det tilrettelagt for at Karmøy kommune skal kunne nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme?

(Aktuelle indikatorer her er: organisering, forebyggende tiltak, kompetanseutvikling, bruk av velferdsteknologi, samhandling og koordinering mellom ulike fagenheter, kulturbygging, pleiernes rammebetingelser for å kunne jobbe i tråd med målet)

- I hvilken grad er kommunen forberedt på endringer i behov som forventes å følge med en aldrende befolkning?

Forvaltningsrevisjonen har vært ledet og utført av forvaltningsrevisor Øystein Lundestad. Fram til 25. juni 2025 hadde forvaltningsrevisor Ingvild Idsøe-Jakobsen den samme rollen. Arbeidet og rapporten er kvalitetssikret av leder forvaltningsrevisjon Kristine Hernes (oppdragsansvarlig) og av revisjonsdirektør Rune Haukaas. Revisjonen er hjemlet i kommuneloven kap. 23 og 24 og har fulgt NKRFs standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

# SAMMENDRAG

## *Oppdrag og problemstillinger*

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg bestilte 5. februar 2025 en forvaltningsrevisjon om eldreomsorg og kommunens forberedelser til økte behov som følge av en aldrende befolkning. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å foreta en statusgjennomgang av arbeidet med å tilrettelegge tjenestetilbudet for en aldrende befolkning, med følgende problemstillinger:

- Hvordan er det tilrettelagt for at Karmøy kommune skal kunne nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme?
- I hvilken grad er kommunen forberedt på endringer i behov som forventes å følge med en aldrende befolkning?

## *Kapittel 2: Organisering og nøkkeltall*

Eldreomsorgen i Karmøy kommune er organisert under kommunalsjef for helse og omsorg, med flere sektorledere og et sentralt bestillerkontor som vedtaksmyndighet. Bestillerkontoret har en nøkkelrolle i å vurdere behov og tildele tjenester på ulike trinn i kommunens omsorgstrapp. De største og mest sentrale tjenestene innen eldreomsorgen er sykehjemmene og hjemmetjenesten.

I likhet med landets kommuner står Karmøy overfor betydelige demografiske endringer. Antall innbyggere i aldersgruppa 80 år og eldre forventes å dobles i løpet av de neste 20–25 årene. Da vil også behovene for pleie- og omsorgstjenester øke betraktelig, blant annet knyttet til demens.

Nøkkeltallene tilsier at Karmøy har en forholdsvis lav dekningsgrad for institusjonsplasser og hjemmetjenester sammenlignet med andre kommuner, med en høy andel eldre som klarer seg uten slike tjenester. Mottakere har imidlertid et høyt antall tildelte uketimer hjemmetjenester. Samlet sett tilsier dette en tjenesteprofil med forholdsvis høy terskel for å få tilbud, og desto høyere ressursinnsats pr. bruker. Vi understreker at nøkkeltallene alene ikke gir grunnlag for å konkludere om kommunens tjenesteprofil. Vurderinger og anbefalinger kommer i senere kapitler.

## *Kapittel 3: Dagens eldreomsorg – mål og innretning*

Dette kapittelet har hatt følgende problemstilling som utgangspunkt: «Hvordan er det tilrettelagt for at Karmøy kommune skal kunne nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme?». For å undersøke og besvare dette spørsmålet formulerte vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen har planlagt og foretatt strategiske vurderinger av omfang, innhold og forsvarlighet i dagens tjenestetilbud innen eldreomsorgen
- Kommunen har innrettet tjenestetilbudet etter vedtatte mål og prinsipper (BEON), for å sørge for at eldre innbyggere mottar riktige tjenester til riktig tid og i riktig omfang

Kommunen arbeider etter BEON-prinsippet («Beste Effektive Omsorgs Nivå»). Dette innebærer at riktige tjenester skal gis til riktig tid og i riktig omfang, ut fra innbyggernes behov. Kommunen benytter seg av en omsorgstrapp som modell for ressursbruk og tildeling av tjenester, og har mål om at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Revisjonen viser at kommunen har et godt plan- og strategigrunnlag innen eldreomsorgen. Det er gjennomført flere organisatoriske endringer, blant annet i form av tilpasninger i hjemmetjenesten og planlegging av økt kapasitet i heldøgns omsorgsboliger. I intervju er våre kilder tydelige på at tjenestetilbudet er forsvarlig, men samtidig under økende press. Dette utfordrer dagens tilbud og ressursbruk (økonomi, kapasitet og kompetanse). Ansatte tilskriver utfordringene både den rene økningen i antallet eldre, og at det også er flere eldre med sammensatte og komplekse behov som skrives ut tidligere fra sykehus. Vi har intervjudata som tilsier at det iblant er utfordringer med å finne riktig tilbud til enkelte brukere.

Samarbeidet mellom bestillerkontor og utførende enheter er avgjørende for god ressursbruk og å gi tilbud på riktig trinn i kommunens omsorgstrapp. Her ser vi rom for forbedring. Dette gjelder særlig koordinering og samarbeid med tanke på omfanget av vedtak (timetall, nivå og varighet) som hjemmetjenesten står som utfører av. Vi ser åpning for mer forebyggende arbeid på området, blant annet gjennom større bruk av tidsavgrensede opplæringstiltak og klarere krav til brukere og hjemmesituasjonen før en får vedtak om hjelp. Dette siste er nå spesifisert i gjeldende versjon av kommunens tildelingskriterier.

Vi ser videre at hjemmetjenesten fortsatt har et høyt arbeidspress, stort oppgavespenn og høyt timetall pr. bruker. En ekstern rapport har omtalt en «raus» praksis ved tildeling av tjenester, noe som fører til «lav effektivitet» i hjemmetjenesten, sammen med «meget høy produktivitet» og «stort tidspress» (Devold-rapporten, s. 7). Hjemmetjenesten jobber med andre ord godt og har mye brukertid, men har det travlere og kunne ha gitt mer helsehjelp enn de faktisk får gitt. Vi finner dette igjen i våre data. Vi vurderer at det er gjort viktige vedtak om å øke kapasitet på høyere trinn i omsorgstrappa, men finner ikke tilsvarende grad av satsinger på lavere trinn. Vi anbefaler at kommunen arbeider mer med forebyggende og helsefremmende tjenester, blant annet for å støtte opp om hjemmetjenestens arbeid nedenfra.

Vår vurdering er at BEON-prinsippet ligger til grunn for både organisering, utviklingsarbeid og investeringer, og at det er godt kjent blant ansatte på alle nivå. Vi mener derimot at prinsippet ikke blir like godt fulgt opp i arbeidsoppgaver og arbeidsomfang i hjemmetjenesten. Dette er et klart og tydelig funn i vår rapport: Hjemmetjenesten har i dag en mer omfattende portefølje enn hensiktsmessig, gitt BEON-prinsippet og innretningen av kommunens omsorgstrapp. Våre data fra statistikk og intervju (og Devold-rapporten) tilsier at hjemmetjenesten har for mange uketimer pr. tjenestemottaker, og dermed ikke får brukt egen kapasitet og kompetanse på best mulig måte.

Kompetansen blant ansatte i eldreomsorgen vurderes som god, og andelen fagansatte ligger klart høyere enn andre kommuner. Samtidig er det også i eldreomsorgen i Karmøy utfordringer knyttet til rekruttering, ressurser og økende arbeidspress. Velferdsteknologi og nye arbeidstidsordninger trekkes fram som viktige tiltak, men med varierende effekt og oppslutning. Vi mener det arbeides godt med kompetanseutvikling og oppgaveglidning i kommunen, blant annet gjennom deltakelse i KS' tørn-prosjekt (jf. KS 2025 og under). Dette er et eksempel på et tiltak som både mottas godt av ansatte og som har positiv virkning på tilbud og ressursbruk. Vi anbefaler at denne typen tiltak videreføres, jf. andre kulepunkt under.

Vi har følgende anbefalinger knyttet til kap. 3 (om dagens eldreomsorg: mål og innretning):

Kommunen bør vurdere:

- tiltak for å øke innsatsen innen forebyggende og helsefremmende tjenester, blant annet for å støtte opp om og avlaste hjemmetjenesten nedenfra (jf. BEON-prinsippet)
- videreføring av arbeidet med å sikre best mulig bruk av samlet kompetanse i tjenestene
- tiltak for å utvikle samarbeidet mellom hjemmetjeneste og bestillerkontor, blant annet for å sørge for god og bærekraftig ressursbruk i tjenesten

#### ***Kapittel 4: Langsiktig planlegging***

I dette kapitlet har vi hatt følgende problemstilling som utgangspunkt: «I hvilken grad er kommunen forberedt på endringer i behov som forventes å følge med en aldrende befolkning?». For å undersøke og besvare dette spørsmålet formulerte vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen har foretatt strategiske planlegginger av omfang, innhold, forsvarlighet og kompetansebehov i det framtidige tjenestetilbudet innen eldreomsorgen
- Kommunens oversiktsdokument over folkehelsestanden gir nødvendig oversikt og ligger til grunn for videre planarbeid
- Kommunalt planverk viser hvordan mål og utfordringer på området skal følges opp

Kommunen har gjennom helhetlig helse- og omsorgsplan identifisert de viktigste utfordringene knyttet til framtidig eldreomsorg. Her gir kommunen en god oversikt over vekst i antall eldre, økt omsorgsbehov og behov for å vri tjenestetilbudet lenger ned i kommunens omsorgstrapp. Det er gjort enkelte beregninger av framtidig behov for tjenester, institusjonsplasser og personell, og planen viser tydelig at dagens tjenestenivå ikke kan videreføres uten betydelige endringer.

Samtidig viser vår gjennomgang at mål og utfordringsbilde bare i begrenset grad er forankret i overordnet planverk, som kommuneplan, folkehelsedokumenter og handlingsprogram/budsjett. Det oppstår dermed et spenningsforhold mellom helse- og omsorgsplanens mål og utfordringsbilde, og oppfølging av disse på overordnet nivå (administrativt og politisk). Vi ser behov for tydeligere omsetting og oppfølging av planverk i praksis. Tilbud oppgis fortsatt å være forsvarlig, men flere ansatte opplever at de står igjen med ansvar og oppgaver som blir stadig vanskeligere å etterleve: Behovene i eldreomsorgen øker, samtidig som ressursituasjon er mer eller mindre uforandret (og på noen områder synkende).

Kommunen har ikke en samlet, overordnet kompetanseplan for helse og omsorg. Det finnes en intern handlingsplan, i tillegg til kompetanseplaner på virksomhetsnivå. Kapasitetstiltak som nytt sykehjem, dagsenter og heldøgns omsorgsboliger er igangsatt og vurderes som gode og viktige tiltak. Samtidig framstår økonomiske rammer og framtidig kompetanse fortsatt som ei betydelig utfordring innen eldreomsorgen.

Vi har følgende anbefalinger knyttet til kap. 4 (om langsiktig planlegging innen eldreomsorgen):

Kommunen bør vurdere:

- tiltak for å gjenspeile mål og utfordringer i eldreomsorgen i overordnet planverk og praksis
- tiltak for å motvirke framtidig ressursmangel, blant annet ved å:
  - utvide arbeidet med kompetanseplaner og -utvikling til overordnet, strategisk nivå
  - sørge for god involvering av ansatte og tillitsvalgte i videre utviklingsarbeid

### **Avsluttende vurdering**

Revisjonen viser at Karmøy kommune har et godt og gjennomarbeidet plan- og strategigrunnlag for eldreomsorgen på etatsnivå. Vi vurderer at kommuneadministrasjonen arbeider godt med å tilpasse tilbud til økte behov og tilgjengelig ressursbruk. utfordringene knyttet til demografisk og helsemessig utvikling er godt kjent blant ansatte på alle nivå. Samtidig peker rapporten på behov for økt forebyggende innsats på lavere trinn i omsorgstrappa, videreutvikling av samarbeidet mellom bestiller og utfører, og tydeligere forankring av mål og utfordringer i overordnet planverk og praksis.

Dette vurderes som avgjørende for å sikre en god og bærekraftig eldreomsorg i årene framover. Sammenlignet med andre kommuner har eldreomsorgen i Karmøy flere gode utviklingstrekk og mange forutsetninger på plass for å lykkes med å tilrettelegge tilbudet til en aldrende befolkning. Samtidig er det klart at disse endringene må forventes å bli svært krevende. Vi mener kommunen bør vurdere tiltak for å motvirke dagens utvikling, som er kjennetegnet av økte tjenestebehov og begrensede ressurser innen økonomi, kompetanse og kapasitet. Svaret på spørsmålet om i hvilken grad en er forberedt på endringene som kommer, vil avhenge av hvordan kommunen som helhet arbeider med og prioriterer ressursinnsatsen i årene framover.

### **Høringsrunde**

Rapporten har vært på høringsrunde i kommunens administrasjon (uke 7 og 8). Som i andre forvaltningsrevisjoner ble kommunedirektøren bedt om å gi sin kommentar til rapporten. Denne følger etter sammendraget. I tillegg har vi fått tilbakemelding på faktagrunnlaget, og har korrigert påviste feil og mangler. Vi har foretatt noen mindre språklige endringer for å gjøre framstillinger tydeligere. Det som måtte gjenstå av faktafeil i rapporten, står for utførers regning.

Vi har også blitt informert om den pågående politiske behandlinga av «Strategisk folkehelseplan» (2026), som skal til formannskapet og kommunestyret etter ferdigstilling av denne rapporten. Vi har ikke tatt stilling til denne rapporten, da den ennå ikke er politisk vedtatt og faller utenfor vår revisjonsperiode. Se også kap. 1.3 for nærmere avgrensinger av rapportens datagrunnlag.

Takk til alle i Karmøy kommune som har bidratt med informasjon til forvaltningsrevisjonen og med innspill i høringsrunden. En særlig takk rettes til kommunens kontaktperson, rådgiver Tove Rosseland, for data- og dokumenttilganger, koordinering av intervjuavtaler, statusoppdateringer, svar på oppfølgingsspørsmål m.m.

# KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektøren takker Rogaland Revisjon for et grundig og detaljert arbeid. Takk også til egne ansatte som har bidratt i intervjusammenheng.

Rapporten peker på problemstillinger som kommune er godt kjent med og som også omtales detaljert i «Helhetlig plan for Helse omsorg 2023 – 2028». Denne planen har vært et sentralt dokument i denne revisjonen, og revisjonen fremholder denne planen som et viktig dokument i forhold til god og strategisk planlegging av omfang og innhold i fremtidig tjenestetilbud.

Rapporten bekrefter at Karmøy kommune står overfor betydelige utfordringer i årene som kommer. Med en betydelig vekst i antallet innbyggere over 80 år må det planlegges for utfordringer både i forhold til kapasitet, kompetanse og økonomi. Det pekes i rapporten på områder der kommunen har jobbet godt og er langt fremme også nasjonalt som for eksempel heltidskultur. Rapporten peker i tillegg på forhold som vil kreve ytterligere utvikling og prioritering. Dette gjelder særlig tiltak tidlig og i grunnmuren til omsorgstrappen og effektiv bruk av kompetanse.

I rapporten blir det pekt på forbedrings potensialet i samhandlingen mellom bestillerkontoret og utførende enheter. Samhandling er en forutsetning for at omsorgstrappen skal fungere optimalt og at en får en god og bærekraftig ressursbruk.

Kommunedirektøren deler revisjonens vurdering av at kommunen må arbeide mer strategisk med kompetanse, kapasitet og forebygging for å møte framtidens behov. Dette vil innebære å videreutvikle forhold knyttet til samhandling, utvikling av eksisterende tjenester og å prioritere ulike tiltak som kan bidra til at flere kan bo hjemme lengst mulig. Noe av dette arbeidet er allerede startet og et eksempel på dette er Strategisk folkehelseplan som nå er under politisk behandling. Planen er en overordnet og strategiskplan, men hvor en foreslår at det skal utarbeides ulike tverretatlige handlingsplaner. I denne sammenheng er det naturlig å trekke frem at et av fokusområdet i planen er "Friske og robuste eldre". Fremtidige tiltak knyttet til dette området vil inngå som en del av grunnmuren i omsorgstrappen og styrke den forebyggende innsatsen.

Kommunedirektøren deler betraktningen av betydningen av god involvering av ansatte og tillitsvalgte i det videre utviklingsarbeidet for å sikre tilstrekkelig bemanning. Noe av arbeidet er startet på dette området som utarbeidelse av årshjul i helse og omsorgsetaten som skal sikre en avtalt og forutsigbar involvering og samhandling mellom arbeidstakerrepresentanter og administrasjonen. Det vil også jobbes videre med å utarbeide gode former for involvering av ansatte.

Funnene i rapporten vil i sin helhet inngå i videre arbeid med planer, og ellers i styring og utvikling av tjenestene.

Utfordringene kommunen står overfor er av et slikt omfang at det ikke lar seg håndtere i en etat alene. Her må hele kommunen samles og bidra på ulike måter. Kommunedirektøren vil sørge for

at relevante enheter involveres og at det legges til rette for et tett samarbeid og gode prosesser mellom de ulike etatene, administrasjon, ansatte, politiske organer og innbyggere.

# 1 INNLEDNING

Dette innledende kapittelet gir leseren oversikt over ulike formelle sider ved rapporten. Kapittelet har følgende deloverskrifter (delkapittel):

- 1.1. Formål og bakgrunn
- 1.2. Datagrunnlag og metode
- 1.3. Avgrensninger og hovedspor
- 1.4. Problemstillinger og oppbygging av rapport
- 1.5. Nærmere om revisjonskriterier

## 1.1 FORMÅL OG BAKGRUNN

---

Karmøy kontroll- og kvalitetsutvalg bestilte 5. februar 2025 forvaltningsrevisjonsprosjektet: «Eldreomsorg – forberedelse av tjenestetilbud for økte behov». Som det framgår av oppdraget, er formålet med prosjektet å foreta en statusgjennomgang av kommunens arbeid med å tilrettelegge tjenestetilbudet for en aldrende befolkning. Vi kan dermed vurdere hvorvidt kommunen arbeider systematisk for å sikre at den er forberedt for stadig flere (pleietrengende) eldre i årene framover.

Kommunene skal sørge for at helsetjenestetilbudet favner alle innbyggere, dvs. hele spennet fra brukere med lavt behov for tjenester og helsehjelp, til dem med store, omfattende og komplekse behov over lang tid. Kommunen må også ta hensyn til helheten i form av et folkehelseperspektiv. Utover å være et lovkrav, kan dette fremme helse og forebygge/utsette framtidige omsorgsbehov. Fokuset i denne forvaltningsrevisjonen er likevel eldre personer, og ikke hele befolkningen. Kun i begrenset grad vil vi komme inn på folkehelseiltak rettet mot barn, unge og arbeidsføre.

Selv om prosjektet altså er rettet mot eldreomsorgen i Karmøy kommune, må det også forstås i en større, samfunnsmessig kontekst. Karmøy står ikke alene med sine utfordringer, og utviklinga er heller ikke ny eller ukjent. Endringene har vært underveis lenge, og er del av ei nasjonal utvikling innen fag, demografi, økonomi og flere andre samfunnsområder. I sum fører denne utviklinga til store endringer i måten kommunen innretter sin eldreomsorg. Dette er ei utvikling som allerede har begynt, og som bare forventes å tilta i styrke, i takt med utviklinga innen de nevnte områdene.

Stortingsmeldingene *Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* og *Meld. St. 24 (2022-2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* markerer et skifte i fokus fra institusjonsbasert eldreomsorg til mer hjemmebaserte løsninger. Videre vektlegger meldingene at eldre skal kunne leve selvstendige liv med støtte fra tjenester som tilpasses deres behov. Målet er å gi eldre flere gode leveår med bedre helse, høy livskvalitet og økt meistring av eget liv, samtidig som de mottar nødvendig helsehjelp.

Særlig reformen fra 2018 legger vekt på tilrettelegging for at eldre kan delta aktivt i samfunnet og bruke sine ressurser, noe som krever tilpasninger i samfunnet for å møte en økende andel eldre i befolkningen. Meldinga tar også for seg bekjempelse av ensomhet blant eldre og omtaler behov for å tilby eldre tilpassede møteplasser og aktiviteter i lokalsamfunnet, fordi fysisk aktivitet og sosialt fellesskap bidrar til bedre helse og trivsel.

I begge stortingsmeldingene understrekes betydningen av å støtte pårørende slik at de kan bidra uten selv å bli utmattet av det uformelle omsorgsarbeidet de gjør. Hovedmålene er å legge til rette for at eldre kan bo trygt hjemme, og at behovet for helse- og omsorgstjenester utsettes gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Tjenester skal organiseres slik at pårørende får nødvendig avlastning og støtte. Sammenheng i tjenestene trekkes også frem som en viktig faktor for å sikre at pårørende opplever forutsigbarhet og trygghet.

For å bekjempe ensomhet og styrke eldreomsorgen, legges det i *Leve hele livet* vekt på aktivitet og fellesskap. Levende lokalsamfunn er et av satsingsområdene i *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, hvor frivillighet og nærmiljøets rolle i eldreomsorgen vektlegges. Dette inkluderer tilpassede møteplasser og aktiviteter for å fremme fysisk og sosial aktivitet blant eldre.

Stortingsmeldingene understreker behovet for et eldreboligprogram og økt satsing på egnede boliger. Fordi fokuset har skiftet fra institusjonsbasert eldreomsorg til hjemmebaserte løsninger, hvor eldre skal kunne bo trygt hjemme med tilpassede tjenester, må det gis økt oppmerksomhet til kommunens boligpolitikk. Tilpasning og planlegging av boliger trekkes frem som et satsingsområde for å utsette behovet for helse- og omsorgstjenester gjennom bedre planlegging, forebygging og målrettede tjenester.

For å nå de overordnede målene for tilrettelegging for en aldrende befolkning, understreker disse rapportene at det kreves innsats på tvers av samfunnssektorene. Riksrevisjonens rapport viste at staten har dårlig oversikt over kommunenes arbeid med kapasitet i eldreomsorgen. Rapporten ga uttrykk for at det var usikkert om investeringstilskudd har ført til økt kapasitet, med utfordringer knyttet til planlegging og ressursstyring, jf. Riksrevisjonen (2018).

I praksis er det her omtalte skiftet fra institusjonsbaserte helsetjenester til hjemmebaserte tjenester godt i gang både i Norge og i Vesten ellers, se blant annet UKOM (2024). Generelt sett er skiftet politisk ønsket, fordi det er ventet en stadig økende andel eldre mennesker. Disse vil trenge hjelp og oppfølging fra helse- og omsorgstjenestene. Samtidig er det klart at det ikke er helsepersonell eller institusjonsplasser nok til å videreføre dagens innretning av tjenestetilbudet. Hjemmebaserte helsetjenester er derfor et tiltak som er viktig også sett fra et bærekraftperspektiv, jf. blant annet Riksrevisjonen (2018). Her vektlegger en at det i dag gis det stadig mer avansert helsehjelp til pasienter i deres eget hjem, en helsehjelp som er både kurativ, støttende, lindrende og palliativ.

I NOU (2023:4) vektlegges det at for å sikre bærekraft kreves nye tilnærminger, blant annet å sikre bedre oppgavedeling og organisering i tjenestene. Det legges til grunn at bærekraft innen helse krever ny holdning og ny politikk på flere tiltaksområder. En vridning fra institusjonsbasert omsorg til hjemmetjenester i eldreomsorgen er et eksempel på slik ny politikk. Videre anbefaler kommisjonen videre arbeid med oppgaveløsning på lavest effektive omsorgsnivå (LEON). I noen kommuner, som Karmøy, er dette prinsippet heller navngitt BEON: beste effektive omsorgsnivå.

Innen eldreomsorg i hjemmet gis helsetjenester i pasientens eget hjem én-til-én (1:1), ev. to-til-én (2:1), dersom den eldre har et stort pleiebehov. Selv om hjemmebasert omsorg også anses som et bærekraftstiltak, peker Helsepersonellkomisjonen i sin NOU på at flere kommuner med spredt befolkning har problemer med å tilby lovpålagte helsetjenester, blant annet på grunn av mangel på kompetent personale. Sammen med demografiske endringer, forventet lavere handlingsrom i

nasjonale og kommunale budsjett, betyr dette at helse- og omsorgstjenesten må bruke ansatte mer effektivt enn tidligere.

For å møte disse og andre utfordringer på området foreslår kommisjonen flere tiltak, blant annet:

- Styrking av befolkningens helsekompetanse
- Økt bruk av frivillige og brukerorganisasjoner
- Kartlegging av kompetansebehov
- Økt grad av heltidsarbeid og godt partssamarbeid
- Mer bruk av velferdsteknologi (jf. NOU (2023:4))

Helsepersonellkommisjonen understreker også behovet for å redusere forventningsgapet mellom innbyggenes ønsker og tjenestens faktiske kapasitet, jf. NOU (2023:4). Tydeligere prioritering og begrensning av tjenestetilbudet er nødvendig for å sikre bærekraft i helse- og omsorgssektoren. Kommisjonen viser til SSB sine framskrivninger av demografisk og helsemessig utvikling, med tilsvarende økt behov for helse- og omsorgspersonell. Konklusjonen er at med kraftfulle tiltak kan økt tjenestebehov håndteres uten at andre sektorer rammes. Alternativet er at en ikke lykkes, og helse- og omsorgstjenesten vil bli overbelastet. Innbyggere vil da ikke få den oppfølging og den hjelp de har krav på og behov for, samtidig som andre sektorer påvirkes negativt.

## 1.2 DATAGRUNNLAG OG METODE

---

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt oppdragets problemstillinger ved hjelp av en rekke ulike kilder, som har gitt rapporten et omfattende faktagrunnlag. Dette grunnlaget består av både kvalitative og kvantitative data, som stammer fra følgende hovedkategorier av kilder:

- saksdokumenter, lover, forskrifter og annen relevant litteratur
- utvalgte nøkkeltall fra kommunal rapportering og offentlig statistikk
- intervju med et utvalg sentrale aktører knyttet til kommunens eldreomsorg

I «Referanser» helt til slutt i denne rapporten er det ei fullstendig liste over skriftlige og muntlige kilder som inngår i denne forvaltningsrevisjonen. Nøkkeltall og statistikk som gjengis i rapporten i form av tabeller og figurer har fortløpende kildehenvisning.

Vi har benyttet oss av metodetriangulering av data for å belyse problemstillingene i oppdraget fra flere synsvinkler, med ulik metodisk tilnærming. Valg av metodisk tilnærming er tilpasset kilde- og datagrunnlaget vårt, for å besvare problemstillingene på best mulig måte. Nedenfor gir vi en nærmere oversikt over metodisk tilnærming til ulike datakilder, og hvorfor vår sammenstilling av ulike metoder vurderes som godt egnet til å gi valide data i denne rapporten.

### ***Dokumentgjennomgang***

Dokumentgjennomgang er en kvalitativ metode som egner seg godt til å undersøke hvilke formelle rammer, rutiner og prosedyrer en organisasjon har etablert. Metoden gir innsikt i hvordan arbeidsgiver har tenkt å organisere og systematisere arbeidet, og om dette er i samsvar med lovpålagte krav, som for eksempel arbeidsmiljøloven.

Dokumentgjennomgang er særlig nyttig for å vurdere etterlevelse av krav, kartlegge planlagt praksis og identifisere eventuelle mangler eller avvik i det styrende systemet. Den gir også et godt grunnlag for videre datainnsamling, ved å bidra til forståelse av konteksten og danne utgangspunkt for intervju spørsmål. Dokumentgjennomgang har derfor vært en sentral del av denne forvaltningsrevisjonen.

### ***Gjennomgang nøkkeltall***

Gjennomgang av nøkkeltall i dokumenter og innrapportert statistikk er en kvantitativ metode som egner seg godt til å sammenligne ulik ressursbruk i kommunen med tilsvarende nøkkeltall i andre kommuner. Dette gjør det mulig å undersøke hvorvidt Karmøy har et annet ressurs-/aktivitetsnivå i tjenestetilbudet enn sammenlignbare kommuner i ulike deler av eldreomsorgen. Datamaterialet vil kunne si noe om hva som er særtrekk ved ulike tjenester, og eventuelt forbedringspotensial. Med ressursbruk tenker en gjerne kostnader og utgifter, men en kan også danne seg et godt bilde av andre begrensede ressurser som kapasitet og kompetanse. jf. også kap. 3.2 og 4.2.2.

Slike gjennomganger og sammenligninger kan gi et godt oversiktsbilde over tjenesteprofil i den enkelte kommunen, men må samtidig tas med en klype salt. Ulik demografi og folkehelse, ulike sosioøkonomiske forhold, ulik innretning av andre tjenestetilbud m.m. vil gjerne svekke verdien av sammenligninger mellom kommuner. Vi kommer tilbake til ulike forbehold i våre vurderinger av nøkkeltallene: Presentasjonen av disse i kap. 2.2 er kun et faktagrunnlag uten videre kontekst eller fortolkning av innrapporterte data. Nøkkeldata kan likevel alene også gi et godt grunnlag for videre undersøkelser og spørsmål i revisjonen for øvrig, og et godt sammenligningsgrunnlag over tid i den enkelte kommunen (år til år).

### ***Semistrukturerte intervju***

Semistrukturerte intervjuer er en kvalitativ metode som egner seg godt når man ønsker å få innblikk i erfaringer, vurderinger og refleksjoner fra aktører som deltar i eller påvirkes av en bestemt praksis. Metoden kombinerer en intervjuguide med åpne spørsmål, noe som gir rom for både struktur og fleksibilitet. Det gjør det mulig å følge opp interessante momenter underveis og tilpasse samtalen til den enkeltes rolle og kunnskapsområde. For våre formål gir semistrukturerte intervju verdifull innsikt i hvordan nøkkelpersoner opplever kommunens arbeid. Intervjuene er egnet til å fange opp nyanser i praksis, variasjoner mellom enheter og eventuelle avvik mellom det som står i styrende dokumenter og det som faktisk gjennomføres i enhetene.

I denne revisjonen ble det gjennomført intervju for å vurdere om kommunen fulgte opp planer og strategier i praksis, og hvordan ledere og ansatte opplevde tjenestetilbudet og målsettinger innen eldreomsorgen. Intervjuer ble gjort av et utvalg nøkkelpersoner som hadde ansvar for eller innsikt i kommunens arbeid på området. Dette inkluderte ledelse i kommuneadministrasjonen, ledere ved sykehjem, hjemmetjeneste og bestillerkontoret, i tillegg til hovedverneombud, hovedtillitsvalgte og flere ansatte ved både sykehjem og i hjemmetjeneste. Enkelte intervju bli gjennomført i form av gruppeintervju. Intervjunotater som er brukt i rapporten er verifisert av de ulike informantene. For ei fullstendig liste over intervjuobjekter og intervjuform, se «Referanser» til slutt i rapporten.

Formålet med intervjuene var todelt. For det første var det viktig å få beskrivelser av hvordan nøkkelpersonene selv vurderer kommunens eldreomsorg, sett i lys av dagens drift og framtidige behov. For det andre ønsket vi å få et innblikk i hvordan etablerte rutiner og prosedyrer faktisk

følges i praksis, særlig med tanke på å sikre kvalitet og kompetanse i møte med en økende andel eldre tjenestemottakere.

### *Styrker og svakheter ved data og metode*

Både intervju og gjennomgang av dokument og nøkkeltall har styrker og svakheter som metodiske tilnærminger. En vanlig svakhet ved dokumentgjennomganger kan være noe begrenset oversikt og tilgjengelighet til all relevant dokumentasjon i kommunen. Angående nøkkeltall (og i noen tilfeller også saksdokumenter) er det viktig å ta høyde for mulig feilrapportering og ev. ulik organisering av tjenester, noe som gjør at sammenligninger av tilbud må tas med flere forbehold. Sammenligninger mellom kommuner er i så måte gjerne preget av enda større usikkerhet.

Det er imidlertid viktig å påpeke at vi ikke har gjennomført en fullstendig gjennomgang av all dokumentasjon knyttet til eldreomsorgen i alle avdelinger og tjenesteområder. Det kan derfor finnes praksisvarianter i deler av kommunen som ikke er fanget opp i denne undersøkelsen. Vi mener likevel at vi har fått tilgang til og gått gjennom det som må betraktes som de viktigste og mest relevante dokumentene og nøkkeltallene på området.

Når det gjelder intervjuene, har den største svakheten vært knyttet til tidsrammene. Til tross for å ha satt av 45-60 minutter til hvert intervju, er det alltid forhold som kunne ha blitt utdypet bedre, eller som en i ettertid ser kunne ha vært stilt flere eller bedre spørsmål om. Det er også en risiko for at intervjuobjektene satt inne med relevant informasjon som spørsmålene ikke avdekket, eller som intervjuer ikke fulgte godt nok opp. Til tross for tydeliggjøring om at intervjuobjektene ikke har ansvar for helheten i kommunens tjenestetilbud, kan også selve intervjusituasjonen oppleves som ansvarliggjørende, på en måte som gjør at en formulerer seg annerledes enn egentlig tenkt.

Undersøkelsesdesignet har imidlertid flere styrker. Kombinasjonen av intervjuer og gjennomgang av dokumenter og nøkkeltall ga ei bredt anlagt datainnsamling. Dette materialet lå igjen til grunn for våre vurderinger av hvordan kommunen planlegger, tilrettelegger og utvikler eldreomsorgen i møte med både dagens og framtidens behov. En slik metodetriangulering, hvor kvalitative data fra intervju og dokumenter blir supplert med kvantitative nøkkeltall, er ment å gi et nyansert bilde av situasjonen. Dokumentene har gitt innsikt i overordnede strategier og planer, mens intervjuene og nøkkeltallene har belyst hvordan disse faktisk kom til uttrykk i det daglige arbeidet.

Den metodiske tilnærminga sørger for at våre vurderinger ikke bare tar høyde for om kommunen har utarbeidet gode planer for eldreomsorgen, men også om disse er hensiktsmessige og godt nok rettet mot brukernes behov og et endret tjenestebehov framover. I senere dokumentgjennomgang var det også mulig å gå nærmere inn på data som framkom i intervju og vice versa: Intervjudata har utvidet vår forståelse av saksdokumenter og nøkkeltall. Slik sett har de ulike revisjonskildene og metodiske tilnærmingene gjensidig styrket faktagrunnlaget i rapporten. Etter vår vurdering har dette gitt et godt, overordnet bilde av det undersøkte området.

## 1.3 AVGRENSNINGER OG HOVEDSPOR

---

Prosjektet har sett nærmere på kommunens arbeid med å forberede seg på ventede demografiske endringer innen eldreomsorgen. Deler av mandatet kan leses som at oppdraget i stor grad skal

avgrenses til hjemmetjenesten. Dette spørsmålet ble tatt opp i det eksterne oppstartsmøtet, hvor vi bekreftet at prosjektet ikke er avgrenset kun til dette. Vårt tema og formål er eldreomsorgen, og hvordan kommunen arbeider med demografiske endringer innen denne. Det vil være naturlig å se særlig på hvordan en forbereder seg på endringene i sentrale tjenestetilbud (hjemmetjenesten og andre omsorgstilbud), men vi vil også se til planlegging og planverk innen andre områder som økonomi, boligbygging og folkehelse, samt rekruttering og videreutdanning av helsepersonell.

Vi er tydelige på at innsats og prioriteringer også innen disse områdene vil være avgjørende for å forberede seg godt på de kommende endringene, som forventes å bli omfattende og dyptgripende.

Angående avgrensninger er det viktig å understreke at vi i prosjektet har undersøkt kommunens innsats på et overordnet systemnivå. Vi har med andre ord ikke gått inn i praksis og rutiner i den enkelte geografiske sonen innen hjemmetjenesten, eller i konkrete enkeltsaker. Oppdraget tilsier at vi skal foreta en statusgjennomgang av kommunens arbeid med å tilpasse tjenestetilbudet på et overordnet nivå. Da må vi se på demografiske og helsemessige utviklingstrekk blant kommunens innbyggere og tjenestemottakere. Undersøkelsene våre kan underveis vise til enkelthendelser og enkeltvurderinger, men tematisk sett er prosjektet avgrenset til kommunens arbeid og planlegging på overordnet systemnivå. Ut fra oppdrag, ramme og problemstillinger har vi heller ikke anlagt et brukerperspektiv, men har konsentrert oss om å utrede status for kommunens innsats på området. Det er denne innsatsen som er underlagt føringer og krav iht. lov, forskrift og vedtak.

Forvaltningsrevisjoner skal heller ikke ta stilling til politiske prioriteringer og valg, verken i nåtid eller framtid. Rapporten skal undersøke graden av blant annet regeletterlevelse og måloppnåelse, men ikke komme med konkrete anbefalinger om hva kommunestyret skal beslutte eller prioritere politisk. Med rapporten skal vi besvare et konkret oppdrag fra kommunens kontrollutvalg, slik at dette utvalget ivaretar sitt ansvar og sin myndighet i tråd med kommuneloven kap. 23. Prosjektet er med andre ord også avgrenset med tanke på både innretning og mottaker for våre anbefalinger.

Datainnsamling har foregått fram til januar 2026. På dette tidspunktet er de siste offisielle tallene fra kommunens årlige rapportering fra 2024. Utvalgte nøkkeltall fra nasjonal statistikk har derfor dette året som siste datapunkt, jf. kap. 2.2.2. Tilsvarende har vi heller ikke tatt stilling til planverk eller dokumenter som ikke er politisk behandlet på tidspunktet for avsluttet datainnsamling. Dette gjelder eksempelvis «Strategisk folkehelseplan» (2026), jf. også omtale over, i «Høringsrunde».

Som det framgår av rapporten, følger vi i denne forvaltningsrevisjonen to hovedspor. Vi har valgt å innrette oss etter disse for å besvare problemstillingene på en best mulig måte. De to sporene er:

## **1 Dagens eldreomsorg: mål og innretning**

- Systematisk tilnærming til målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme
- Arbeid med å sikre forsvarlige tjenester og god ressursbruk i eldreomsorgen

## **2. Langsiktig planlegging av tjenestetilbudet**

- Kommunens strategi og planverk med tanke på demografiske endringer og økte behov
- Tilpasninger og utvikling av tjenestetilbudet i lys av en aldrende befolkning

De to hovedsporene er utformet for å sikre en helhetlig og strukturert revisjon, som både vurderer systemnivået – inkludert planer, økonomi og styringsverktøy – og tjenestenivået, med søkelys på å opprettholde et godt og forsvarlig tjenestetilbud i lys av endringene. Vi vil derfor vurdere status i kommunens arbeid opp mot innretning av tjenestetilbudet, framskrivinger om estimert økt behov, og hvordan kommunen planlegger å imøtekomme de økte behovene.

Rapporten er ment å bidra til både læring og bedre styring av kommunens plikt til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det er viktig å understreke at revisjonen vår ikke har hatt som mål å evaluere effekten av konkrete tiltak som er iverksatt, eller å vurdere økonomiske aspekter som kostnader knyttet til eldreomsorg. Også dette ligger utenfor rammene for vår gjennomgang.<sup>1</sup>

## 1.4 PROBLEMSTILLINGER OG OPPBYGGING AV RAPPORT

---

Kontroll- og kvalitetsutvalget vedtok følgende problemstillinger til denne forvaltningsrevisjonen, jf. oppdraget gjengitt over:

- Hvordan er det tilrettelagt for at Karmøy kommune skal kunne nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme?<sup>2</sup>
- I hvilken grad er kommunen forberedt på endringer i behov som forventes å følge med en aldrende befolkning?

Rapporten er strukturert rundt disse problemstillingene og de to hovedsporene omtalt i kap. 1.3:

- I kapittel 2 presenterer vi organisering av kommunens eldreomsorg og relaterte nøkkeltall
- I kapittel 3 presenterer vi ytterligere faktagrunnlag, funn og vurderinger knyttet til innretning og mål for eksisterende tjenestetilbud i kommunens eldreomsorg
- I kapittel 4 presenterer vi ytterligere faktagrunnlag, funn og vurderinger knyttet til kommunens langsiktige planlegging innen eldreomsorgen
- I kapittel 5 samler vi vurderingene og anbefalingene i en kortfattet, overordnet konklusjon

## 1.5 NÆRMERE OM REVISJONSKRITERIER

---

Revisjonskriterier er krav eller forventninger som brukes til å vurdere funn i undersøkelser. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete, akseptable og tydelige, og vektning av kilder må

---

<sup>1</sup> En nærmere drifts- og ressursanalyse av kommunens omsorgstjenester er også relativt nylig gjennomført, jf. Rune Devold AS (2022). Vi vil vise til denne rapporten på enkelte punkt underveis, men foretar ikke vurderinger av denne.

<sup>2</sup> Som det framgår av oppdraget, ble det til denne problemstillinga oppgitt i parentes: «Aktuelle indikatorer her er: Organisering, forebyggende tiltak, kompetanseutvikling, bruk av velferdsteknologi, samhandling og koordinering mellom ulike fagenheter, kulturbygging, pleiernes rammebetingelser for å kunne jobbe i tråd med målet.» Vi er i rapporten innom alle disse forholdene, selv om de vektlegges i noe ulik grad.

sikre en balansert vurdering, jf. NKRF (2020). Kriteriene skal baseres på autoritative kilder, som har høy faglig troverdighet og institusjonell forankring (RSK 001, punkt 15).

I praksis er rettsregler ofte kilder for revisjonskriterier, men de kan også utledes fra vedtak, administrative retningslinjer, statlige føringer eller anerkjente faglige standarder. Faglitteratur, rundskriv og veiledere kan også brukes til å utlede kriterier som reflekterer faglige forventninger eller beste praksis, jf. NKRF (2020). Revisjonskriteriene er med andre ord den standarden som vi skal måle kommunens praksis opp mot.

Arbeidet med utledning av revisjonskriterier har tatt utgangspunkt i følgende hovedkilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Folkehelseloven (*lagt til etter mandatet ble ferdigstilt*)
- Arbeidsmiljøloven (*lagt til etter mandatet ble ferdigstilt*)
- Plan- og bygningsloven (*lagt til etter mandatet ble ferdigstilt*)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre
- Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime
- NOU 2023:4 Tid for handling
- Demensplan 2025
- Kompetanseløftet 2025

Vi kommer tilbake til konkret kildebruk ved utledning av revisjonskriteriene i kap. 3 og 4.

## 2 ORGANISERING OG NØKKELTALL

I dette kapitlet presenteres en oversikt over hhv. organisering (**kap. 2.1**) og et utvalg nøkkeltall (**kap. 2.2**) for eldreomsorgen i Karmøy kommune. Første delkapittel skal dermed gi et overordnet bilde av hvordan kommunens tjenestetilbud formelt sett er innrettet med tanke på organisasjon og ledelse. Nøkkeltallene i andre delkapittel kan deretter antyde hvilken profil tilbudet har, og si noe om utforming og ressursbruk på området, internt og sammenlignet med enkelte andre kommuner. Framstillingene er på overordnet nivå og vil inngå som del av faktagrunnlaget i senere kapitler.

### 2.1 ORGANISASJON, LEDELSE OG KOMPETANSE

Nedenfor gjengir vi organisering og linjeledelse i Karmøy kommune i to figurer. Den første viser overordnet ledelse i kommuneadministrasjonen, som følger en standard tonivåmodell for norske kommuner: Kommunedirektøren er øverste leder for kommuneadministrasjonen. Under dette er et ledernivå med kommunalsjefer, med delegert ansvar for ulike oppgaver og tilbud som ligger til ulike tjenesteområder. Deretter følger en figur som viser organisering og linjeledelse innen helse og omsorg. Som vi ser, er det her en rekke tjenester tilhørende kommunens eldreomsorg:

Figur 2.1.1. Overordnet organisasjonskart Karmøy kommune



Figur 2.1.2. Organisasjonskart Karmøy kommune, helse og omsorg



Kilde begge figurer: Oversendt dokumentasjon Karmøy kommune, framstilling: Rogaland Revisjon

Innen eldreomsorgen har bestillerkontoret en særegen og viktig posisjon som vedtaksmyndighet. Kontoret behandler søknader om helse- og omsorgstjenester. I den forbindelse kartlegges søkeres behov og videre koordinering av hjelp til tjenestemottakere. Ved endret tjenestebehov kan vedtak bli justert opp eller ned i omfang, i samråd med utførende enheter (som hjemmetjenesten). De fire sektorlederne har på si side ansvar for følgende enheter og tilbud, jf. Karmøy kommune (2025b):

*Omsorg: Ansvar for sykehjem, hjemmetjenester og andre omsorgstilbud, med fokus på trygghet, kvalitet og tilpassede tjenester for brukerne.*

*Helse og velferd: Ansvar for kommunens helsetjenester, inkludert legetjenester, folkehelse, rehabilitering og rus- og psykisk helsearbeid.*

*Barn og familie: Ansvar for forebyggende tjenester for barn, unge og familier, inkludert helsestasjon, barnevern og familieoppfølging.*

*Forvaltning: Ansvar for å lede medarbeidere innen personal, IT, informasjon, saksutredning, digitalisering og velferdsteknologi, juridisk rådgiving, beredskap og kvalitetsarbeid (jf. Karmøy kommune (2025b))*

Særlig omsorgssektoren er sentral for vår gjennomgang, gitt formål og problemstillinger. Til denne sektoren ligger både sju sykehjem og hjemmetjenesten, som er delt i tre soner.<sup>3</sup> Men også samarbeidet med andre sektorer og andre aktører vil være av betydning for hvordan Karmøy kommune arbeider med å tilrettelegge sine tjenestetilbud for en aldrende befolkning, blant annet helse og velferd. For vurderinger av oppgavefordeling og samarbeid mellom de fire sektorene vil det være naturlig å se til helse- og omsorgsfeltet mer overordnet (dvs. ledernivået over).<sup>4</sup>

Når det kommer til ansattes kompetanse og stillingsfordeling, kan figuren nedenfor være til hjelp. Denne viser antallet årsverk som hører til helse- og omsorgsetaten i kommunen, fordelt etter både tjeneste og utdanning. Innen eldreomsorgen er det særlig sykehjemmene og hjemmetjenesten som utgjør størsteparten av tilbudet, mens andre store tilbud som ROP (rus og psykiatri), BOM (bolig og miljøarbeidertjenesten) og til dels også Aktivitet og avlastning har større spredning i alder.

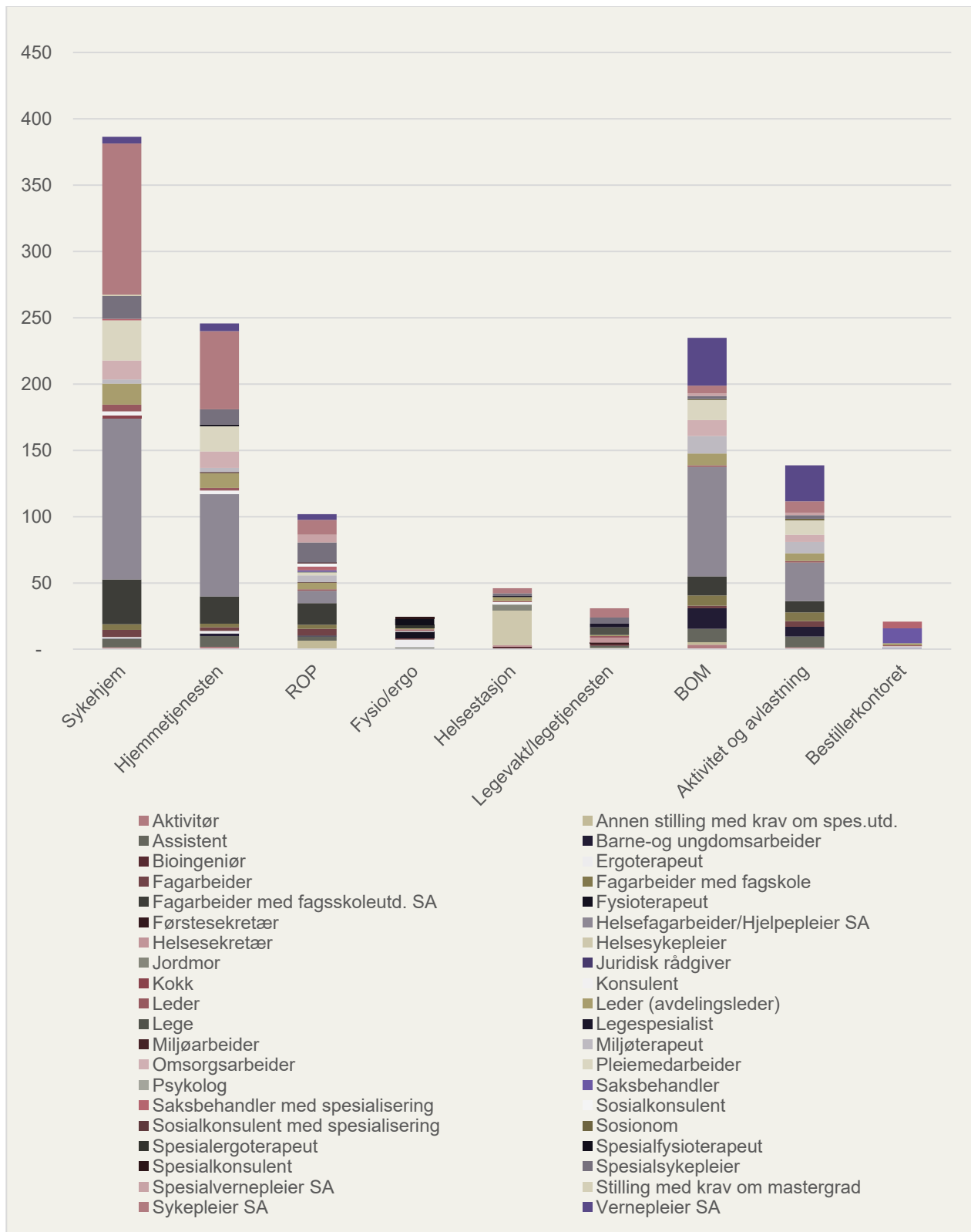
Dette betyr selvsagt ikke at disse tilbudene ikke er av betydning for eldreomsorgen. Som vi blant annet skal se senere, rapporteres det nå om stadig flere tjenestemottakere innen ROP som tilfaller eldreomsorgen. I takt med høyere levealder i denne brukergruppa har flere nå også diagnoser og et sammensatt hjelpebehov som en tenker normalt sett tilhører eldreomsorgen (typisk demens). I rapporten vil likevel hovedfokus være rettet mot de største og mest spesifikke tjenestetilbudene i kommunens eldreomsorg, dvs. sykehjem og hjemmetjeneste (samt relasjon til bestillerkontoret).

---

<sup>3</sup> I tillegg ligger bolig- og miljøarbeidertjenesten, aktivitet/avlastning og produksjonskjøkken under sektorleder, i tillegg til ansvar for oppfølging og koordinering av sykehjemslegenes arbeid, jf. oversendt organisasjonskart datert 1.12.2025.

<sup>4</sup> Ut fra tid og rammer for oppdraget, har vi altså ikke forhørt oss spesifikt med de tre andre områdene. Vi har sett til planarbeid og strategisk planlegging i dokumenter m.m., men ikke intervjuet enkeltpersoner på områdene. Dette kan også sies å være forankret i våre funn underveis i arbeidet, som ikke har tilsagt et større behov for å gå detaljert inn på de øvrige områdene og deres samhandling med omsorgsområdet. Se også kap. 1.3 for avgrensninger i mandatet.

Figur 2.1.3. Kompetanseoversikt Karmøy kommune, helse og omsorg (årsverk pr. januar 2026)



Kilde: Karmøy kommune (internt dokument oversendt revisjonen januar 2026). Se vedlegg for tabellform.

Kommunens oversikt viser kompetansesammensetningen for 1228 årsverk av totalt 1437 i Helse- og omsorgsetaten pr. januar 2026. Årsverk som ikke inngår i figuren tilhører blant annet NAV, barnevern og flykningtjenesten. Av de 1228 årsverkene arbeider om lag halvparten i sykehjem

(386 årsverk) eller hjemmetjenesten (246 årsverk), som er de to største og også de mest sentrale tilbudene i eldreomsorgen. De største stillingskategoriene er hhv. helsefagarbeider/hjelpepleier (grå, 320 årsverk) og sykepleier (burgunderrød, 210 årsverk). For nærmere detaljer, se materialet i tabellform i vedlegg, jf. «Referanser» til slutt i rapporten.

## 2.2 UTVALGTE NØKKELTALL

---

I dette delkapittelet presenterer vi først noen sentrale data over forventet demografisk utvikling i Karmøy kommune (**kap. 2.2.1**). Deretter legger vi fram et utvalg KOSTRA-tall om kommunens aktivitetstall og ressursbruk innen eldreomsorgen, sammenlignet med tilsvarende tall for et utvalg andre kommuner de siste årene (**kap. 2.2.2**).

### 2.2.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING

Som nevnt innledningsvis står kommune-Norge overfor store demografiske endringer. Særlig vil veksten i både antall og andel eldre påvirke tjenestetilbud og ressursbruk innen kommuners helse- og velferdstjenester. Dette har blitt adressert i stortingsmeldinger (jf. Meld. St. 15 (2017-2018) og Meld. St. 24 (2022-2023)) og utredninger (bl.a. NOU 2023:4).

Disse er klare på at landets kommuner må forberede seg på betydelige økninger i innbyggeres behov, og at en må tenke annerledes i eldreomsorgen for å møte utviklinga. Dagens ressursbruk i kommunene er ganske enkelt ikke bærekraftig, verken med tanke på kostnader, kompetanse eller kapasitet. Med andre ord vil det verken være penger, personale eller plasser nok til å opprettholde dagens nivå på tjenestetilbudene i årene framover. Selv om enkelte kommuner skulle klare å sette av om lag det dobbelte i framtidige helse- og velferdsbudsjett, måtte de også doble antall ansatte og plasser i tjenestene. Det framstår som svært lite realistisk å skulle planlegge for dette. I praksis har alle landets kommuner innsett dette og er i gang med omstillinger på området.

Så også Karmøy. Som vi skal gå nærmere inn på i senere kapitler, er endringene i eldreomsorgen allerede i gang. I dette delkapittelet skal vi vise forventet demografisk utvikling blant innbyggere i kommunen. Karmøy vil her oppleve det samme som resten av landet: De neste 20-25 årene må en forvente ei dobling av innbyggere som er 80 år og eldre. Selv om mange vil ha bedre helse enn tidligere års eldre, må kommunen forberede seg på markant vekst i pleie- og omsorgsbehovene. Dette vil blant annet vise seg i demensforekomst, jf. egen tabell og figur til slutt i delkapittelet.

Først viser vi en tabell med forventet demografisk utvikling i Karmøy for perioden 2025-2050 (femårsintervaller). Tabellen angir antall innbyggere i ulike aldersgrupper, slik disse er beregnet av SSB i deres befolkningsframskrivninger.<sup>5</sup> Vi har valgt ulike intervaller for aldersgruppene, da disse er bedre tilpasset de ulike hovedgruppene av tjenestebehov og -tilbud i kommunen.

---

<sup>5</sup> Det er naturlig nok flere usikkerheter knyttet til slike beregninger, og mange forhold å ta høyde for. Vi har valgt det såkalte «hovedalternativet», som baserer seg på middels vekst, middels aldring, middels nettoinnvandring og middels flytting. Fra SSBs side er dette vurdert som det mest sannsynlige scenariet for befolkningsutviklinga i landet og de ulike kommunene, gitt fortsettelse av dagens utvikling innen levealder, økonomi, flytting, innvandring osv.

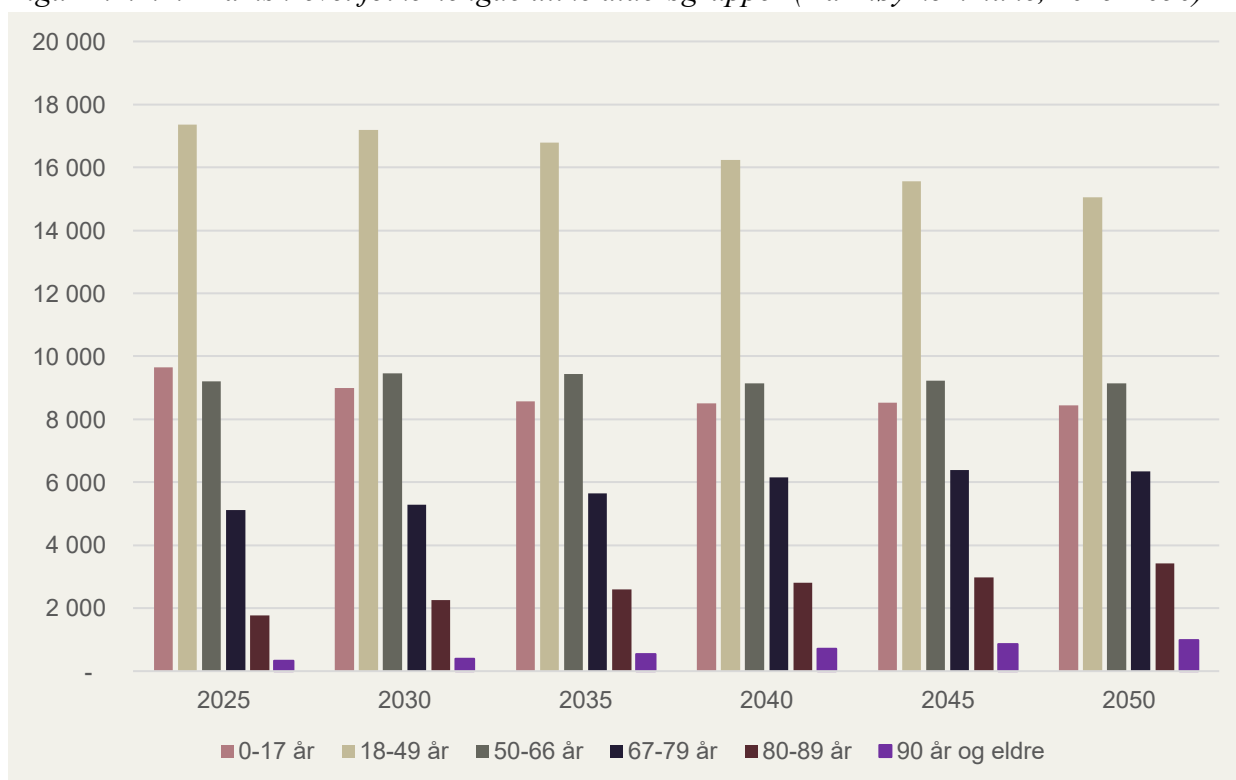
Tabell 2.2.1.1. Framskrevet folkemengde ulike aldersgrupper (Karmøy kommune, 2025-2050)

	2025	2030	2035	2040	2045	2050
<b>0-17 år</b>	9 659	8 982	8 569	8 513	8 531	8 442
<b>18-49 år</b>	17 352	17 183	16 776	16 232	15 556	15 040
<b>50-66 år</b>	9 210	9 468	9 427	9 148	9 221	9 134
<b>67-79 år</b>	5 122	5 277	5 652	6 163	6 390	6 337
<b>80-89 år</b>	1 771	2 264	2 594	2 809	2 986	3 422
<b>90+ år</b>	335	386	534	717	849	978
<b>SUM</b>	<b>43 449</b>	<b>43 560</b>	<b>43 552</b>	<b>43 582</b>	<b>43 533</b>	<b>43 353</b>
<b>80+</b>	2 106	2 650	3 128	3 526	3 835	4 400

Kilde: SSB-tabell 14288

Tabellen kan også illustreres i form av en figur (samme data).

Figur 2.2.1.1. Framskrevet folkemengde ulike aldersgrupper (Karmøy kommune, 2025-2050)



Kilde: SSB-tabell 14288

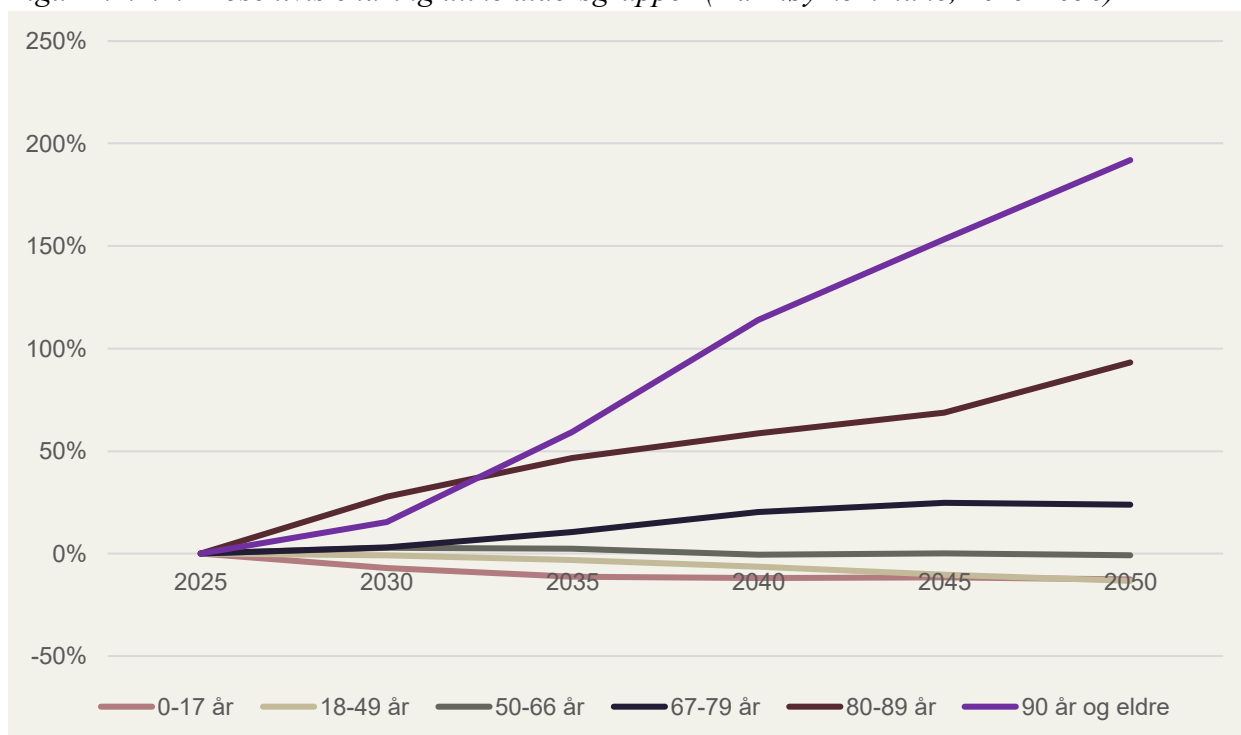
Vi ser at samlet innbyggertall forventes å være svært stabilt, men at veksten i de eldste delene av befolkningen vil bli svært markant. Dette vises langt tydeligere når vi framstiller utviklinga som prosentvis utvikling:

Tabell 2.2.1.2. Prosentvis endring ulike aldersgrupper (Karmøy kommune, 2025-2050)

	2025	2030	2035	2040	2045	2050
<b>0-17 år</b>	-	-7 %	-11 %	-12 %	-12 %	-13 %
<b>18-49 år</b>	-	-1 %	-3 %	-6 %	-10 %	-13 %
<b>50-66 år</b>	-	3 %	2 %	-1 %	0 %	-1 %
<b>67-79 år</b>	-	3 %	10 %	20 %	25 %	24 %
<b>80-89 år</b>	-	28 %	46 %	59 %	69 %	93 %
<b>90+ år</b>	-	15 %	59 %	114 %	153 %	192 %
<b>80+ år</b>	-	26 %	49 %	67 %	82 %	109 %

Kilde: SSB-tabell 14288

Figur 2.2.1.2. Prosentvis endring ulike aldersgrupper (Karmøy kommune, 2025-2050)



Kilde: SSB-tabell 14288

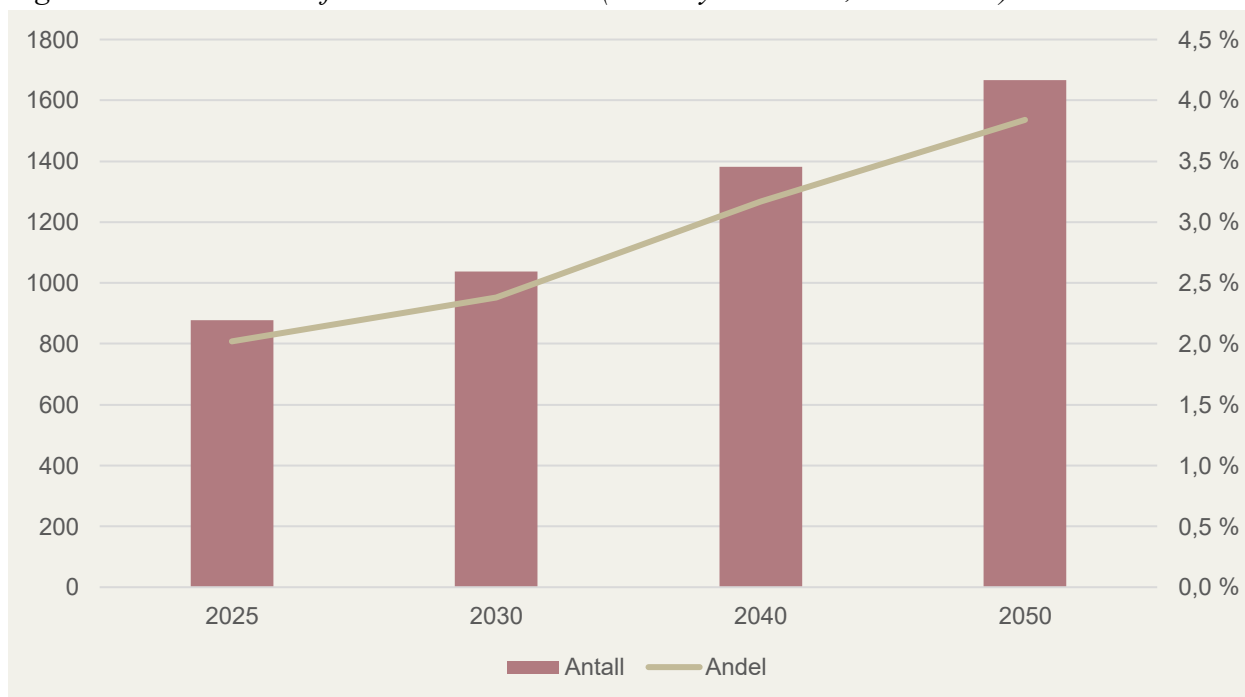
Antall eldre i kategorien 80+ forventes å doble seg de neste 20-25 årene i Karmøy, med en særlig sterk vekst i antall eldre i kategorien 90+. Mens antall innbyggere mellom 80-89 år om lag vil doble seg til 2050, vil antallet innbyggere som er 90+ tredoble seg på samme tid.

Gitt omfanget, er disse endringene ikke langt unna i tid. Som vi skal se i senere kapitler, merker ansatte allerede nå de demografiske endringene. Allerede om ti år forventes Karmøy kommune å ha en 49 % økning i kategorien 80+, en vekst på 1022 personer, jf. materialet over. Tilsvarende tall fra 2015 og 2025 viser en vekst siste ti år på hhv. 36 % og 557 innbyggere i kategorien 80+, jf. SSB-tabell 07459. Veksten vil altså stadig øke i styrke i årene framover.

Dette må forventes å øke behovene og aktiviteten innen kommunens eldreomsorg. Til slutt i dette delkapittelet viser vi en oversikt over forventet utvikling innen forekomst av demens. Figuren under viser forventet prevalens i kommunen, basert på framskrivninger og beregninger foretatt av

Nasjonalt senter for aldring og helse, som har utviklet et 'demenskart' for alle landets kommuner. Stort sett samtlige av disse innbyggerne er i kategorien 67+ (> 98 %). Figuren viser forekomst av demens både i forventet antall (n) og forventet andel av samlet innbyggertall (prosent).

Figur 2.2.1.3. Forventet forekomst av demens (Karmøy kommune, 2025-2050)



Kilde: demenskartet.no

Som vi ser, er det et femårsintervall i starten av materialet, i motsetning resten av datasettet, som opererer med tiårsintervaller. Derfor er veksten å forstås som forholdsvis stabil og lineær, og ikke som stadig økende. Økningen er likevel markant, og kommunen kan altså vente seg en doubling av antall innbyggere med demens de neste 25 årene. Bare fram til 2030 må kommunen vente seg en økning på 160 personer, tilsvarende 18,2 %. I 2040 er denne veksten på 504 personer (57,5 %).

Vi kommer tilbake til disse demografiske og helsemessige utviklingstrekkene i senere kapitler. Før vi går videre, vil det her være hensiktsmessig å framstille noen sentrale data for kommunens eldreomsorg, slik den er innrettet i dag.

## 2.2.2 NASJONAL STATISTIKK ELDREOMSORG (KOSTRA)

Nedenfor er noen figurer som er ment å gi en oversikt over et utvalg nøkkeltall for eldreomsorgen i Karmøy. Dette er basert på innrapporterte aktivitetsdata for kommunen (KOSTRA-tall). For å gi datamaterialet kontekst og sammenligningsgrunnlag, har vi inkludert tilsvarende tall for et utvalg kommuner. Vi har her valgt ut to nabokommuner (Haugesund og Tysvær), to større bykommuner

i fylket (Sandnes og Stavanger), samt gjennomsnittstall for Rogaland, Norge (utenom Oslo)<sup>6</sup> og KOSTRA-gruppe 10, som Karmøy tilhører.<sup>7</sup>

Oversikten viser dermed hvordan Karmøy står i forhold til andre kommuner på et utvalg områder, og kan også indikere en «tjenesteprofil» for eldreomsorgen. Samtidig skal vi være forsiktige med å trekke sterke konklusjoner basert på materialet: Alt henger sammen med alt, og ulik ressursbruk på ett område kan forklares med høyere eller lavere ressursbruk på andre områder. For eksempel kan kommuner med forholdsvis høy ressursbruk innen hjemmebaserte tjenester, bevisst ha valgt å satse på dette framfor å ha mange institusjonsplasser (eller motsatt). Også andre, utenforliggende forhold vil fort spille inn, for eksempel lokale forskjeller i folkehelse.

Vi foretar heller ikke nærmere vurderinger av tallene som framkommer under, i den forstand at vi ikke bruker dem til å vurdere eller konkludere om størrelsesforhold, ressursbruk, utviklingstrekk eller lignende. Data sier heller ikke noe om kvaliteten i tjenestetilbudet. Figurene er kun ment å gi et faktagrunnlag som vi viser til senere i rapporten, og som supplerer annen informasjon vi legger fram der (intervjudata, dokumentgjennomgang osv.).

Nedenfor er figurer som viser et utvalg nøkkeltall fra KOSTRA om følgende forhold/indikatorer:

1. Dekningsgrad institusjonsplasser
2. Andel innbyggere 80+ år som er beboere på institusjon
3. Andel innbyggere 80+ år som mottar hjemmetjenester
4. Andel innbyggere 80+ år som ikke bor på institusjon eller mottar hjemmetjenester
5. Antall innbyggere 80+ år som mottar ulike omsorgstjenester
6. Andel brukere i institusjon 80+ år med omfattende bistandsbehov
7. Andel mottakere av hjemmetjenester 80+ år med omfattende bistandsbehov
8. Andel innbyggere 67-79 år som mottar hjemmetjenester
9. Gjennomsnitt tildelte uketimer hjemmetjenester 67+ år
10. Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning

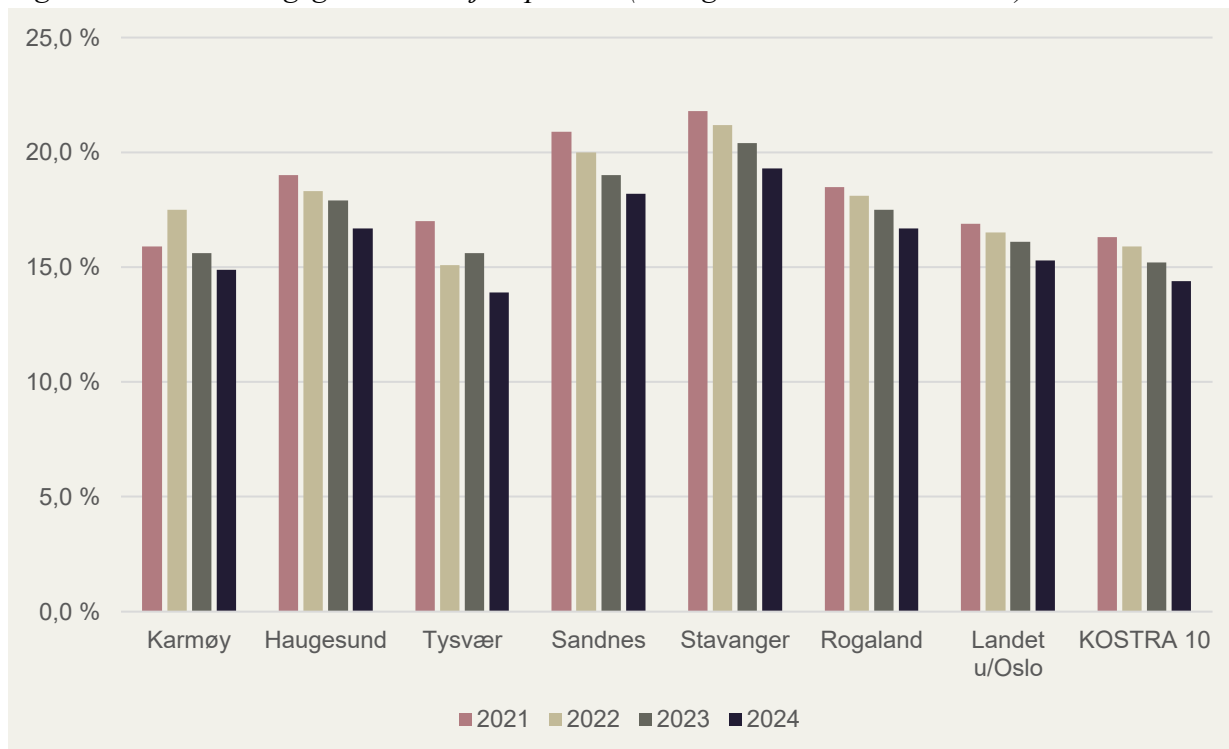
Til hver figur forklarer vi kort hva datamaterialet overordnet viser, og ev. svakheter og forbehold ved tallgrunnlaget. Vi avventer videre fortolkninger og vurderinger til senere kapitler, når vi har presentert lovkrav, revisjonskriterier, ytterligere datamateriale osv. Først da har vi et tilstrekkelig grunnlag til å gi våre vurderinger og anbefalinger.

---

<sup>6</sup> Vi har her valgt å utelate Oslo, noe som ikke er uvanlig i denne typen sammenligninger. Grunnen er ganske enkelt at Oslo utgjør en såpass stor andel av samlede tall for landet, slik at indikatorer hvor Oslo skiller seg ut vil medføre et skjevt bilde av status i en gjennomsnittlig norsk kommune.

<sup>7</sup> KOSTRA-grupper er en standard inndeling av kommuner, til bruk i nasjonale/interkommunale sammenligninger. Gruppering skjer ut fra tre dimensjoner: innbyggertall, bundne kostnader og frie disponible inntekter pr. innbygger. Kommuner i samme KOSTRA-gruppe er med andre ord i (omtrent) samme kategori på disse områdene. KOSTRA-gruppe 10 består av Karmøy, Haugesund, Molde, Halden, Indre Østfold, Ullensaker, Lørenskog, Ringerike, Hamar, Gjøvik, Ringsaker, Porsgrunn og Øygarden. Alle kommunene har mellom 30.000 og 45.000 innbyggere og scorer lavt i de to andre kategoriene, som alle kommuner med dette innbyggertallintervallet. Unntaket her er Molde, som skiller seg ut ved å ha middels frie disponible inntekter, jf. SSB (2024).

Figur 2.2.2.1. Dekningsgrad institusjonsplasser (utvalg kommuner, 2021-2024)



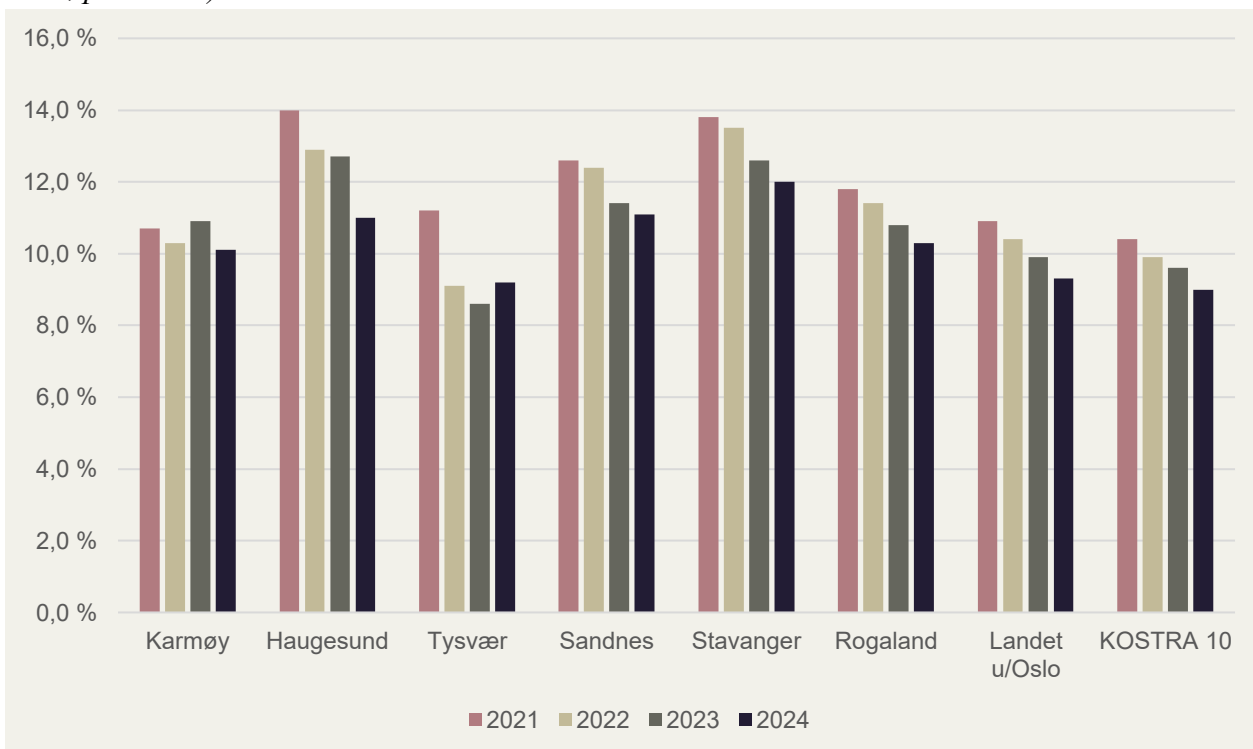
Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 11875 og 11805

Den første figuren viser andel institusjonsplasser i kommunen blant innbyggere som er 80 år eller eldre. Dette omtales som «dekningsgrad», og er en vanlig brukt indikator for å vurdere kapasitet i kommunens helse- og omsorgsinstitusjoner. Lav dekningsgrad betyr at kommunen har relativt få institusjonsplasser gitt andelen eldre. Det er ikke dermed sagt at andelen skal forstås som lav eller høy. Dette vil avhenge av flere andre forhold, blant annet øvrig innretning av tjenestetilbudet. Kommuner som velger å gi gode og omfattende tjenester lenger ned i omsorgstrappa, for eksempel via hjemmetjenesten, vil typisk ha færre innbyggere med behov for institusjonsplass.

Som vi ser av figuren, har Karmøy en dekningsgrad som ligger i nedre halvdel blant kommunene i vårt utvalg. Et fellestrekk for alle kommunene er at dekningsgraden i all hovedsak går nedover. Dette stemmer overens med faglige føringer om å vri ressursbruken lenger ned i omsorgstrappa: I lys av demografisk og helsemessig utvikling kan en ikke forvente å ha økonomi, kapasitet eller ansatte nok til å opprettholde dagens nivå på de mer ressurskrevende institusjonstjenestene, jf. Meld. St. 24 (2022-2023) og NOU (2023:4).

Selv om dekningsgrad beregnes ut fra antall plasser delt på antall innbyggere i kategorien 80+, er selvsagt ikke alle plassene forbeholdt denne aldersgruppa. Figuren under viser andel innbyggere i kategorien 80+ som faktisk mottar institusjonsplass. Som vi ser, ligger dette tallet i Karmøy rett i overkant av 10 % de siste fire årene. Her er det noen variasjoner mellom kommunene, men også her ser vi en generelt nedadgående kurve i andelen eldre som har institusjonsplass.

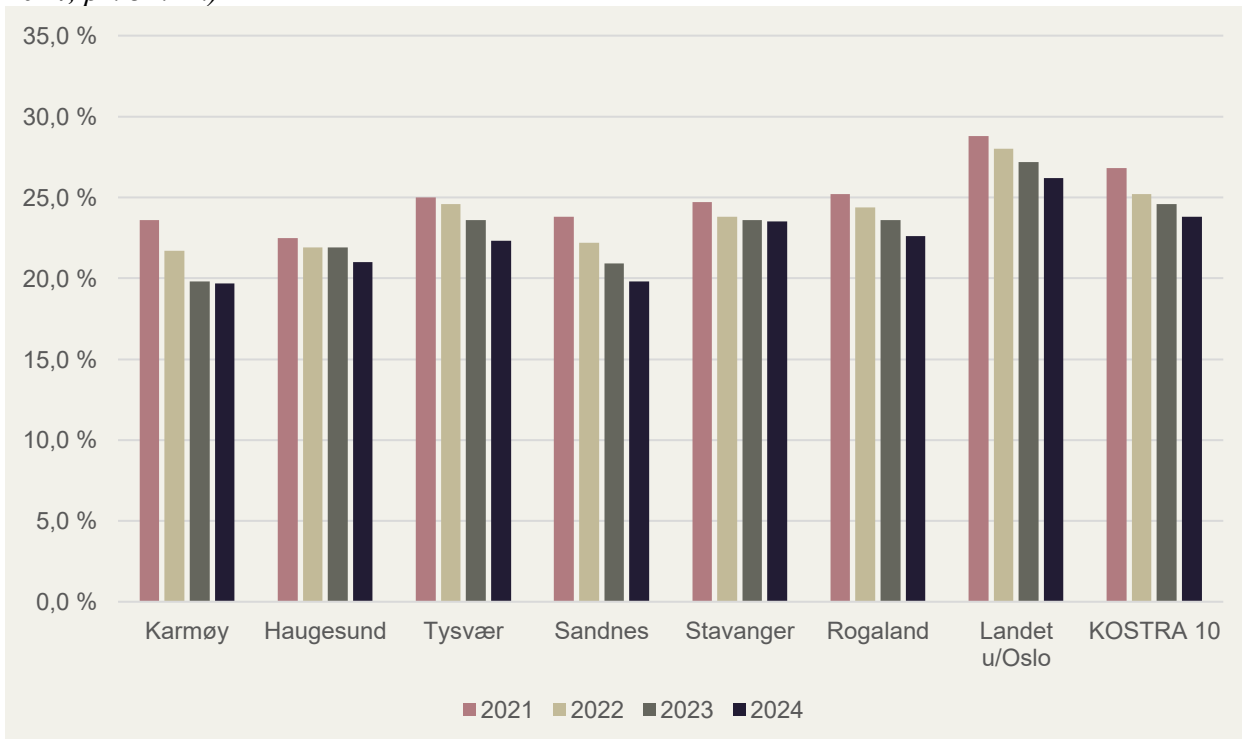
Figur 2.2.2.2. Andel innbyggere 80+ år som er beboere på institusjon (utvalg kommuner, 2021-2024, pr. 31.12.)



Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 12209 og KOSTRA-funksjon 253

Andel innbyggere i samme alderskategori som mottar hjemmetjenester ser slik ut i vårt utvalg, Vi registrerer også her en generell nedgang i andelen eldre som mottar tjenestetilbud:

Figur 2.2.2.3. Andel innbyggere 80+ år som mottar hjemmetjenester (utvalg kommuner, 2021-2024, pr. 31.12.)



Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 12209 og KOSTRA-funksjon 254

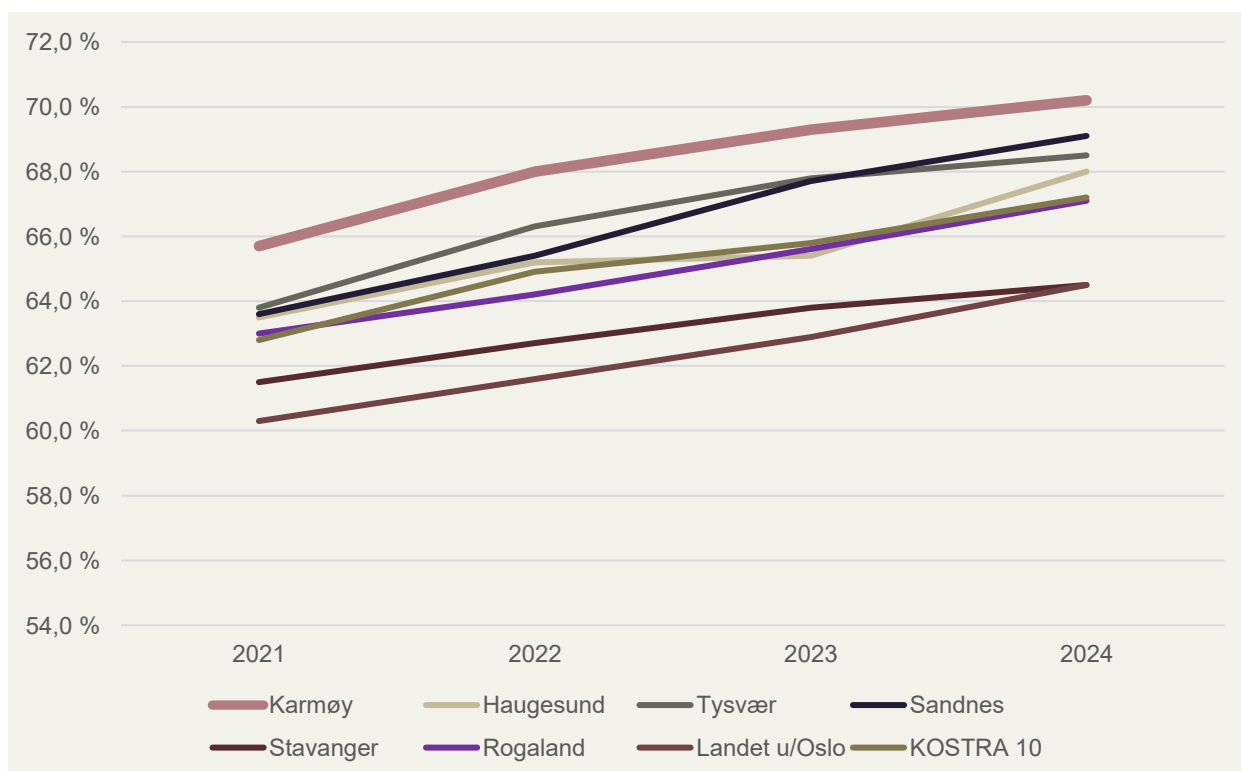
Dersom vi sammenstiller disse to øyeblikksbildene fra ulike år, kan vi beregne hvor stor andel av innbyggerne i samme alderskategori som verken mottar tilbud fra institusjon eller hjemmetjeneste i utvalget vårt. Dette framstiller vi både i tabell- og figurform. Som vi ser, er det i utvalget vårt en klar økning i andelen eldre innbyggere som ikke mottar institusjons- eller hjemmetjenestetilbud:

Tabell 2.2.2.1. Andel innbyggere 80+ år som ikke bor på institusjon eller mottar hjemmetjenester (utvalg kommuner, 2021-2024, pr. 31.12.)

	2021	2022	2023	2024
Karmøy	65,7 %	68,0 %	69,3 %	70,2 %
Haugesund	63,5 %	65,2 %	65,4 %	68,0 %
Tysvær	63,8 %	66,3 %	67,8 %	68,5 %
Sandnes	63,6 %	65,4 %	67,7 %	69,1 %
Stavanger	61,5 %	62,7 %	63,8 %	64,5 %
Rogaland	63,0 %	64,2 %	65,6 %	67,1 %
Landet u/Oslo	60,3 %	61,6 %	62,9 %	64,5 %
KOSTRA 10	62,8 %	64,9 %	65,8 %	67,2 %

Kilde: SSB-tabell 12209, beregning av Rogaland Revisjon

Figur 2.2.2.4. Andel innbyggere 80+ år som ikke bor på institusjon eller mottar hjemmetjenester (utvalg kommuner, 2021-2024)



Kilde: SSB-tabell 12209, beregning av Rogaland Revisjon

Vi ser at Karmøy ligger høyest i utvalget: Som eneste kommune hadde over 70 % av innbyggerne i alderskategorien 80+ år ikke et institusjons- eller hjemmetjenestetilbud i 2024. Tallene tilsier at

Karmøys terskel for å tildele tjenester ikke er lav, heller det motsatte. I likhet med de fleste andre kommunene, er økningen i måleperioden på om lag 5 prosentpoeng. Vi må her også ta høyde for veksten i samme aldersgruppe. Denne er framstilt i tabellen under (utenom KOSTRA-gruppe 10).

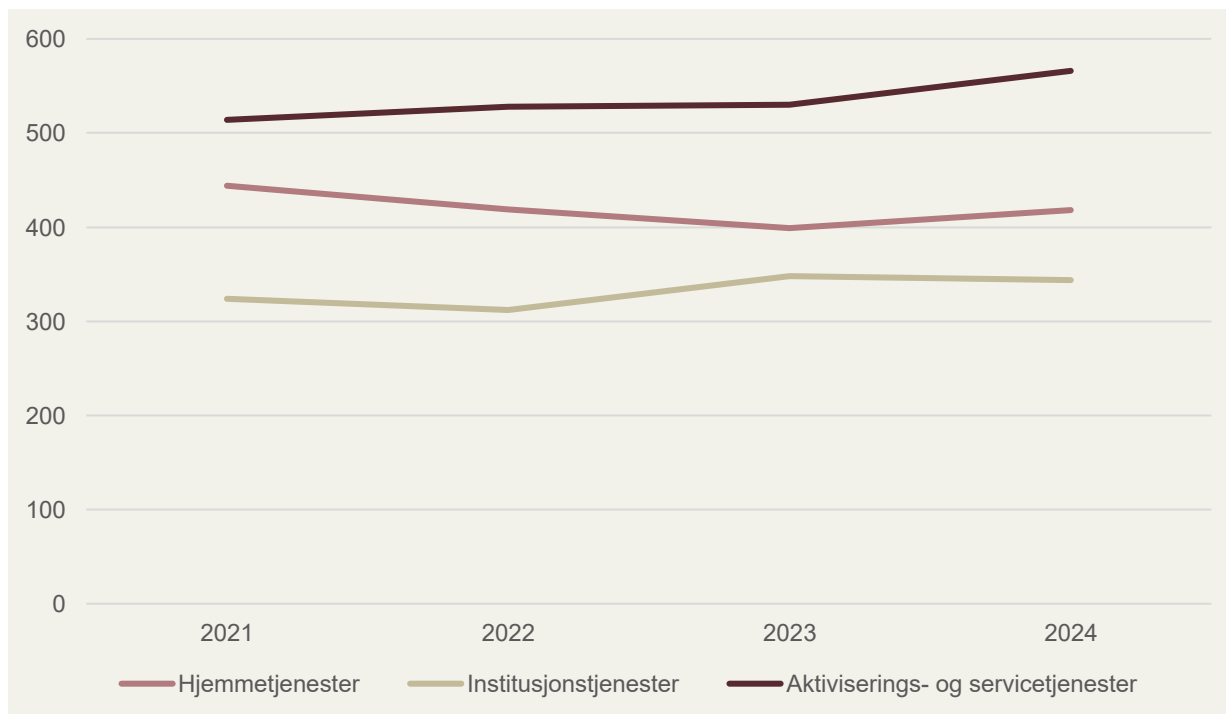
Tabell 2.2.2.2. Antall innbyggere 80+ år (utvalg kommuner, 2021-2024)

	2021	2022	2023	2024	Endring (2021-2024)
Karmøy	1847	1878	1931	2020	9,4 %
Haugesund	1571	1599	1639	1682	7,1 %
Tysvær	426	436	471	488	14,6 %
Sandnes	2405	2482	2581	2729	13,5 %
Stavanger	4963	5092	5216	5409	9,0 %
Rogaland	17 728	18 155	18 711	19 457	9,8 %
Landet u/Oslo	214 694	218 620	224 258	233 448	8,0 %

Kilde: SSB-tabell 07459

Som vi ser av figuren under, tilsvarer dette en realnedgang i antall mottakere av institusjons- eller hjemmetjenestetilbud i Karmøy. Kommunen har derimot en økning i antall mottakere dersom vi også tar høyde for veksten i aktiviserings- og servicetjenester. (Andelen mottakere i alderen 80+ er derimot fortsatt nedadgående, selv ved inklusjon av denne typen tjenestetilbud.) Tallmaterialet tilsier isolert sett at tjenestetilbudet innen eldreomsorgen er i endring/utvikling, både i Karmøy og i andre kommuner.

Figur 2.2.2.5. Antall innbyggere 80+ år som mottar ulike omsorgstjenester (Karmøy kommune, 2021-2024, pr. 31.12.)

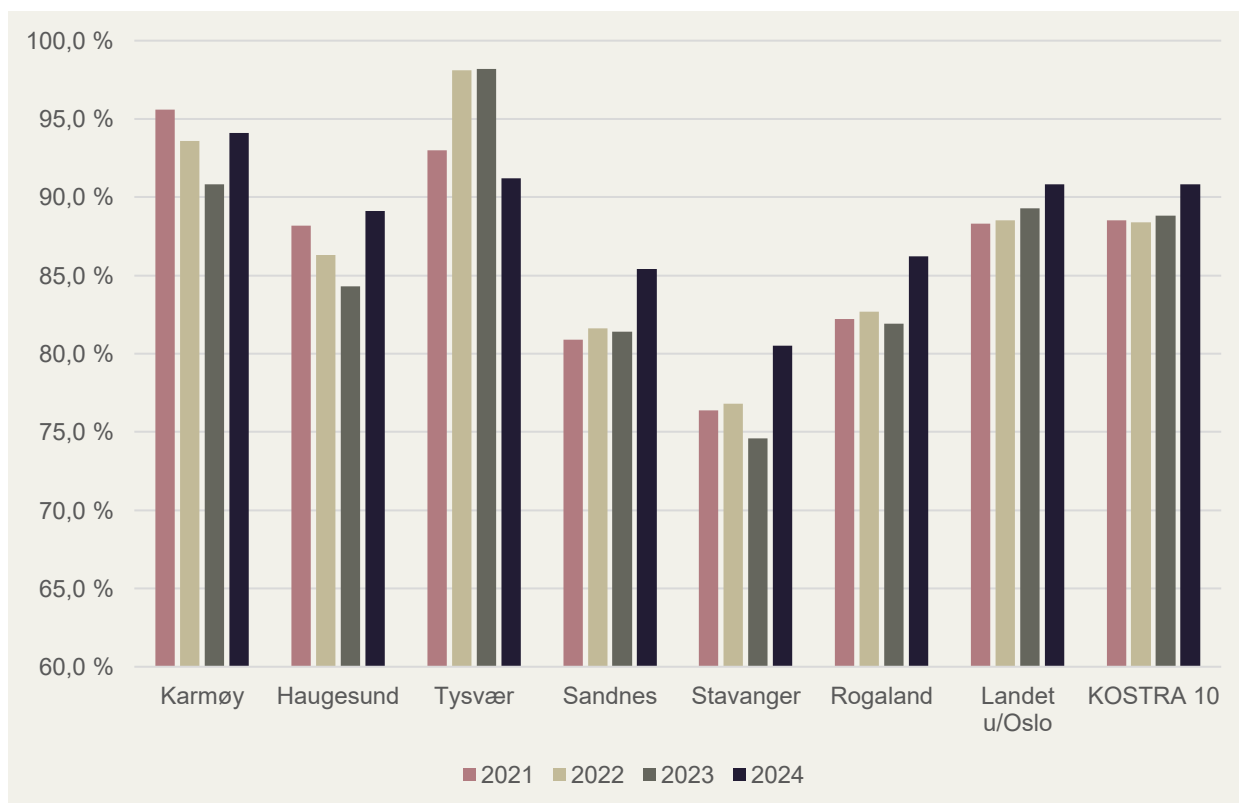


Kilde: SSB-tabell 12203

Antall innbyggere i alderskategorien 80+ år som mottok institusjons- eller hjemmetjenestetilbud sank marginalt i perioden 2021-2024, fra 768 til 762 personer. Dette skjer altså samtidig som det er 9,4 % økning i antall personer 80 år eller eldre i kommunen, jf. tabellen over. Økningen samlet sett skyldes veksten i mottakere av aktiviserings- og servicetjenester, fra 514 til 566 personer. Det tilsvarer en prosentvis økning på 10 %. Andre kommuner har enda sterkere vekst, jf. SSB 12203.

En annen indikator som kan si noe om innretning av tjenestetilbud innen eldreomsorg er andelen hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov. «Omfattende behov for bistand» er den øverste kategorien for bistandsbehov, og er basert på scoring av tjenestemottakers funksjonsnivå i en felles, nasjonal rapporteringsstandard (jf. Helsedirektoratet 2025). Naturlig nok gjelder dette et klart flertall av eldre innbyggere med institusjonsplass: I Karmøy kommune hadde hele 94,1 % av mottakere over 80 år funksjonsnivå tilsvarende omfattende bistandsbehov. Som vi ser av figuren under er dette høyest i vårt utvalg. Vi har komprimert y-aksen for å vise forskjellene bedre. Tallet varierer noe fra år til år (særlig i mindre kommuner), men det store bildet tilsier at det er stigende i andre kommuner, jf. utvikling på fylkes- og landsbasis:

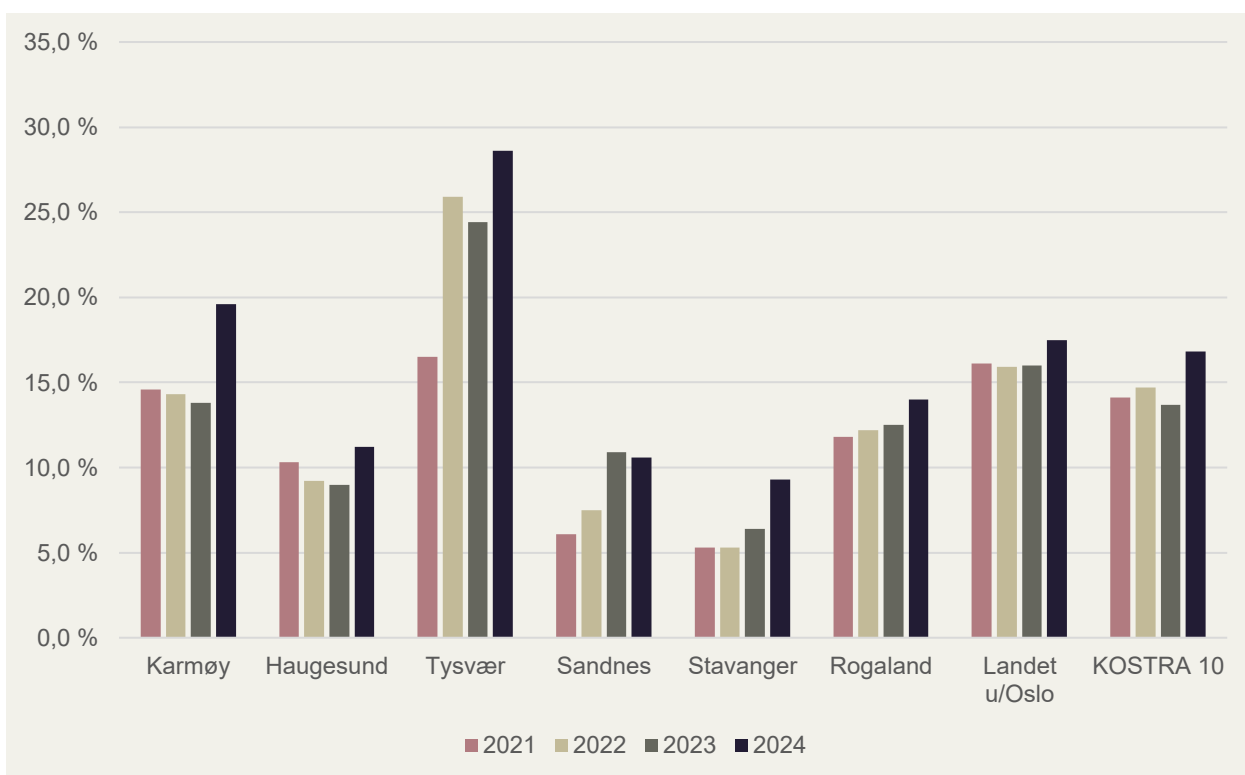
Figur 2.2.2.6. Andel brukere i institusjon 80+ år med omfattende bistandsbehov (utvalg kommuner, 2021-2024)



Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 12292

Utviklingstrekkene er enda tydeligere og mer entydige for hjemmetjenestene. Her ser vi naturlig nok en langt lavere andel mottakere i kategorien 80+ år med omfattende bistandsbehov. Andelen er likevel klart økende i utvalget vårt. Også her ser vi at tjenestemottakere i Karmøy scorer høyt i forhold til andre kommuner. Vi kommer tilbake til vurderinger av tallmaterialet vårt senere, men som en første indikasjon tilsier dette at terskelen for å motta tjenester ikke er lavere i Karmøy enn andre steder.

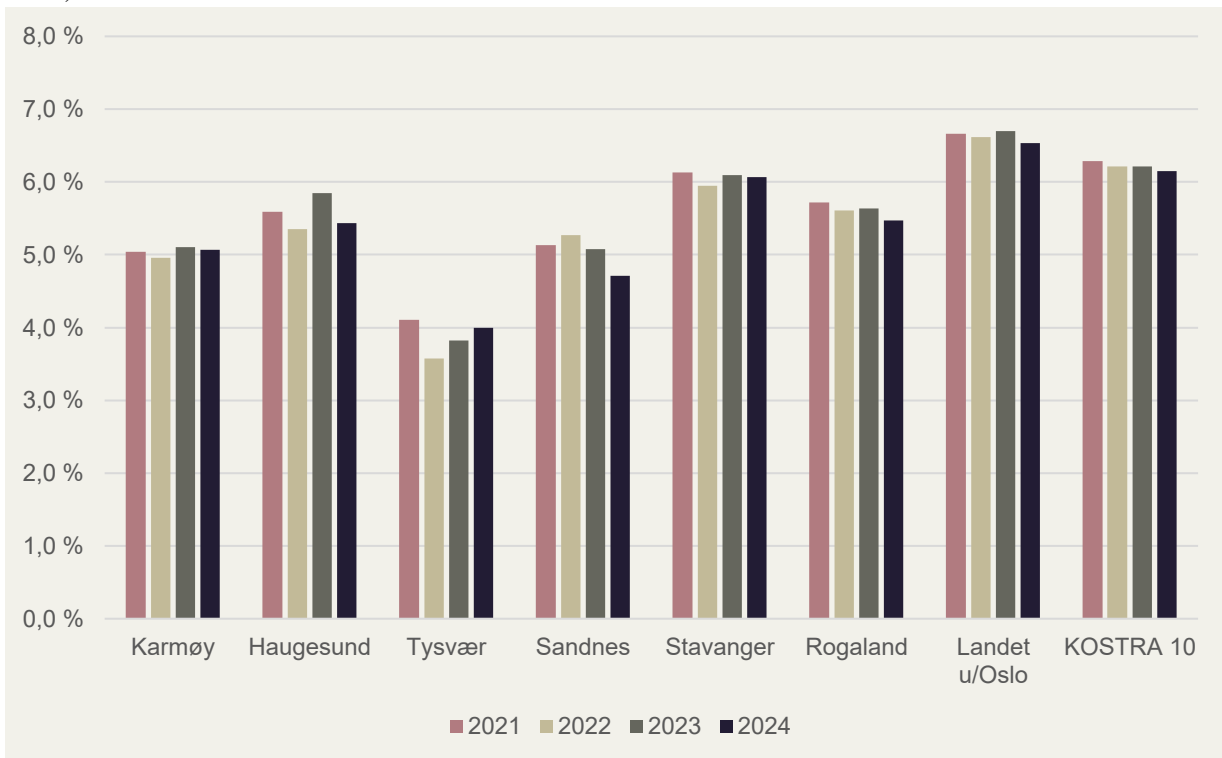
Figur 2.2.2.7. Andel mottakere av hjemmetjenester 80+ år med omfattende bistandsbehov (utvalg kommuner, 2021-2024)



Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 12292

Vi har så langt i datamaterialet valgt å se på de eldste innbyggere, i alderskategorien 80+ år. Blant noe yngre innbyggerne er det naturlig nok lavere andel og antall tjenestemottakere. Særlig er det hjemmetjenestene som har et større antall brukere under 80 år. Figuren under viser andelen eldre i kategorien 67-79 år («yngre eldre») som er mottakere av hjemmetjenester. Vi ser her at andelen er rimelig stabil, og i Karmøy har andelen ligget rundt 5 % i hele perioden. Med tanke på andre kommuner i utvalget vårt, befinner Karmøy seg om lag midt i feltet. Kommunen ligger imidlertid lavere enn fylket, landet og KOSTRA-gruppe 10.

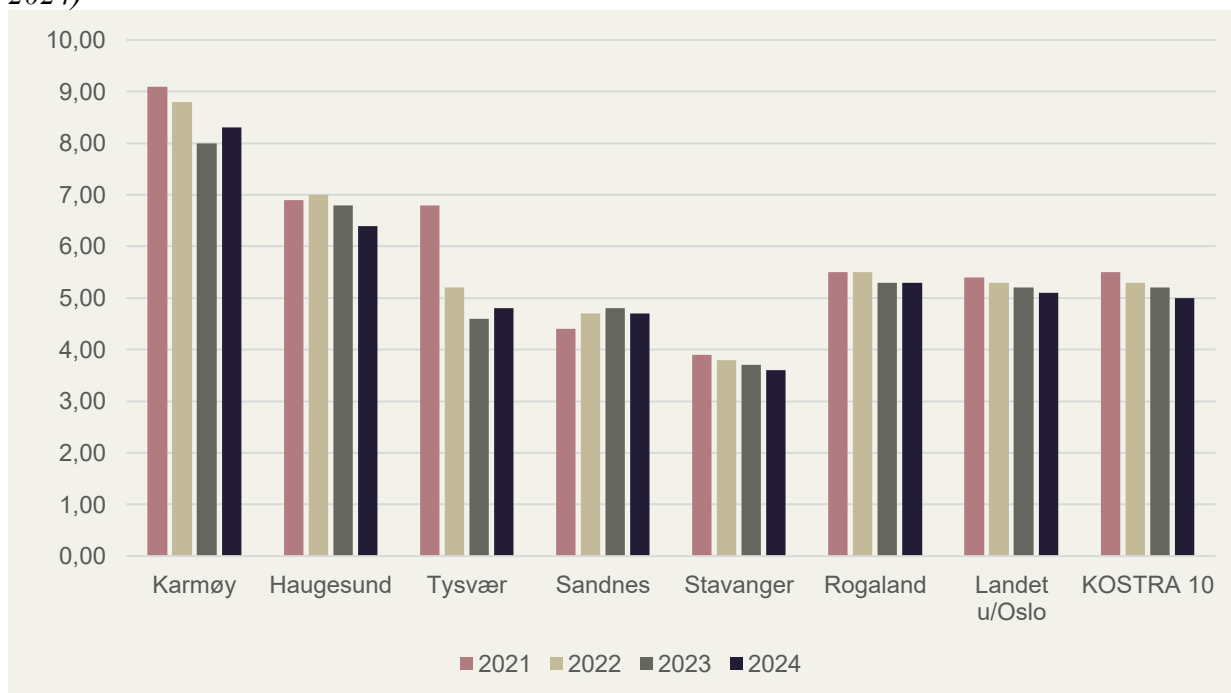
Figur 2.2.2.8. Andel innbyggere 67-79 år som mottar hjemmetjenester (utvalg kommuner, 2021-2024)



Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 12003 og KOSTRA-funksjon 254

Omfang og ressursbruk handler imidlertid ikke bare om antall og andel tjenestemottakere. Også antall timer har selvsagt betydning. Figuren under viser gjennomsnittlig antall tildelte uketimer hjemmetjeneste blant eldre brukere. Som vi ser: Karmøy ligger her betydelig høyere enn de andre kommunene i utvalget vårt. Også her ser vi en generell trend med nedgang i aktivitetsnivå i løpet av måleperioden.

Figur 2.2.2.9. Gjennomsnitt tildelte uketimer hjemmetjenester 67+ år (utvalg kommuner, 2021-2024)

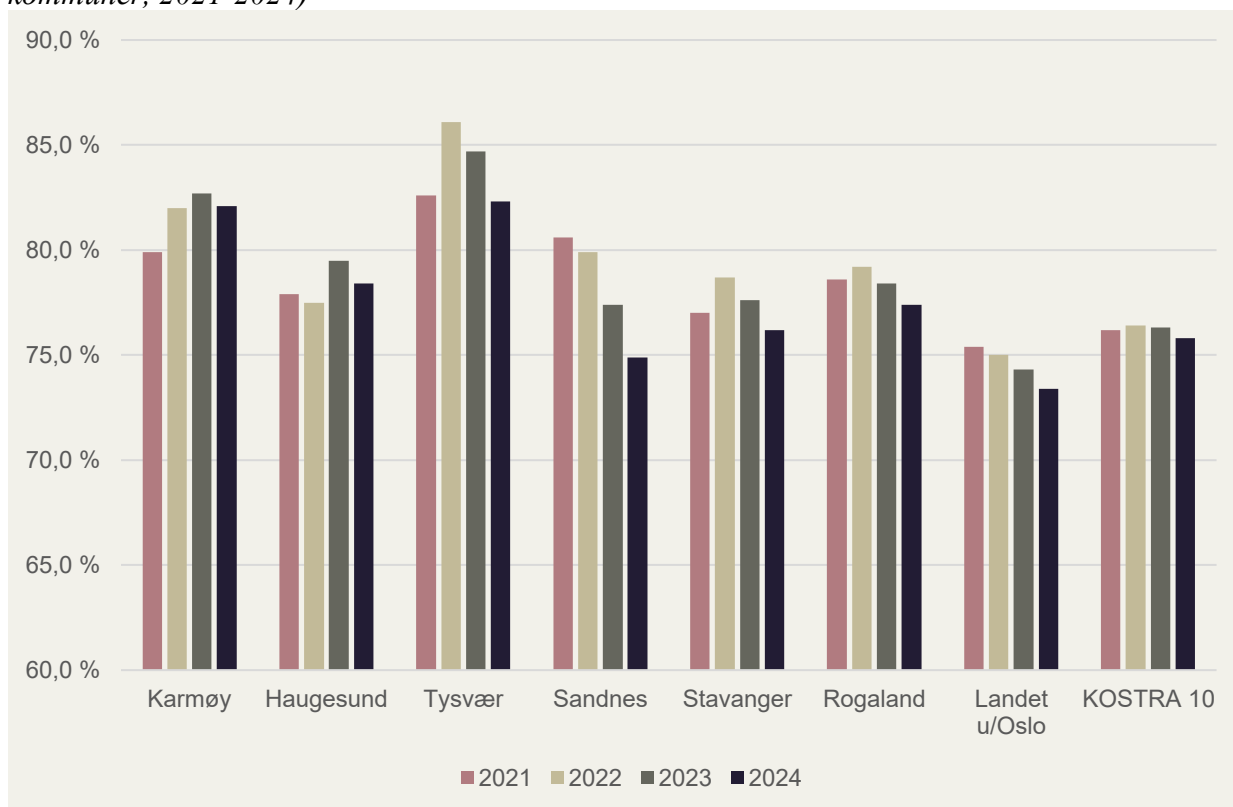


Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 12292 og KOSTRA-funksjon 254

Kommuneadministrasjonen er bedt om en kommentar til denne figuren, i lys av den betydelige forskjellen mellom Karmøy og andre kommuner på dette punktet. Hovedgrunnen til forskjellene blir da oppgitt å henge sammen med den forholdsvis lave andelen boliger med heldøgns omsorg (HDO-boliger) og det begrensede dagtilbudet i kommunen.

Vi har til nå primært sett på datamateriale som dreier seg om innretning og kapasitet i tjenestene. En siste figur kan si noe om kompetansenivået til de ansatte. Denne er beregnet som andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten generelt, og ikke spesifikt i eldreomsorgen. Figuren kan likevel gi en god indikasjon på utdanningsnivået i tjenesten, og indirekte om ev. utfordringer og utviklingstrekk med tanke på rekruttering/ansettelsespraksis av helsepersonell.

Figur 2.2.2.10. Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning (utvalg kommuner, 2021-2024)



Kilde: Framsikt, jf. SSB-tabell 12209

Vi ser her at Karmøy ligger høyt på brukerrettede årsverk blant kommunene i utvalget vårt: Kun Tysvær ligger høyere. Andre kommuner har også en nedadgående tendens i måleperioden, mens Karmøy ligger forholdsvis stabilt. Vi skal likevel være forsiktige med å tolke datamaterialet og utviklingstrekkene entydig. Data kan også tilsi at noen kommuner har ulik innretning og bruk av sin kompetanse, for eksempel ved å la ufaglærte utføre en større andel av de enklere oppgavene i tilbudet. Generelt sett må likevel en stor andel ansatte med helsefaglig utdanning forstås positivt.

Som ei oppsummering av dette delkapittelet, kan vi sammenfatte datamaterialet vi har presentert. Dette materialet *kan* indikere at tjenestetilbudet innen eldreomsorgen i Karmøy har følgende hovedtrekk eller «tjenesteprofil», sett opp mot tilsvarende tall i andre kommuner i utvalget vårt:

- Forholdsvis lav dekningsgrad (institusjonsplasser og hjemmetjenester)
  - Dermed også flere i alderskategorien 80+ som klarer seg uten slike tilbud
  - Økt antall mottakere av aktiviserings- og servicetjenester blant eldre over 80 år
  - Noe lavere andel mottakere av hjemmetjenester enn i fylket og landet (67-79 år)
- Høyt antall tildelte uketimer hjemmetjenester pr. mottaker (67+ år)
- Høy andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning

Vi understreker at dette er tall uten videre kontekst, og at vi må ta forbehold ved tolkning av data. Et tydelig eksempel på usikkerheten knyttet til manglende kontekst, framkommer av figur 2.2.2.9 om gjennomsnittlig antall tildelte uketimer hjemmetjenester pr. mottaker i utvalget vårt. Her så vi at Karmøy lå betydelig høyere enn andre kommuner. Kommuneadministrasjonen kommenterte at

dette må sees i sammenheng med øvrig innretning av tjenestetilbudet, og at den forholdsvis lave andelen HDO-boliger og dagtilbud er å betrakte som hovedgrunn. Revisjonen har ikke mulighet til å kontrollere for alle forhold og sammenhenger her, men sier seg enig i at dette er en mulig og ikke urimelig forklaring. Det følger av modellen at mangler i tilbudet på ett trinn i omsorgstrappa nødvendigvis fører til overbelastning på et annet trinn.

Vi kommer tilbake med flere referanser til kommunens «tjenesteprofil» og til enkelte indikatorer i senere kapitler. Vi vil da supplere datamaterialet med informasjon fra andre kilder (i hovedsak intervju og saksdokumenter). Dette gjør oss i stand til å se de ulike kildene opp mot hverandre, og til å foreta nærmere vurderinger av hele materialet, inkludert mulige feilkilder. Vi vil derfor også vente med våre vurderinger av datamaterialet til vi har et bedre grunnlag for dette.

# 3 DAGENS ELDTREOMSORG: MÅL OG INNRETNING

I dette kapittelet skal vi se nærmere på mål og innretning av dagens tjenester i kommunens eldreomsorg. Undersøkelsene våre er dermed rettet mot det vi har omtalt som første hovedspor i rapporten, jf. kap. 1.3. Det henger også nært sammen med første problemstilling i oppdraget, og er ment å svare ut denne:

- Hvordan er det tilrettelagt for at Karmøy kommune skal kunne nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme?<sup>8</sup>

Vi vil derfor undersøke status for kommunens arbeid med å tilrettelegge dagens eldreomsorg til en aldrende befolkning. Formålet med dette kapittelet vil være å beskrive og vurdere kommunens arbeid på området, i lys av forventet demografisk utvikling. Underveis vil vi også se nærmere på hvordan kommunen sørger for å ivareta god kvalitet og forsvarlighet i tilbudet.

I den forbindelse legger vi opp til følgende kapittelinnndeling: For å tilnærme oss problemstillinga presenterer vi først en oversikt over lovverk, revisjonskilder og -kriterier på området (**kap. 3.1**). Deretter framstiller vi faktagrunnlaget, i form av et overordnet statusbilde av kommunens innsats på området pr. i dag (**kap. 3.2**). Basert på dette gir vi så våre vurderinger av mål og innretning av dagens eldreomsorg. Med vurderingene følger også anbefalinger og forbedringspunkt (**kap. 3.3**).

Kap. 3.2 vil være det mest omfangsrike. Her utdyper vi enkelte viktige data og utviklingstrekk fra kap. 2, samtidig som vi går nærmere inn på flere av indikatorene omtalt i første problemstilling, jf. forrige fotnote. Særlig vil vi se på kommunens innretning av dagens eldreomsorg på følgende punkter: forebyggende tiltak, samhandling og koordinering mellom ulike enheter, kulturbygging og ansattes rammebetingelser. Vi understreker at vi i dette delkapittelet primært presenterer vårt faktagrunnlag på området. Vurderinger og anbefalinger kommer avslutningsvis, i kap. 3.3.

## 3.1 LOVVERK, REVISJONSKILDER OG -KRITERIER

---

Norske kommuner kan iht. lov- og regelverk organisere sitt tjenestetilbud og sine virksomheter slik den selv anser det best ut fra kommunens størrelse, demografi, økonomi og andre forhold. Organisering av eldreomsorgen vil derfor variere fra kommune til kommune. I likhet med mange andre kommuner har Karmøy valgt å innrette sitt tjenestetilbud og sin omsorgstrapp etter BEON-prinsippet. Dette er nærmere omtalt i kommunens helhetlige plan for helse og omsorg 2023-2030:

---

<sup>8</sup> Som nevnt, ble det til denne problemstillinga også oppgitt i parentes: «Aktuelle indikatorer her er: Organisering, forebyggende tiltak, kompetanseutvikling, bruk av velferdsteknologi, samhandling og koordinering mellom ulike fagenheter, kulturbygging, pleiernes rammebetingelser for å kunne jobbe i tråd med målet.» Vi vil i dette kapittelet komme innom flere av disse indikatorene, selv om de vektlegges i noe ulik grad. Andre indikatorer blir viet større oppmerksomhet i kap. 4.

*Karmøy kommune arbeider etter BEON-prinsippet som vil si at tjenestene skal tildeles og ytes på “Beste Effektive Omsorgs Nivå”. Prinsippet bygger på at kommunen tilbyr trinnvis opptrapping av pleie- og omsorgstjenester til den enkelte innbygger slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som at kommunen kan yte tjenester så effektivt som mulig. Alle innbyggere, uavhengig av diagnose, får tilbud om de samme helsetjenestene så lenge de oppfyller tildelingskriteriene for den enkelte tjenesten (Karmøy kommune 2023: 7).*

Selv om kommunene står fritt til å velge organisering av tjenestetilbudet og sine virksomheter, skal de iht. helse- og omsorgstjenesteloven gi forsvarlig helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen, jf. § 3-1 første ledd.<sup>9</sup> I tredje ledd heter det at kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at omfang og innhold i tjenestene er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Disse pliktene har også tilsvarende oppføringer i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. For vårt formål er plikten til å planlegge (§ 6) virksomhetenes aktiviteter særlig viktig.<sup>10</sup>

Tjenestene skal selvsagt også være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring gir nærmere bestemmelser om denne plikten, og iht. forskriften § 3 skal kommunen sørge for et styringssystem som sikrer systematisk forbedringsarbeid i egne helse- og omsorgstjenester. Disse kravene tilsier at kommunen har plikt til å arbeide systematisk og langsiktig med kvalitet og innretning av sitt tjenestetilbud.

Basert på dette er følgende revisjonskriterier utledet til vurdering av første problemstilling:

- Kommunen har planlagt og foretatt strategiske vurderinger av omfang, innhold og forsvarlighet i dagens tjenestetilbud innen eldreomsorgen
- Kommunen har innrettet tjenestetilbudet etter vedtatte mål og prinsipper (BEON), for å sørge for at eldre innbyggere mottar riktige tjenester til riktig tid og i riktig omfang

Revisjonskilder: helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2, 4-1, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3 og 6, kommunalt planverk (BEON-prinsippet)

---

<sup>9</sup> For kravene i lovens §§ 3-1 og 4-1 (jf. under), er det også tilsvarende rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. bl.a. § 2-1. Ettersom perspektivet i vår gjennomgang primært er kommunens arbeid på området, er fokus og kilde til revisjonskriterier i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, og ikke pasient- og brukerrettighetsloven.

<sup>10</sup> Vi vil i kap. 4 sette denne plikten i sammenheng med *langsiktig planlegging* av kommunens tjenestetilbud, med videre henvisninger til både kommuneloven § 14-4 og folkehelsesloven § 5. Fokuset her i kap. 3 er dagens tjenester.

## 3.2 STATUS FOR INNRETNING OG MÅL

---

I dette delkapittelet presenterer vi faktagrunnlaget som vi mener er mest relevant å trekke fram, i lys av de aktuelle problemstillingene og revisjonskriteriene. Vi har gruppert denne informasjonen i ulike underkapitler. Disse tar for seg innretning av tjenestetilbudet (**kap. 3.2.1**), samhandling og koordinering mellom enheter (**kap. 3.2.2**), og rammebetingelser og brukeres behov (**kap. 3.2.3**).<sup>11</sup>

### 3.2.1 INNRETNING AV TJENESTETILBUDET

#### *Helhetlig plan for helse og omsorg*

Behovet for å endre innretning av kommunens tjenestetilbud i lys av demografisk utvikling er et gjentakende hovedpoeng i sentrale plandokumenter. Eksempelvis åpner kommunedirektøren med denne introduksjonen i kommunens handlingsprogram for 2025-2028: «Karmøy kommune må endre tjenestetilbudene. Færre barn, flere eldre og mangel på arbeidskraft og kompetanse krever betydelige omstillinger i den kommunale driften» (Karmøy kommune 2025a).

Disse endringene i innretning av tjenestetilbud vises også spesifikt i strategi- og plandokument på helse- og omsorgsområdet. I «Helhetlig plan for Helse og omsorg 2023-2028» beskrives samme utfordringsbilde, jf. følgende i forordet: «Kommunen står overfor noen utfordringer. Rekruttering av helsepersonell har blitt en stadig større utfordring samtidig som at befolkningen stadig eldes og kommunen må tilpasse seg denne utviklingen med stadig flere som har behov for hjelp fra kommunen» (Karmøy kommune (2023a:6)).

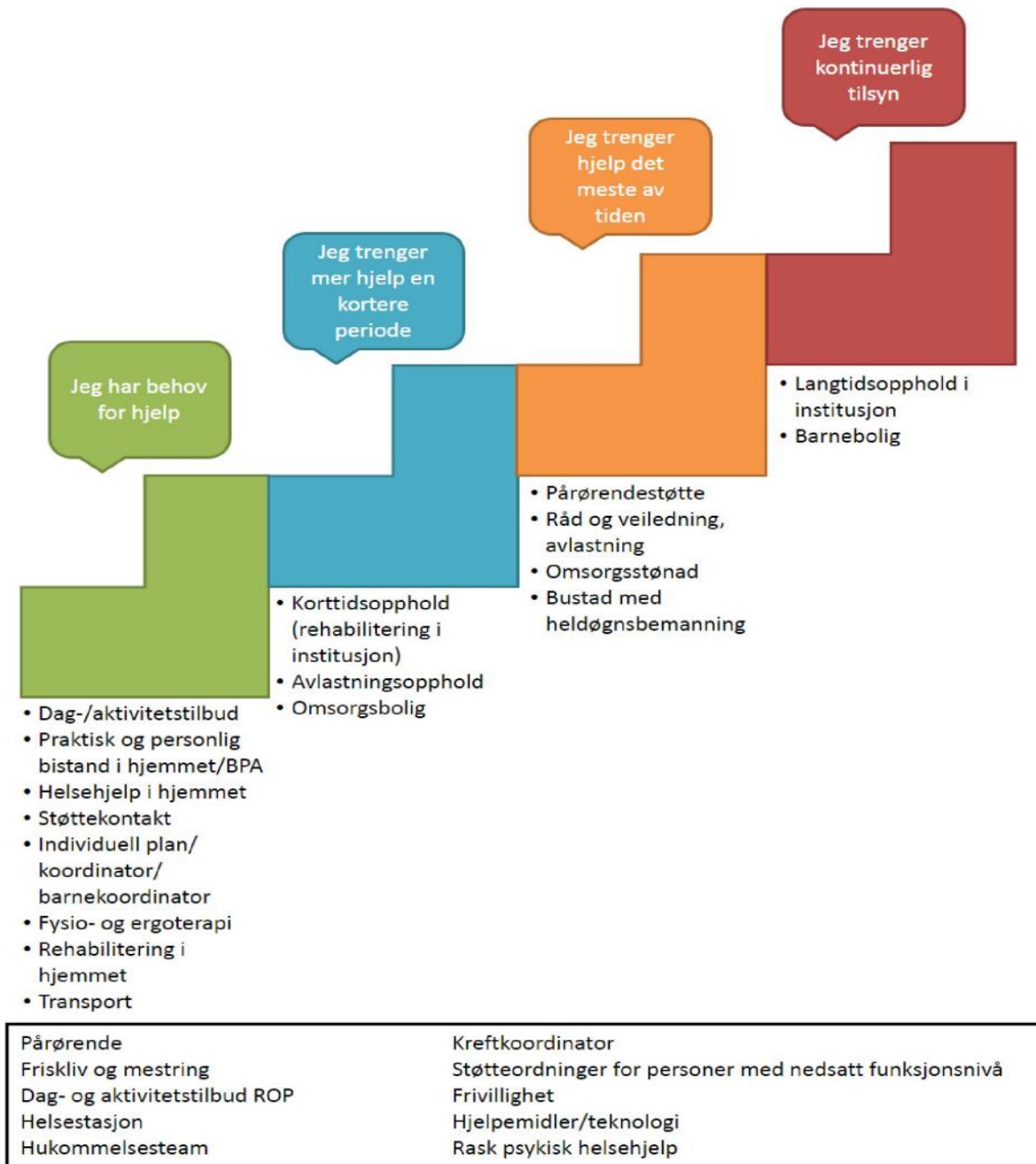
Innretning av tjenestetilbudet innen helse og omsorg blir i samme dokument koblet til det såkalte BEON-prinsippet, dvs. at tjenestene skal tildeles og ytes på «Beste Effektive Omsorgs Nivå» (s. 7). I tråd med fastsatte tildelingskriterier skal alle innbyggere motta likeverdige, riktige tjenester, til riktig tid og i riktig omfang. BEON-prinsippet er igjen koblet til målet om at flest mulig skal kunne bo lengst mulig hjemme: «Prinsippet bygger på at kommunen tilbyr trinnvis opptrapping av pleie- og omsorgstjenester til den enkelte innbygger slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som at kommunen kan yte tjenester så effektivt som mulig» (s. 7).

I tråd med BEON-prinsippet er det utformet en omsorgstrapp for kommunen, som illustrasjon og faktisk beskrivelse av kommunens innretning av tjenestetilbudet. Denne trappen beskriver hvilke tilbud som tilbys på ulike funksjonsnivå. Som vi ser: Tjenestene strekker seg fra å dekke spennet mellom behov for relativt lite hjelp, bistand og helsetjenester på lavere trinn, til store, omfattende og sammensatte hjelpebehov på de øverste trinnene:

---

<sup>11</sup> Faktagrunnlaget stammer fra vår gjennomgang av saksdokumenter, nøkkeltall og intervjunotater. Mer informasjon om datamaterialet og eventuelle svakheter og forbehold framkommer fortløpende, i omtale og konkrete vurderinger.

Figur 3.2.1.1. Omsorgstrapp, Karmøy kommune



Kilde: Karmøy kommune (2023a: 8)

I tillegg til de fire, fargekodede trappetrinnene, ser vi nederst en boks med ulike forebyggende og helsefremmende tiltak. Dette omtales i strategien som «grunnmuren» i kommunens omsorgstrapp og har der et eget kapittel (kap. 4). De fire trappetrinnene har deretter hvert sitt kapittel (kap. 5-8). Disse fem kapitlene framstiller de ulike tjenestetilbudene og forventede utfordringer.

Omsorgsstrategien og innretningen av tjenestetilbudet er gjort med tanke på langsiktig, strategisk innsats på området. Til dette ligger også forventede, framtidige utfordringer. Vi har allerede sett at kommunen har identifisert demografisk utvikling og forventet tilgang til helsepersonell som de mest framtreddende utfordringene. Dette er også eksplisitt i omtalen av både strategi og innretning

av omsorgstrappa. Bærekraftige og effektive tjenester blir dermed del av hovedbildet: «Strategien er basert på omsorgstrappen og tar hensyn til de utfordringene tjenestene står overfor i fremtiden, slik at de kan være bærekraftige og effektive i å møte behovene til brukerne» (s. 7). (Demografisk utvikling og påfølgende økning i behov er også tema i et eget kapittel i strategien (kap. 3)).

Dette blir ekstra tydelig i omsorgsstrategiens siste kapittel (kap. 10), som har den talende tittelen «Det lange perspektivet». Igjen framkommer de nevnte hovedutfordringene i tekstens innledning:

*Selv i dag kan vi allerede se utfordringene som vil møte oss om 10, 20 eller 30 år. Selv om planperioden ikke vil dekke hele denne tidsrammen, ville det vært uansvarlig å ikke legge til rette for utfordringene som vil dukke opp etter planens utløp, spesielt da disse utfordringene har vært varslet i lang tid.*

*Den største utfordringen vil være det økende behovet for omsorgstjenester på grunn av en stadig økende andel eldre i samfunnet. Den andre utfordringen, som delvis er en konsekvens av den første, er rekruttering av tilstrekkelig antall medarbeidere til å levere tjenester (Karmøy kommune (2023a: 42))*

Både handlingsprogrammet og strategiplanen har en konkret tidsperiode de er gyldige for, før de rulleres og oppdateres med gitte mellomrom. Av sitatet over ser vi tydelig at planleggingsarbeidet også har et lengre perspektiv, og at utfordringene flere tiår fram i tid vurderes som allerede kjente og varslede. Som vi ser, trekkes dette fram som et punkt som handler om ansvarlighet.

Vi er her til dels inne i tematikken vi skal se nærmere på i neste kapittel, men vi står også midt i bakgrunnen for endringene av dagens innretning av tjenestetilbudet i eldreomsorgen. Endringene i nåtid er å forstå som direkte knyttet til framtidig utvikling innen både demografi og kompetanse. Med dette menes stadig flere eldre, uten tilsvarende vekst i fagansatte som skal yte det framtidige tjenestetilbudet. Å videreføre dagens tjenesteinnretning med den varslede økningen i antall eldre, vil ganske enkelt kreve ressurser som verken kommunen eller landet har tilgang til.

Karmøy kommune er også tydelig på dette i sin omsorgsstrategi: «Det vil ikke være mulig å tilby gode tjenester uten å bygge flere sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, samtidig så vil det kreve enorme ressurser om kommunen bare skal øke kapasitet på det øverste trinnet i omsorgstrappen» (s. 42). Strategien identifiserer dermed behov for bedre dekning på det øverste trinnet, samtidig som dette ikke er en farbar vei med tanke på ressursbruk.

Vi gjentar at vi med ressurser her ikke bare mener økonomiske kostnader, men også kompetanse og kapasitet i tjenestetilbudet: Én sak er hva kommune-Norge har råd til å legge tjenestenivået sitt på, en annen sak er at også helsepersonell og tjenestetilbud er begrensede ressurser.<sup>12</sup> I lys av den demografiske utviklinga trekker dermed strategien fram behovet både for å få flere sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, og for å endre «arbeidsmetode for å møte utfordringene» (s. 42). I den

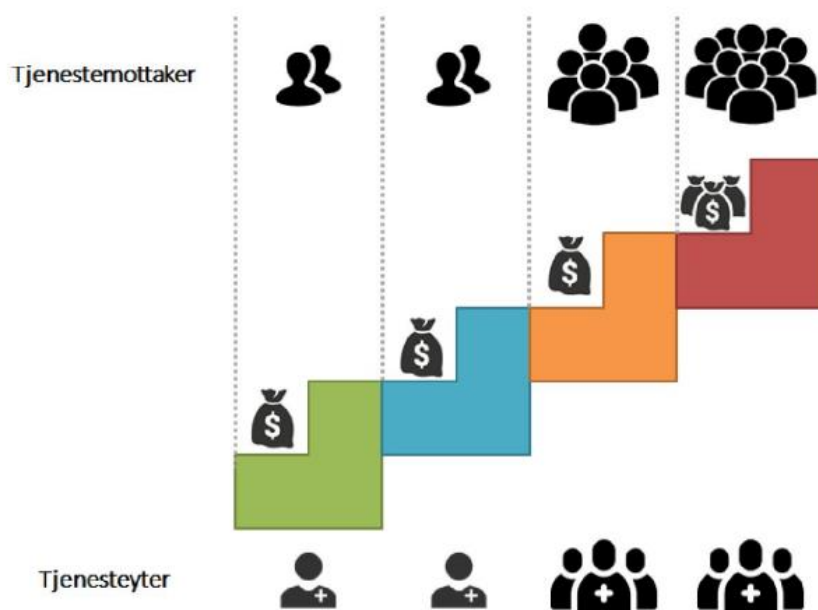
---

<sup>12</sup> Disse tre dimensjonene av ressursbegrepet kan dermed betraktes separat. Samtidig er de gjensidig avhengige av hverandre: Uten penger til å drifte tjenestetilbud, hjelper det ikke om en kommune har nok ansatte eller kapasitet i eldreomsorgen. Tilsvarende hjelper det ikke med god kommuneøkonomi dersom kommunen ikke har helsepersonell og/eller institusjonsplasser nok til å utføre tjenestene. (Se også tilsvarende tilnærming i kap. 4.2.2.)

sammenhengen blir det viktig å øke kapasitet på lavere trinn i omsorgstrappa: «Ethvert tiltak som kan bidra til å redusere det store behovet for boliger med heldøgntjenester vil være nyttig i tiden fremover» (s. 42)

Dersom en ikke gjør endringer, men bare fortsetter som før med dagens innretning av tilbudet, vil kommunen ende opp med svært ressurskrevende tjenester som ikke er bærekraftige. I strategien blir dette illustrert med følgende skisse, som skal vise framtidig ressursbruk ved videreføring av dagens innretning av tjenestetilbudet: Det vil bli stadig flere mottakere, tjenesteytere og kostnader ettersom disse konsentreres høyt opp i trappa.

Figur 3.2.1.2. Illustrasjon av framtidig ressursbruk, gitt dagens innretning av omsorgstrappa



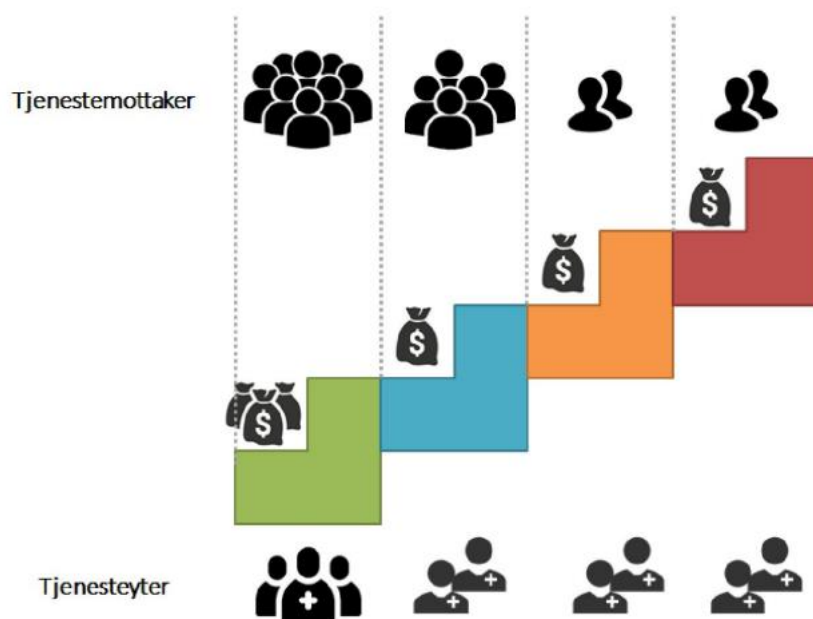
Kilde: Karmøy kommune (2023a: 43)

Strategien er tydelig på hva den demografiske utviklinga vil føre til, og hva som vil skje dersom en ikke får til å endre innretning: «Kommunen vil få en økende etterspørsel etter ressurskrevende tjenester høyt i omsorgstrappen, og dette fører til behov for flere medarbeidere og tilsvarende økte ressurser» (s. 43). Dermed identifiserer strategien også et tydelig behov for å «satse på flere forebyggende og helsefremmende tjenester for å hjelpe innbyggerne med å opprettholde helsen på et tidlig stadium, slik at behovet for ressurskrevende tjenester senere kan unngås eller utsettes. Dette vil være til fordel for både innbyggerne og kommunen» (s. 43).

Figuren under viser hvordan kommunen ønsker å innrette tjenestene sine. Målet er å vri tilbudene i retning av lavere trinn, slik at flest mulig kan bo lengst mulig hjemme:<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Dette er selvsagt ikke det samme som å si at det er et mål i seg selv å ha flest mulig hjemmeboende. Dette må til enhver tid vurderes opp mot behov (og kapasitet) i tjenestene. Langt mer må kommunens mål forstås som et uttrykk for at det framtidige tjenestetilbudet må forbeholde de øverste trinnene og de mest ressursintensive tjenestene til de mest behovstrende, jf. strategien, s. 42-46.

Figur 3.2.1.3. Illustrasjon av ønsket framtidig ressursbruk i kommunens omsorgstrapp



Kilde: Karmøy kommune (2023a: 43)

Karmøy står på ingen måte alene om denne analysen. I takt med den demografiske utviklinga og framtidig ressurstilgang må kommune-Norge 'vri' sine tjenestetilbud lenger ned i omsorgstrappa. Hensikten med dette er nettopp å kunne gi gode og likeverdige tilbud også i årene framover, selv om økningen i ressursbruk ikke kan forventes å bli like stor som økningen i antall eldre, jf. blant annet stortingsmeldinga *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* (Meld. St. 24 (2022-2023) og Helsepersonellkommissjonens rapport (NOU 2023:4). Å yte hjelp og tjenester lenger ned i trappa til dem som kan motta hjelp der, sparer ressurser samlet sett. Det gjør også at de øverste trinnene forbeholdes innbyggerne som har de største behovene.

Som vi skal se, er ikke bare et framtidig mål som en skal arbeide mot også innen eldreomsorgen, men ei utvikling som allerede er godt i gang. Etter formulering av strategien er det vedtatt flere organisatoriske tiltak og utbyggingsplaner for å møte denne utviklinga. I et avsnitt nedenfor om informasjon fra intervju og andre kilder vil vi se hvordan ansatte opplever endringene i antall og helsetilstanden til tjenestemottakere helt konkret. Dette kan vi så sette i sammenheng med de utviklingstrekkene som her er skissert, og med formålet for vår forvaltningsrevisjon, dvs. kartlegge kommunens arbeid med å tilrettelegge tjenestetilbudet for en aldrende befolkning.

Kommunens helse- og omsorgsplan må sies å være hoveddokumentet på vårt revisjonsområde, og gir et overordnet bilde av hvordan dagens eldreomsorg i Karmøy er innrettet. Til planen er det også formulert handlingsplaner til hvert trinn i omsorgstrappa, i form av interne arbeidsdokument for kommuneadministrasjonen. Disse klargjør utfordringer og mulige tiltak på hvert av trinnene, men er altså kun utformet for internt bruk i administrasjonen, som bakgrunnsdokument for senere arbeid i plan- og budsjettprosesser. For eksempel er mål og tiltak listet uten prioritert rekkefølge, og kun et fåtall er iverksatt. Vi har dermed også kun benyttet dokumentet til bakgrunnskunnskap,

og viser til enkelte oversikter ved senere anledninger i rapporten. Disse handlingsplanene danner imidlertid ikke noe grunnlag for revisjon eller vurderinger.

Vi vil i kap. 4 se nærmere på andre dokument på området, men da fokusere på hva mer de kan fortelle oss om kommunens planlegging og utvikling av tilbudet, i lys av forventet demografisk utvikling. Vi forholder oss også der kun til offisielt vedtatte planer og saksdokumenter.

Temaet vårt i kap. 3 er altså dagens innretning av tilbudet. Vi går nå videre til å sammenstille vår informasjon fra planer med data fra intervju og andre kilder. Deretter vil vi også undersøke andre forhold av betydning for vårt tema, som samhandling og koordinering mellom enhetene som er involvert i eldreomsorgen (kap. 3.2.2), og dagens rammebetingelser og brukerbehov (kap. 3.2.3).

### *Informasjon fra intervju og andre kilder*

Som del av denne forvaltningsrevisjonen har vi intervjuet et utvalg sentrale aktører relatert til eldreomsorgen i Karmøy kommune. I utvalget vårt inngår ledelse i kommuneadministrasjonen (kommunalsjef, sektorsjef omsorg, ledelse Bestillerkontoret), virksomhets- og avdelingsledere i hjemmetjeneste og ved sykehjem, ansatte i hjemmetjenesten og ved sykehjem, hovedverneombud i kommunen og hovedtillitsvalgte innen helse og omsorg. Vi har også gjennomført statusmøter og hatt e-postkorrespondanse med andre ansatte i kommuneadministrasjonen.<sup>14</sup>

Dette har gitt oss god anledning til å gå nærmere inn på viktige forhold fra saksdokumentasjon og nøkkeltall. I tillegg har kildene gitt ny informasjon om andre sider ved kommunens arbeid med å tilrettelegge tjenestetilbudet i lys av en aldrende befolkning. Nedenfor presenterer vi det vi mener er hovedpunkt fra dette kildematerialet. I senere delkapitler vil vi vise til de samme kildene for å utdype andre forhold: Temaet her er innretning av tjenestetilbudet, jf. delkapittelets overskrift.

Overordnet sett er alle informanter godt kjent med det generelle utfordringsbildet, og behovet for å tilpasse kommunens eldreomsorg til den demografiske utviklinga. Videre er kildene godt kjent med at kommunen av den grunn allerede har foretatt større tilpasninger av tjenestetilbudet, og er i gang med ytterligere endringer.

Som eksempel på allerede gjennomførte endringer trekker flere kilder fram omorganisering av hjemmetjenesten i færre enheter, for å øke kompetansen, få mindre sårbare enheter (ved fravær) og samtidig sørge for bedre bruk av kompetanse på tvers av enhetene. Som eksempel på planlagte tiltak nevnes blant annet geografisk plassering av nytt sykehjem, flytting av hjemmetjenestebaser for å øke tid med brukere (ATA-tid, dvs. ansikt-til-ansikt), og satsing på HDO-boliger. Særlig det siste punktet trekkes av flere fram som direkte knyttet til en identifisert mangel i omsorgstrappa, og som viktig for å komme framtidige behov i møte. Uoppfordret trekker en leder på et sykehjem fram at det vil være brukere hos dem som kunne klart seg minst like bra i en HDO-bolig.

Dette er eksempel på større, strukturelle tiltak som er ment å tilpasse kommunens ressursbruk til behovene innen eldreomsorgen i årene framover. Vår informasjon fra intervju tilsier at ledelse ute i virksomhetene oppfatter dagens organisering som god, og at kommuneadministrasjonen foretar

---

<sup>14</sup> Ei fullstendig liste over informanter er tilgjengelig i «Referanser», til slutt i denne rapporten. Se også kap. 1.2 for flere detaljer om metodisk tilnærming og utvalg av informanter.

faglig og ressursmessig funderte endringer av tilbudets innretning. Dette skal igjen være basert på samlede vurderinger av kapasitet og behov. Av noe mindre tiltak nevnes også grep for å adressere større variasjoner i sykdoms- og funksjonsbildet til eldre. Som nevnt over opplever kommunen at pasienter innen rus og psykiatri (ROP) i takt med høyere levealder nå trenger oppfølging som normalt har tilhørt eldreomsorgen. Dette er et eksempel på ei tiltakende utfordring i møte med en stadig aldrende befolkning. I intervju oppgir etatsledelse at en nå skal samlokalisere tilbudet for denne pasientgruppa, som tidligere har vært gitt ved samtlige sykehjem.

Krav om forsvarlighet i tjenestene ivaretas av flere aktører. Bestillerkontoret foretar selvstendige kartlegginger og vurderinger av tjenestebehov, og fatter i tråd med dette vedtak i sakene. Utførere kommer med innspill underveis i oppfølging av tjenestemottakere, og en har rutiner for å tilpasse og justere vedtak og hjelp basert på dette. Etatsledelsen har et overordnet ansvar for kvalitet i og utvikling av tjeneste, og kobler seg på i enkeltsaker som reiser prinsippsspørsmål, samt klagesaker som går til Statsforvalteren i Rogaland. Eldreomsorgen er med andre ord innrettet også med tanke på å gi forsvarlige tjenester og ha flere, uavhengige aktører som vurderer denne. (Vi går nærmere inn på samarbeid og koordinering av dette arbeidet i neste delkapittel: fokus her er organisering.)

Våre kilder uttrykker ikke videre kritikk eller negative merknader til arbeidet med organisatoriske tilpasninger innen kommunens eldreomsorg. Kildene ser og oppgir det samme som overordnet administrativ ledelse, særlig behov for økt kapasitet i HDO-boliger og for flere sykehjemsplasser på fastlandssida av kommunen. Dette arbeidet er allerede igangsatt. På alle nivå i organisasjonen beskrives overordnet tilnærming til området som god og satt i system.

Samtidig uttrykker flere kilder bekymring for om kommunen vil ha god nok kapasitet i tjenesten i årene framover, og at dette er utfordringer en allerede har begynt å merke. Flere kilder vektlegger at pasienter/brukere som hører til deres enhet har lavere funksjonsnivå enn tidligere år: Eldre er stadig sykere før de får sykehjemsplass, pasienter har større kompleksitet i hjelpebehov og atferd, og ulike bygg og tjenester er ikke alltid mulig å tilpasse denne typen behov. Flere informanter er klare på at dette utfordrer eldreomsorgen og tilbudet som en skal gi ved de ulike enhetene.

Med begrenset kapasitet rundt omkring blir det dermed tilfeller hvor det er vanskelig å gi et godt tilpasset tilbud til nye pasienter (eventuelt tilbud som ikke går utover allerede innlagte pasienter). Flere kilder vektlegger i den forbindelse den sentrale rollen som kommunens bestillerkontor har, i dets vurdering og tildeling av tjenester på ulike trinn i kommunens omsorgstrapp. Vi kommer inn på dette og andre forhold i delkapitlene under, om hhv. samhandling mellom ulike enheter og om generelle rammebetingelser.

### 3.2.2 SAMHANDLING OG KOORDINERING MELLOM ENHETER

Eldreomsorgen omfatter en rekke ulike tjenester, virksomheter og ansatte i Karmøy kommune. Vi har i vår gjennomgang lagt særlig vekt på hjemmetjenesten og sykehjemmene blant de utførende virksomhetene, da disse er de klart største enhetene både med tanke på antall ansatte og oppgaver i kommunens eldreomsorg. Samtidig er det også mange ansatte og avgjørende arbeid som utføres av en rekke andre aktører, som fysio-/ergo-tjenesten, fastlegene, i tillegg til ansatte og oppgaver knyttet til hukommelsesteamet, kreftoppfølging, aktivitet og avlastning, velferdsteknologi, ROP-oppfølging m.m. Utenfor kommunen er det også behov for samhandling og koordinering i ulikt omfang og av ulik karakter med andre aktører, fra sykehus til frivillige.

Vi trekker inn referanser til flere av disse underveis i dette delkapittelet, men starter med omtale av hva vi mener er de to viktigste aktørene for samhandling og koordinering mellom alle de ulike enhetene som samlet utgjør kommunens eldreomsorg. Dette er etatsledelsen på et overordnet nivå og bestillerkontoret i det praktiske arbeidet. Vi starter med sistnevnte.

Bestillerkontoret har en særlig sentral rolle ettersom det som vedtaksmyndighet legger rammene og innsatsnivået for utførernes arbeid. I praksis er det bestillerkontoret som plasserer mottakere av tjenester på ulike nivå i kommunens omsorgstrapp. Ut fra behandling av søknad og vurdering av hjelpebehov innvilger bestillerkontoret de tjenester som den enkelte innbygger skal motta. Så er det utførerne i hjemmetjenesten, sykehjem, fysio-/ergotjeneste osv. som skal omsette vedtaket i praktisk oppfølging og hjelp.

Intervju med ledelse ved bestillerkontoret tilsier at en er godt kjent med kommunens utfordringer og overordnede prinsipper innen eldreomsorgen: Tjenester skal gis på lavest mulig nivå og en skal forsøke å arbeide forebyggende og ikke innvilge tjenester på et høyere trinn i omsorgstrappa enn nødvendig, jf. BEON-prinsippet. Utgangspunktet er at alle skal klare seg best mulig selv, og at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Samtidig opplever også ledelse ved bestillerkontoret et stadig større trykk på tjenestene og knapphet på flere tilbud innen eldreomsorgen. Punktvis og svært kort sammenfattet beskrives følgende status på området:

- Knapphet på tjenester
- Knapphet på sykehjems plasser
- Hjemmetjenesten utfordres på kapasitet og kompetanse ved mange ressurskrevende saker samtidig
  - Utfordrende å følge opp mer komplekse vedtak (mange diagnoser), utfordringer vi tidligere så i sykehjemmene. Utfordring med lokale forskjeller (kompetanse og kapasitet)
- Heldøgns omsorgsboliger også knapphet
- Prøver å gi tjenester i hjemmet så lenge vi kan
- Også problemer med tidlig utskriving
- Mange krevende saker som kommer samtidig, før kom det kanskje en iblant, nå flere samtidig

Bestillerkontoret beskriver dermed et stort og økende press på tjenestene. Dette tilskrives forhold både i og utenfor kommunens ansvarsområde: Det blir ganske enkelt stadig flere eldre, med flere og mer sammensatte diagnoser (særlig knyttet til demens) og krevende atferd. Dette krever igjen mer oppfølging og mer spesialisert kompetanse fra kommunens side. Dette oppgis å skje parallelt med at pasienter skrives ut fra sykehus i stadig dårligere forfatning og ofte på kort varsel. Intervju med aktører utenfor bestillerkontoret støtter opp om disse beskrivelsene, hvor utvikling knyttet til sykehusutskrivelser gjerne tilskrives endret praksis fra sykehuset side/samhandlingsreformen.

Samarbeidet med sykehus omtales som stort sett godt, men at det er utfordringer både med lite tid til å forberede seg på utskriving, og at det er vanskelig å ha riktig tilbud klar ved utskriving. Dette tilskrives flere ulike forhold, blant annet forventninger om korttids sykehjems plass (som ofte ikke er tilpasset eller overhodet tilgjengelig), utfordrende atferd/behov for tvang, manglende utredning

(diagnose og prognose), i tillegg til andre, bakenforliggende årsaker. Bestillerkontoret oppgir at en ikke kommer noen vei når en stiller spørsmål til sykehus og spesialisthelsetjeneste om slike og andre forhold.

Bestillerkontoret opplever at det er pr. dags dato er fullt, eller i det minste begrenset kapasitet, på alle trinn i kommunens omsorgstrapp. Særlig oppgis det å være mangel på tilbud/sykehjemsplass til mer komplekse brukergrupper, og at det slik sett burde ha vært eget tilbud eller egen avdeling for brukere med utfordrende atferd. Dette stemmer overens med informasjon i intervju med andre aktører, hvor dette gjerne omtales som et punkt for frustrasjon og uenighet med bestillerkontoret: Sistnevnte innvilger et tilbud som er lite tilpasset utførers forutsetninger for å gi dette, eventuelt å gi dette samtidig som en opprettholder et godt tilbud til andre brukere ved samme enhet. Det mest nevnte eksemplet blant utførende enheter er brukere med utfordrende atferd, og følgene dette har for andre beboere og brukere ved enheten.

Våre intervjukilder i utførende enheter kan forstå utfordringene bestillerkontoret har med å skulle finne godt tilpassede tilbud, gitt dagens utvikling. Også utførende enheter opplever utfordringene med stadig flere og mer krevende og pleietrengende brukere, hvor tilbud og bygningsmasse ikke er tilpasset behovene. Flere kilder oppgir at det er høyere terskel for å motta tjenester i dag, og da særlig institusjonsplass. Samtidig er de som kommer inn på sykehjem altså klart dårligere, med et større pleie- og omsorgsbehov enn tidligere år. Dette gjelder ikke bare pasienter med utfordrende atferd, men også knyttet til oppfølging av demens og innen palliasjon. Dette er også utfordringer som hjemmetjenesten rapporterer for sine brukere, i tillegg til kreftproblematikk og brukere som ønsker å dø hjemme. Også her oppgir ansatte en klar vekst i omfang og kompleksitet i oppgaver.

Samspillet med bestillerkontoret blir i takt med dette desto viktigere. Med økte utfordringer og begrensede ressurser på området må en forvente at samarbeid og koordinering blir satt på sterkere prøver enn i dag. I våre intervjudata ser vi at ansatte i utførende enheter har noe ulike vurderinger av dagens samarbeid. Generelt sett er ledere i hjemmetjeneste og ved sykehjem noe mer positive og/eller balansert i sine vurderinger av samarbeidet. Utførende ansatte i hjemmetjenesten mener derimot at det er større rom for forbedring.

Rom for forbedring knyttes særlig til to forhold: a) mer omfattende vedtak (ev. «vedtaks pakker») enn utførere har forutsetninger for å levere på, og b) utfordringer med å redusere/avslutte vedtak når utførende enhet melder tilbake at det vil være faglig forsvarlig. Bestillerkontoret vil da kunne justere eller fatte nytt vedtak. Dette siste punktet oppgis av begge sider å bli gjort i noen tilfeller, men enkelte utførere er i intervju tydelige på at det ofte ikke skjer. Utførere opplever dette som et eksempel på feil ressursbruk og ikke i tråd med hvordan kommunen skal arbeide. Som forklaring peker utførere på at manglende nedjustering av vedtak gjerne skjer etter press fra pårørende, men også tilfeller av at vedtak opprettholdes selv når pårørende er enig i at bruker har redusert behov.

Som mulig grunn for denne praksisen peker enkelte utførere på fravær/utskifte av saksbehandlere ved bestillerkontoret. Manglende kontinuitet fører da til ulik og for «raus» praksis. Dette siste ble påpekt i en større gjennomgang av kommunens pleie- og omsorgstjenester (jf. Rune Devold AS (2022)). I Devold-rapporten pekes det på «rause vedtak» fra bestillerkontoret, noe som fører til «lav effektivitet» i hjemmetjenesten, sammen med «meget høy produktivitet» og «stort tidspress» (s. 7). Hjemmetjenesten jobber med andre ord godt og har mye brukertid, men har det travlere og

kunne ha gitt mer helsehjelp enn de faktisk får gitt. Vi finner data som samsvarer med dette, både i det svært høye antallet tildelte uketimer hjemmetjeneste pr. bruker i kommunen, jf. fig. 2.2.2.9 i den her foreliggende rapporten, og i intervju med ansatte og ledelse i hjemmetjenesten.

Bestillerkontoret peker på si side at en har gode erfaringer med å justere ned vedtak ved innspill fra utførende enheter. Samtidig er det vekst i behovene og i antall brukere som har krav på helse- og omsorgstjenester. Bestillerkontoret ser at det er behov for flere HDO-boliger og tilbud høyere opp i omsorgstrappa, blant annet for å avlaste hjemmetjenesten. På vårt spørsmål om tildeling av tjenester på lavere trinn i omsorgstrappa oppgir en at tidsbegrensede vedtak benyttes i noen grad, men at dette er et punkt en sikkert kunne ha vært bedre på. Det oppgis at hverdagsrehabiliterende tiltak gis uten nærmere vedtak. Bestillerkontoret oppgir at det kan være utfordrende å finne gode løsninger med hjemmetjenesten, og viser her til utfordringer med kapasitet i hjemmetjenesten.

Videre beskriver bestillerkontoret en krevende hverdag med stort trykk og mange henvendelser, inkludert det som beskrives som «konfronterende dialoger» med pårørende. Ledelsen bekrefter at det har vært en periode med stort arbeidspress og høy turnover i ansattgruppa, noe som førte til at en satte inn flere tiltak for å bedre situasjonen (lederstøtte, HMS- og personaltrivseltiltak). Dette oppgis å ha hatt positiv virkning, med stabilitet i personalgruppa de «siste 1-2 årene». Samtidig er en fra bestillerkontorets side tydelig på at det tar tid å lære opp nye ansatte, og at det vil gå utover kompetanse og kvalitet dersom flere ansatte slutter over en kort periode. Utenom det ene punktet om utfordringer med kapasitet i hjemmetjenesten, oppgis det ikke videre utfordringer i samarbeid og koordinering mellom enheter.

Vi har ikke grunnlag for å uttale oss om hvilke beskrivelser som stemmer best overens med fakta i de ulike sakene, men noterer at det er utfordringer med å få samarbeidet mellom bestillerkontor og utførende enheter til å fungere optimalt. Vi ser også at det er ulike oppfatninger av grunnene til utfordringene.

Etatsledelsen har et overordnet ansvar også for dette samarbeidet. Av samtaler og intervjudata ser vi at en der er klar over at det er en pågående diskusjon mellom bestillerkontor og virksomhetene, både om tjenestenivå og om tildeling av krevende brukere. Ledelsen oppgir at den kan bli koblet på i tilfeller med uenighet eller uklarhet på et mer overordnet prinsippnivå, men er også klar på at det er bestillerkontoret som har den formelle, selvstendige rollen som vedtaksmyndighet. Videre er det nødvendig å ta høyde for føringer og klagesaksbehandling fra Statsforvalterens side, og det vises til bestillerkontorets oppfølging av disse i arbeidet med å finne 'riktig' nivå på vedtak.

Samtidig er etatsledelsen åpen for at det er rom for forbedring i samarbeidet mellom bestillende og utførende enheter. Dette skal ha forbedret seg noe høsten 2025, egentlig ved en tilfeldighet. I samtale oppgir ledelsen at kommunikasjonen har blitt bedre etter bestillerkontoret flyttet fysiske lokaler, og nå holder til i samme bygg som etaten. Dette skal ha gitt bedre felles forståelse dem imellom, og mulighet for å arbeide tettere med utfordringer. Samhandlinga beskrives som svært viktig, og at det er positivt at sektorledelsen er koblet på utviklinga. I tillegg skal nylig ansettelse av en jurist ved bestillerkontoret ha vært svært kjærkomment, oppgir ledelse både i etaten og ved bestillerkontoret. Denne kompetansen skal ha skapt større trygghet i rettslig grunnlag ved vedtak og har en viktig funksjon i kommunikasjonen med Statsforvalteren. Dermed trekker flere aktører fram positive utviklingstrekk ved bestillerkontoret og samarbeidet deres med andre enheter.

Til samme tid oppgir etatsledelsen at det fortsatt er utfordringer med å «finne formen» mellom bestiller og utfører, og er klar på at det er nødvendig å videreutvikle dette samarbeidet. Ledelsen vektlegger samtidig bestillerkontorets faglige uavhengighet og bestiller-utfører-modellen. I dette uttrykkes også en fare for at disse funksjonene svekkes dersom samarbeidet blir «for tett».

Samarbeidet mellom bestillerkontor og utførende enheter er temaet som dukker opp klart oftest i våre intervjudata om samhandling og koordinering innen eldreomsorgen. Andre samarbeid, blant annet mellom nevnte enheter og fysio-/ergotjeneste, miljøarbeidertjeneste og hukommelsesteam i kommunen, omtales i klart mindre, men også positive ordelag. Det som i den forbindelse omtales av utfordringer i samarbeid eller koordinering går mer i retning av arbeidet med oppgaveglidning og hvem som skal gjøre hvilke oppgaver.

Karmøy kommune har vært med i KS' tørn-prosjekt, for å se på hvordan arbeidstid og -oppgaver kan bedre fordeles i en framtidsrettet eldreomsorg med bedre bruk av begrensede ressurser (både økonomi, kompetanse og kapasitet).<sup>15</sup> I våre intervju beskriver ansatte på alle nivå dette arbeidet som både godt og viktig. Etatsledelse trekker fram oppgaveglidning som svært viktig, særlig med tanke på utvikling av tilbud og ressursbruk. Utfordringene som omtales av ansatte ligger heller i å iverksette dette arbeidet (og relaterte pilotprosjekt) fullt ut, og slik sørge for at oppgaver utføres på det vi kan kalle riktig nivå i kompetansetrappa. Det skal for eksempel ikke være nødvendig at sykepleiere settes til å utføre oppgaver som fagarbeidere eller også ufaglærte like godt kan gjøre.

Her tilsier informasjon fra intervju at det er mange positive erfaringer med oppgaveglidning, for eksempel når en på sykehjem har andre som kan sette insulinsprøyter. Andre intervjudata tilsier at en flere steder har mer å gå på. Dette virker særlig å gjelde i hjemmetjenesten. I intervju oppgir enkelte at en rekke oppgaver fortsatt er på 'feil nivå', også oppgaver som heller ikke er relatert til helsemessig oppfølging. Å sette helsepersonell til å utføre vaskeoppgaver i hjemmet trekkes fram som et klart eksempel på feil oppgavedeling. Videre oppgis mye tid å gå med på å følge brukere på do nattetid, og å videreføre fysioterapibehandling. I noen sammenhenger ser hjemmetjenesten ut til å ha opparbeidet seg en spesialkompetanse, som igjen gjør at de må lære opp helsepersonell på trinn over seg i omsorgstrappa, når beboeren får plass på et heldøgns omsorgstilbud.

Av andre aktører av større betydning trekker etatsledelsen fram et godt og viktig samarbeid med fastlegene, hvor god dialog og ikke minst god dekning er avgjørende for et velfungerende tilbud i eldreomsorgen. Med tanke på samhandling og koordinering med aktører utenfor kommunen, har vi allerede nevnt utfordringer med utskrivingspraksis fra sykehus. I andre enden av skalaen er det også referanser til samarbeid med frivillige, men i den store sammenhengen omtales dette som et mindre omfangsrikt samarbeid. Det oppgis å være noe samarbeid med frivillig sektor, som Røde Kors og da særlig dens våketjeneste. Selv om dette er god hjelp som settes pris på, er flere ansatte tydelig på at dette ikke skjer i et omfang som frigjør større ressurser innen eldreomsorgen.

Vi nærmer oss her siste tema og overskrift i kap. 3, som handler om ansattes rammebetingelser og brukeres behov. I det delkapittelet undersøker vi hvordan kommunen samlet sett legger opp til at de ansatte skal kunne utføre arbeidet sitt, sett opp mot samlet behov i kommunen.

---

<sup>15</sup> For nærmere informasjon om Tørn-prosjektet, se for eksempel KS (2025).

### 3.2.3 ANSATTES RAMMEBETINGELSER OG BRUKERES BEHOV

«Rammebetingelser» som begrep er ikke entydig definert i faglitteratur eller lov- og regelverk på området. I prinsippet kan det vise til et nærmest uendelig antall forutsetninger for ansattes arbeid. For å gi begrepet god mening i denne rapporten har det vært nødvendig å definere dette nærmere. Med «rammebetingelser» mener vi tre hovedgrupper forutsetninger eller forhold som gir føringer for hvordan ansatte kan og skal utføre sitt arbeid:

1. Strukturelle føringer (nasjonalt lov- og regelverk, kommunale planer, organisering osv.)
2. Ressursmessige føringer (tid, økonomi/finansiering, kapasitet, kompetanse osv.)
3. Arbeidsrelaterte føringer (arbeidsplass og -miljø, fysiske og digitale hjelpemidler osv.)

Disse kan i noen sammenhenger være overlappende, for eksempel de allerede nevnte endringene i hjemmetjenesten om å etablere baser som arbeidsplass eller oppmøtested for de ansatte. Dermed gjør kommunen ei strukturell endring for å øke ansikt-til-ansikt-tid med brukerne (ressursmessig føring), noe som igjen endrer de fysiske betingelsene for å utføre arbeidsoppgaver (arbeidsrelatert føring).

For oversiktens skyld presenterer vi likevel data i tre ulike delavsnitt, med dette som tematiske overskrifter. Rammebetingelsene blir til slutt sett samlet, i lys av brukernes behov. I likhet med de andre temaene tatt opp her i kap. 3 er det kun snakk om faktaframstillinger. Våre vurderinger og anbefalinger basert på datagrunnlaget presenterer vi først i siste delkapittel (kap. 3.3).

#### *Strukturelle føringer*

Med strukturelle føringer mener vi overordnede rammer for ansattes arbeid, i form av nasjonalt lov- og regelverk, kommunale planer, organisering osv. Flere av disse har vi presentert i nærmere detalj i tidligere kapitler, se særlig kap. 2.1, 3.1 og 3.2. Vi viser til disse kapitlene for de formelle rammene på området. Fokus i framstillingene våre her er informasjon fra intervju om hvordan de ansatte opplever disse i praksis.

Våre kilder tematiserer eller utfordrer i liten grad de strukturelle rammebetingelsene. Rammene i lov- og planverk er som de er, det samme oppgis med henblikk på brukernes behov. Organisering blir i større grad trukket fram, med gjentakende henvisninger til mangelen på HDO-boliger, samt de nevnte utfordringene med samhandling mellom bestillerkontoret og utførende enheter.

Et punkt som ikke er omtalt til nå kan nevnes: I intervju tar flere kilder opp at politisk nivå ikke virker å ha det samme forholdet til demografisk utvikling som kommunedirektøren. Dermed blir det ofte et visst spenningsforhold mellom kommunedirektørens forslag til strukturelle endringer og hva som blir politisk vedtatt. Dette skal gjelde både konkrete forslag til sentralisering av bygg, tjenester og tilbud, og hvilke ikke lovpålagte tjenester som skal videreføres eller avvikles.

Dette framsettes ikke som direkte kritikk. Alle forstår at kommunedirektøren må foreslå endringer i ressursbruk og at politiske utvalg har myndighet til å foreta andre valg og vurderinger. Intervjudata tilsier likevel at flere er usikre på om en klarer å få til ønskede endringer i takt med den demografiske utviklinga. Ansatte opplever at behovene bare vokser, samtidig som det kuttes i budsjettene. Tilsvarende forstår en hvorfor kommunedirektøren foreslår kutt i ikke lovpålagte tjenester, samtidig som en er klar på at dette vil gå negativt ut over det samlede tjenestetilbudet.

Slike kutt oppgis også å motvirke de ønskede endringene om å vri kommunens tjenesteprofil lenger ned i omsorgstrappa. I tillegg viser en annen kilde til slitasje blant ansatte på grunn av omkamper og gjentatte uenigheter om veien videre for en allerede presset eldreomsorg.

Ut fra dette oppgir flere kilder i virksomhetene at de strukturelle rammebetingelser er utfordret allerede med siste års utvikling, og at en ikke er kommet godt nok i gang med endringer som skal ruste dem for de neste års utvikling. Mer om dette siste også i kap. 4.

Av klart positive trekk på strukturnivå framheves utbygging av flere sykehjemsplasser og HDO-boliger. Kildene våre viser her primært til vedtatt etablering av nytt omsorgssenter på Norheim, jf. Karmøy kommune (2025c). Som tidligere nevnt skal det der også etableres et dagsentertilbud.

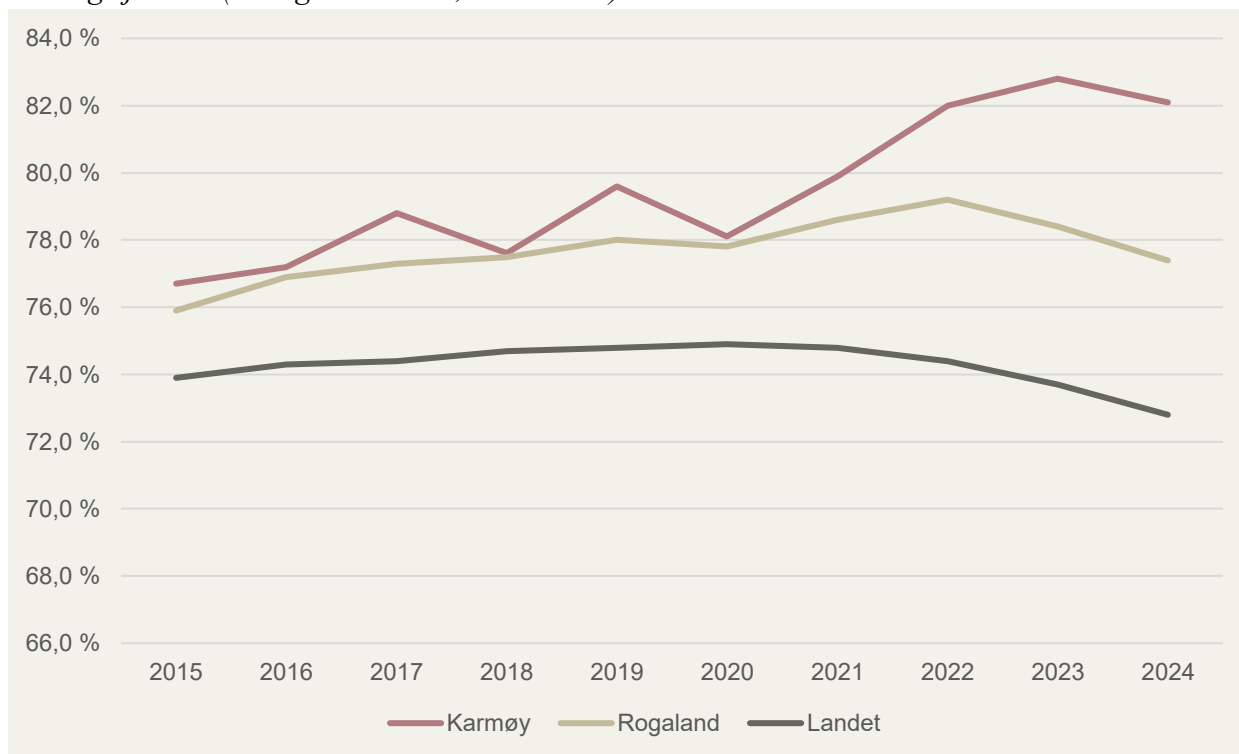
Det er da ment å sørge for bedre kapasitet i tjenestene både i dag og i årene framover, og fyller ut mangler i trinn i kommunens omsorgstrapp: Det er her identifisert behov for både dagsenter på et lavere trinn, og institusjonsplasser på øverste trinn. Våre kilder stiller seg svært positive til den planlagte utvidelsen av kapasitet på disse trinnene i omsorgstrappa, og er entydige i sin vurdering av behovet på området. Her er det en klar overlapp til neste gruppe av forutsetninger og føringer, dvs. de ressursmessige.

### *Ressursmessige føringer*

Med ressursmessige rammebetingelser mener vi tid, økonomi/finansiering, kapasitet, kompetanse og lignende forhold. Som vist i kap. 2 viser vi til flere sider av ressursbegrepet, og forstår det ikke bare som ei begrenset økonomisk ramme for alle tjenestetilbud. Også kapasitet og kompetanse er begrensede ressurser for enhver kommune, og med mangel på kompetente fagansatte er det liten hjelp i gode økonomiske eller kapasitetsmessige betingelser (og vice versa). Det samme kan sies om tidsfaktoren: Uten tilstrekkelig tid for ansatte til å utføre oppgavene sine, blir tjenestetilbudet tilsvarende mangelfullt.

Våre kilder oppgir i intervju at kompetansenivået i kommunens eldreomsorg generelt sett er godt. En har unngått større bruk av vikarfirma, og har en høy andel faglærte i stillinger. Etatsledelse er klar på at en har jobbet godt med dette over tid, og at en ligger høyt i forhold til sammenlignbare kommuner. Dette stemmer godt overens med våre data, jf. fig. 2.2.2.10 over. Dersom vi innhenter tilsvarende data for en lengre tidsperiode, ser vi at utviklingstrekkene i Karmøy er klart bedre enn gjennomsnittet for både landet og fylket, jf. Helsedirektoratet (2025b).

Figur 3.2.3.1. Andel brukerrettede årsverk med helsefaglig utdanning i kommunal omsorgstjeneste (utvalg kommuner, 2015-2024)



Kilde: Helsedirektoratet (2025b)

Vi understreker at dette er statistiske data for hele omsorgssektoren, og ikke kun eldreomsorgen. Tallene tilsier like fullt ei klart positiv utvikling i kommunen. Dette gjelder særlig de siste fem årene, både isolert sett og sammenlignet med fylket og landet samlet. (Rogaland ligger også klart over de fleste andre fylker i oversikten; kun Agder og Østfold har høyere andel.) Karmøy ligger også i den såkalte 90-persentilen, dvs. kun 10 % av norske kommuner har ifølge denne oversikten en bedre dekning, jf. Helsedirektoratet (2025b).

Samtidig ser vi at det er en nedadgående trend i 2024. Denne vil kunne fortsette, i takt med både søkertall til utdanning og stillinger, demografisk utvikling med færre yrkesaktive pr. pensjonist, i tillegg til at flere kommuner nå ansetter ufaglærte i stillinger. Så også i Karmøy kommune. Det er ifølge intervjudata nå lagt opp til å lyse ut stillinger uten kompetansekrav (innen helseutdanning), til oppgaver som en ikke trenger fagkompetanse til.

Som følge av politiske vedtak og budsjettkutt er det også krav om innsparinger i virksomhetene, noe som fører til redusert bemanning. I praksis oppgis dette å ligge i størrelsesorden 6-8 årsverk på langtidssykehjemmene. Da må en enten gjøre minst like mye med færre ansatte, eller redusere kapasitet. Dette siste vil igjen føre til økt arbeid på trinnet under i omsorgstrappa. Videre oppgir en kilde i intervju at begrepet «pleiefaktor» nå er gjeninnført, med mål om at den skal reduseres. En konsekvens av dette blir mindre tid pr. bruker, samtidig som brukergruppa i sum blir stadig mer pleietrengende. Flere ansatte oppgir ønske om klarere politisk prioritering av hva som da skal velges bort i det ordinære tilbudet.

Ett eksempel på dette er kommunedirektørens forslag til nye kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Disse representerer på enkelte områder en innstramming av tidligere praksis og

er nå politisk vedtatt, jf. Karmøy kommune (2025d).<sup>16</sup> Endringene legger nye strukturelle rammer for ansattes arbeid, og er ment å frigi ressurser. Ettersom endringene ble vedtatt i desember 2025, er det for tidlig å si noe om virkninger og ansattes forhold til dem. Vi kommer tilbake til andre tiltak som virker inn på ansattes arbeidshverdag i senere delavsnitt (om arbeidsrelaterte føringer).

I kap. 3.2.2 omtalte vi kommunens deltakelse i tårn-prosjektet. Dette er ment å finne løsninger for bærekraftig bruk og utvikling av den helsefaglige kompetansen. Kommunen oppgir at det er gjort individuelle kartlegginger av kompetanse og oppgavefordeling, som ligger til grunn for utvikling av tilbudet. Oppgaveglidning er her et begrep som går igjen i intervju, hvor enkeltstemmer både i etatsledelse og ved et sykehjem (ansatt) trekker dette fram som et svært godt tiltak, som har ført til bedre tid for sykepleiere til å jobbe med mer spissede oppgaver. Flere trekker fram muligheten for å arbeide mer teambasert (eks.: sykepleierteam), og at dette er i et planleggingsstadium. Dette vurderes som positivt av de ansatte i intervjuomtale.

I negativ retning trekker enkelte intervjukilder fram manglende benyttelse av ansattes videre- og etterutdanning. Ordningene for å kunne ta denne typen kompetanseheving omtales som gode, og at det stort sett blir tilrettelagt for å ta dette for ansatte. Innvendningene går heller på opplevelser av at ansatte ikke får brukt sin nye kompetanse i praksis. Her kunne flere ansatte tenke seg større frihet og ansvar til å ta denne i bruk: Klinisk kompetanse blir i denne sammenhengen nevnt som ett eksempel.

I ett intervju blir antallet piloter og prøveprosjekt problematisert. Her oppleves satsingene og prøveordningene som for mange, og dermed vanskelige å iverksette på en god måte. Varighet og karakter på prosjekt problematiseres også, blant annet at prosjekt blir innført med en ikke avklart sluttdato, og dermed bare ruller og går. I intervjuet beskrives det vi kan kalle 'prosjekttrøtthet', hvor ansatte og ledelse savner klarere prioriteringer av hvilke kvalitet- og kompetanseprosjekt en skal og ikke skal innføre som praksis.

### *Arbeidsrelaterte føringer*

Med arbeidsrelaterte føringer refererer vi til mer konkrete rammebetingelser for ansattes utførelse av sine oppgaver, knyttet til arbeidsplass og -miljø, bruk av fysiske og digitale hjelpemidler osv. I planverk og intervju er det særlig økt bruk av velferdsteknologi som tas opp for å møte utviklinga med økte behov i eldreomsorgen. Godt arbeidsmiljø og gode arbeidsbetingelser generelt blir også nevnt og omtales som viktige i planverk, men er ikke i samme grad knyttet til kommunens arbeid med å forberede tilbudet til en aldrende befolkning.

Velferdsteknologi har også sitt eget delkapittel i kommunens helse- og omsorgsplan (kap. 9.2), jf. Karmøy kommune (2023a: 31-33). På helt overordnet nivå vises det her til utarbeidelsen av egen strategi på området fra 2013, jf. s. 32. Denne er ikke videreført.<sup>17</sup> Senere arbeid virker i stor grad

---

<sup>16</sup> Disse erstatter tidligere kriterier fra 2023, jf. Karmøy kommune (2023b). For en god og oversiktlig sammenstilling av endringene, se øvrig dokumentasjon i saksframlegget til Karmøy kommune (2025d).

<sup>17</sup> Planen har riktignok et underkapittel 9.2.2 med denne tittelen, men dette må heller forstås som en målsetning. Vi gjengir her underkapittelet «Strategi for velferdsteknologi» i sin helhet: «Karmøy kommune skal ta i bruk veletablert og trygg velferdsteknologi og proaktivt fremme teknologien, slik at innbyggerne er godt informerte, engasjerte og i

å ha vært prosjektbasert og ofte ikke videreført. I planen kobles arbeidet på området direkte til det demografiske utfordringsbildet kommunen står overfor, samtidig som dette krever en kompetanse på området som ikke er lett å få tak i eller sette i system:

*For å sikre en bærekraftig fremtid for omsorgstjenestene må velferdsteknologien anvendes riktig for å øke livskvalitet, mestring og selvstendighet hos brukerne, slik at de kan bo hjemme lenger. Det er imidlertid en utfordring at mange tiltak som involverer velferdsteknologi er prosjektbaserte og mangler midler til å drifte systemet etter prosjektslutt. For å kunne drifte ulike systemer trenger kommunen flere personer med kompetanse innen velferdsteknologi (s. 33).*

Arbeidet med velferdsteknologi tar i dag form av ressurser på rådgivernivå i etaten, samt praktisk gjennomføring ute i virksomhetene. Av intervju med etatsledelse framgår det at utfordringsbildet beskrevet i planen fortsatt er reelt: Det er utfordrende å få tak i ytterligere kompetanse i etaten, og med å få til den operative kompetansen ute i tjenestene.

Det finnes likevel flere operative, gode tiltak på området, jf. informasjon både i plan og intervju. Vi ser her referanser til flere standardløsninger for å gjøre eldre mer selvhjulpne i hjemmet, blant annet digitale trykghetsalarmer, medisindispensere, heisemekanismer og digitalt tilsyn. Særlig det siste punktet blir i intervju beskrevet som positivt og arbeids-/ressursbesparende av ansatte. Dette gjør det mulig å holde oversyn over flere eldre samtidig, for eksempel i form av en døralarm som gir beskjed til hjemmetjenesten dersom en bruker med demens skulle finne på å forlate hjemmet sitt nattestid.

Samtidig er ansatte klar over at tilbudet ikke blir bedre enn det teknologien tillater, og at en må ta høyde for eventuelle feil og mangler ved teknisk utstyr. Blant annet nevnes dårlig signalmottak i eldre bygg med tykke vegger som eksempel på at teknologien ikke alltid virker etter hensikten. Et annet eksempel er at alarmer går av for ofte eller ikke slik de skal. Det første tilfellet gir betydelig og unødvendig merarbeid, det andre gir falsk trykghet og likevel behov for fysisk kontroll.

Med enkelte unntak er det få velferdsteknologiske løsninger som oppgis å ha gitt betydelig bedre eller mer effektive tjenester. Trykghetsalarm og digitalt tilsyn framheves som særlig positive. På denne bakgrunnen er kontrasten stor til ansattes forhåpninger til framtidens løsninger. På spørsmål om hvordan kommunen framover skal klare å håndtere veksten i antall eldre, trekker svært mange av våre kilder fram velferdsteknologi som en sentral del av løsningen. Hvilke type løsninger og i hvilket format blir sjeldent spesifisert. Tilsvarende mangel på detaljnivå finner vi også i helse- og omsorgsplanen, som viser til få konkrete mål, resultater eller løsninger på området. Utover å peke på et par suksesshistorier og nevnte utfordringer med å få tak i kompetanse og midler til å drifte systemer etter prosjektslutt, er utsagnene i planen generelle og uforpliktende.<sup>18</sup>

---

stand til å ta ansvar for egen alderdom. Kommunen skal legge til rette for et digitalt støttenettverk som muliggjør høykvalitets omsorg og livskvalitet for alle generasjoner» (s. 33).

<sup>18</sup> Noen eksempler: «Mennesker har til alle tider tatt i bruk ny teknologi for å løse oppgaver mer effektivt og frigjøre tid. Den frigjorte tiden kan deretter investeres i andre oppgaver, noe som øker den totale effektiviteten.» (s. 31), og:

Det foreligger også et internt arbeidsdokument om e-helse, tilsvarende handlingsplanene for hvert av trinnene i kommunens omsorgstrapp, jf. kap. 3.2.1. Denne oppgis å være knyttet til helse- og omsorgsplanen, men er i likhet med handlingsplanene for trappetrinnene et rent arbeidsdokument, og er ment å inngå som bakgrunnskunnskap i det årlige arbeidet med budsjett- og økonomiplan. Den inneholder også svært mange tiltak, hvor flere av dem strengt tatt ikke er tiltak, eksempelvis: «Kommunen må ha nok ressurser og kompetanse til å drifte teknologien». Dette må heller forstås som et mål. Tiltak identifiserer på sin side hvordan en har tenkt å oppnå et slikt mål. I motsetning til øvrige handlingsplaner stiller planen for e-helse opp en matrise som gir ei prioritert rekkefølge for tiltak, ut fra forventet innsats, gevinst og ressursbruk.<sup>19</sup>

Velferdsteknologi er ett eksempel på arbeidsrelaterte føringer som er ment å forbedre tjenester og ressursbruk i lys av den demografiske utviklinga. Andre eksempler er mindre framtreddende i plan og intervju, men flere trekker fram tilpasninger gjort på administrativ side. Tørn er allerede nevnt som et viktig, overordnet tiltak som vurderes positivt. Andre tiltak som flere tar opp er endringer i arbeidstid og ferieavvikling.

Årsturnus, arbeid med heltidskultur og mulighet for lange helgevakter oppfattes i hovedsak som positive tiltak som hjelper på ressurs situasjonen: Dette gjør at mer av den riktige kompetansen er på jobb samtidig, noe som igjen positive utslag for kvaliteten i tilbudet. Samtidig er flere ansatte klare på at en ikke må trekke endringene av arbeidshverdagen for langt, og at kommunen fortsatt må ha rom for ansatte som ikke kan eller ønsker å jobbe mer eller på andre måter enn i dag. I sum er likevel vurderinger blant ansatte og ledelse positiv til denne typen tiltak.

Mottakelsen av endret ferieavvikling er derimot blandet. I intervju framkommer det svært ulike oppfatninger av det som nå er en tredelt sommerferie. Ledelse både på overordnet nivå og blant avdelingsledere er svært positive til tiltaket, som gir bedre kompetansedekning gjennom ferien og et bedre tilbud til eldre brukere. En leder oppga at det var fantastisk å gjennomføre en ferie uten å merke at det var nedgang i tilgang på kompetanse. Ansatte er på si side klart negative til tiltaket, begrunnet i de praktiske vanskene det medfører som privatperson (særlig: kortere vindu til felles ferie med familien). En ansatt oppgir i intervju at vedkommende ikke har møtt en eneste kollega som er positiv til endringa, og at denne typen tiltak er klart demotiverende for å bli værende i det som allerede er en svært krevende jobb.

### ***Samlede rammebetingelser sett opp mot behov***

I sum mener både ledere og ansatte at dagens rammebetingelser for eldreomsorgen gir et godt tjenestetilbud til brukere. Det beskrives utfordringer med kapasitet på enkelte trinn i kommunens

---

«Den stadige utviklingen av ny teknologi i helse- og omsorgstjenestene endrer arbeidsflyten for de ansatte og krever nye arbeidsmetoder. Bruken av ny teknologi krever omfattende opplæring og vilje til endring fra alle involverte» (s. 32). Se også forrige fotnote for tilsvarende utsagn.

<sup>19</sup> Også de to høyest rangerte tiltakene er det mulig å diskutere om er tiltak eller ikke, da de primært omhandler rammer eller formelle forutsetninger for et videre arbeid innen velferdsteknologi, jf. tiltak 3: «Gevinstarbeid må prioriteres både i innføringsfase og drift», og tilsvarende tiltak 5: «Ressursgruppe bestående av virksomhetsledere og medlemmer fra administrasjon». Dette beskrives veien for videre arbeid, ikke konkrete tiltak. Det er også mulig å spørre om andre tiltak er vurdert riktig, hvor tiltak 17: «Anskaffe elektronisk pasientjournal for kommunale tjenester og fastlegekontor» er vurdert som lavt i alle tre kategorier: innsats, gevinst og ressursbruk

omsorgstrapp, men disse er også identifisert og planlagt utbedret (særlig: utbygging av Norheim). Kvalitet og kompetanse oppleves som god og tilpasset behovene pr. dags dato. Et klart flertall av de ansatte vi intervjuet er derimot bekymret for om kommunen er klar for de ventede endringene noen år fram i tid. (Mer om dette i kap. 4.)

Angående dagens situasjon beskriver ansatte at det er en markant vekst i pleie- og omsorgsbehov, særlig ved at brukere har lavere funksjonsnivå og trenger mer oppfølging enn før. Slik sett kan en med de ansatte hevde at framtidens utfordringer allerede har begynt. Med tanke på å dekke dagens behov, er ansatte på alle nivå klare på at terskelen for å motta tjenester har blitt høyere. Dette blir enten bekreftet direkte, eller indirekte, gjennom omtale av langt lavere funksjonsnivå enn for ikke mange år siden. Ansatte er likevel tydelige på at det gis gode og forsvarlige tilbud til mottakerne, i tråd med vedtak.

På et strukturnivå har vi framhevet at de ytre rammebetingelsene (lov- og planverk, organisering av tilbudet osv.) ikke blir videre problematisert av ansatte. Etats- og virksomhetsledelse foretar en rekke tiltak for å tilpasse tilbudet til den demografiske og helsemessige utviklinga i befolkningen. Det er et bevisst forhold til både dette og endringene i behov, som av lokal ledelse og ansatte blir beskrevet som allerede i sterk utvikling. De fremste utfordringene som tas opp i intervju er gjerne knyttet til et spenningsforhold mellom administrativt og politisk nivå, og manglende gjennomslag fra kommunedirektørens side for å gjøre større grep med tanke på ressursituasjon og vridning av tjenestetilbudet lenger ned i omsorgstrappa. Vedtatt etablering av sykehjemsplasser, dagsenter og HDO-boliger på Norheim framheves av alle våre kilder som ei viktig og riktig investering.

Med tanke på ressursmessige føringer vurderer våre kilder disse som stort sett dekkende pr. i dag. Det er samtidig flere som er bekymret for hvordan dette skal utvikle seg gitt kommuneøkonomien og nye kutt i budsjettet til helse og omsorg. I praksis vil dette nødvendigvis medføre en nedgang i antall ansatte og tilsvarende reduksjon i dekning av brukerbehov. Flere kilder poengterer at dette ikke er forenlig med de økte behovene en ser i tjenestene i dag. Kompetansenivået oppfattes på si side som forholdsvis høyt, noe som også støttes av tallmateriale vi har innhentet. Videreutvikling gjennom kompetansehevede tiltak ligger, som tidligere omtalt, på et virksomhetsnivå. Slik sett er de ikke satt i sammenheng med felles, samlede vurderinger av behov innen helse og omsorg.

De arbeidsrelaterte rammebetingelsene er i planverk og intervju ikke satt i videre sammenheng med behovsanalyser. Behovene ligger heller mer implisitt til grunn for ansattes arbeidsoppgaver enn å være eksplisitt formulert som føringer for arbeidet. Ansatte oppgir at de har mer krevende brukere og oppgaver enn før, og er tydelige på at svaret på dagens utvikling ikke kan være å løpe raskere. Hvis vi skal holde oss til definisjonene brukt i dette delkapittelet, virker tiltakene i større grad å være av strukturell og ressursmessig art. Tørn-prosjektet og oppgaveglidning er eksempler på føringer som virker klart positivt inn på ansattes arbeidssituasjon, men vi har altså her definert dette som et spørsmål om kompetansebruk og dermed primært som en ressursmessig betingelse.

For vårt formål og fokus i rapporten er det velferdsteknologi som er det klareste eksempelet på en arbeidsrelatert føring som skal redusere tjenestebehov i lys av en aldrende befolkning. Her er det enkelte suksesshistorier, men vår informasjon fra planverk og intervju tilsier flere utfordringer og forhåpninger enn konkrete resultater.

### 3.3 VURDERINGER

---

Dette kapittelet har hatt følgende problemstilling som utgangspunkt: «Hvordan er det tilrettelagt for at Karmøy kommune skal kunne nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme?». For å undersøke og besvare dette spørsmålet formulerte vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen har planlagt og foretatt strategiske vurderinger av omfang, innhold og forsvarlighet i dagens tjenestetilbud innen eldreomsorgen
- Kommunen har innrettet tjenestetilbudet etter vedtatte mål og prinsipper (BEON), for å sørge for at eldre innbyggere mottar riktige tjenester til riktig tid og i riktig omfang

Vi mener at **første revisjonskriterium** er oppfylt, særlig de strategiske vurderingene av omfang og innhold. Kommunen har strategidokument og planverk som viser en systematisk tilnærming til innretning av dagens eldreomsorg. Vi vurderer at *Helhetlig helse- og omsorgsplan 2023-2028* har et klart fokus på dette, med gode, overordnede vurderinger av hvordan tilbudet skal innrettes for å sørge for bedre samsvar mellom omfang og innhold i tjenestene, i lys av en aldrende befolkning.

Våre kilder er tydelige på at dagens tilbud er forsvarlig, men samtidig under økende press. Kilder på flere ulike nivå uttaler at tildelte brukere har stadig lavere funksjonsnivå og tilsvarende større pleiebehov. Intervjudata tilsier utfordringer med å finne riktig tilbud til enkelte brukere med store behov. Dette gjelder tilpasning til brukeren selv og/eller andre brukere på samme sted.

I likhet med mange andre kommuner benytter helse- og omsorgsetaten en omsorgstrapp for å illustrere innretning, behov og ressursbruk i tjenestetilbudet. Denne er ment å differensiere og klargjøre hvordan tjenestene er lagt opp og tilpasset ulike behov. I forlengelsen av dette har etaten også identifisert svakheter/behov som må forbedres ved dagens innretning, og iverksatt tiltak for å få en mer hensiktsmessig og bærekraftig ressursbruk på området. Som i andre kommuner pågår det en målrettet innsats for å få flest mulig eldre til å bo lengst mulig hjemme, og dermed å 'vri' tilbud lenger ned i omsorgstrappa.

Vi ser enkelte tegn til dette (jf. fig. 2.2.2.5 og veksten i aktiviserings- og servicetjenester), men også at det er rom for å øke aktiviteten i det som omtales som grunnmuren og på lavere trinn i omsorgstrappa. Særlig hjemmetjenesten oppgir rom for å øke innsatsen på nivået under dem, slik at eldre kan klare seg hjemme lenger, også uten hjelp og oppfølging fra hjemmetjenesten.

Vi ser større grad av planlegging innen omfang og innhold enn innen forsvarlighet i tilbud. Dette er i og for seg ikke unaturlig, ettersom forsvarlighet og forsvarlighetskrav i første rekke ligger til konkrete saker og vurderinger av disse, mens planlegging av omfang og innhold i noe større grad også er et systemkrav.

Det er samtidig et åpent spørsmål om forsvarlighetsvurderinger kan og bør gjennomføres på et mer overordnet nivå, som del av vurderinger av det samlede tilbudet. Vi mener kommunen med fordel kunne ha gjort seg nærmere betraktninger om forsvarlighet på et systemnivå i strategi- og planverk, når det samlede presset på tjenestene øker. Selv om den demografiske og helsemessige utviklinga er bakteppet til helse- og omsorgsplanens strategiske, langsiktige vurderinger, finner vi ikke dette videre konkretisert med tanke på forsvarligheten i tjenestene mer overordnet: Er det for

eksempel enkelttilbud og -grupper som vil være særlig utsatt med tanke på utviklinga, inkludert kommunens evne til å gi gode, forsvarlige tjenester?

Samtidig mener vi at denne typen vurderinger neppe kan betraktes som påkrevd iht. lov og forskrift. Plikten til å planlegge og korrigere egen virksomhet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd strekker seg etter vår forståelse ikke så langt, heller ikke i de utdypende kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 9. I så måte mener vi kommunen har adressert forholdene tilfredsstillende i strategi- og planverk. Vi vurderer det som klart positivt at en i helse- og omsorgsplanen gjør seg overordnede betraktninger om dette også utover planperiodens slutt i 2028. I kap. 10 («Det lange perspektivet») gjør en nettopp slike vurderinger, og omtaler det som «uansvarlig» å ikke gjøre dette. Henvisningen her er til at de demografiske endringene allerede er kjente og av et omfang som krever planlegging og strategisk utvikling også utover planperioden. (Vi kommer tilbake til dette arbeidet i kap. 4 i vår rapport.)

Med tanke på **andre revisjonskriterium** vurderer vi at kommunen har innrettet tjenestetilbudet ut fra vedtatte mål og prinsipper. Også i eldreomsorgen er tilbud lagt opp etter BEON-prinsippet, slik at tjenester skal gis på det beste effektive omsorgsnivået. Ut fra informasjon fra intervju og saksdokumenter vurderer vi at dette er godt innarbeidet i kommunen. Alle våre kilder er tydelige på at det er et systematisk fokus på å tilpasse tjenestene til behov og riktig omsorgsnivå, med mål om at de som kan, skal kunne bo lengst mulig hjemme. Her kan vi særlig trekke fram arbeidet med tårn og oppgaveglidning, hvor kompetansebruken skal legges på riktig nivå. I tillegg er det en klar bevissthet blant ansatte på alle nivå om at utviklingsarbeidet henger sammen med de pågående endringene i befolkningen innen demografi og helsetilstand.

Vi ser på dette området enkelte utfordringer med samarbeid og koordinering mellom enheter, jf. kap. 3.2.2. Eldre som skrives ut av sykehus i dårlig forfatning (ofte på kort varsel) skaper en del utfordringer. Innad i kommunen gjelder utfordringene særlig forholdet mellom bestillerkontor og hjemmetjeneste. Bestillerkontoret har en uavhengig og svært viktig rolle i å treffe planken riktig med tanke på omsorgsnivået. Deres vedtak legger føringene for oppfølging og hjelp fra utførende enheter, som igjen melder tilbake om ev. behov for å øke/reducere/avslutte kommunens innsats.

Vår informasjon fra intervju tilsier at det er rom for forbedring i dette samarbeidet, og at en ikke har funnet formen helt på dette området ennå. Bestillerkontoret og ansatte i hjemmetjenesten har rimelig ulike oppfatninger av hva som bør være riktig nivå når sistnevnte melder om mulighet for å redusere eller avslutte vedtak, og det er ulike oppfatninger av grunnene til hvorfor en vurderer dette ulikt.

Vi tar ikke stilling til hvilken enhet som har den mest dekkende beskrivelsen av fakta på området. Våre nøkkeltall (fig. 2.2.2.9) og annen ekstern dokumentasjon (Devold-rapporten) tilsier like fullt at kommunen har et forholdsvis høyt antall tildelte uketimer hjemmetjeneste i eldreomsorgen. Vi har data som samsvarer med Devold-rapportens omtale av «raus» praksis ved tjenestetildeling, og av hjemmetjenester som dermed har «lav effektivitet», men likevel «stort tidspress»; tilbudet som sådan utøves derimot med «meget høy produktivitet» (s. 7), dvs. med mye tid hos brukere.

Dette inntrykket forsterkes i intervju med ansatte i hjemmetjenesten, som tilsier et stort og stadig økende spenn i arbeidsoppgaver. Dette er et klart og tydelig funn i vår rapport: Hjemmetjenesten har i dag en mer omfattende portefølje enn hva som er hensiktsmessig, gitt BEON-prinsippet og

innretningen av kommunens omsorgstrapp. Isolert sett motvirker ikke dette målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Det utfordrer likevel ressursbruken og er lite formålstjenlig samlet sett: Hjemmetjenesten bruker uforholdsmessig mange timer på brukere som kunne ha fått et annet og mer tilpasset tjenestetilbud. I likhet med Devold-rapporten vurderer vi at dagens praksis binder opp begrensede ressurser i hjemmetjenesten. Her har kommunen kapasitet og kompetanse som kunne ha vært benyttet på en bedre og mer målrettet måte.

Vi mener at disse forholdene er del av utfordringsbildet når hjemmetjeneste og bestillerkontor er uenige i omfang og endringer av vedtak: Hjemmetjenesten har et stort ansvarsområde samt flere uketimer pr. bruker enn i andre kommuner. Ansatte mener at ressursene deres i mange tilfeller kunne ha vært brukt bedre. Dette kan indikere at det er mangler ved tilbudene rett over og under hjemmetjenesten i omsorgstrappa, noe etatsledelsen i praksis bekrefter i intervju. Manglende kapasitet i HDO-boliger, dagsentertilbud og korttids sykehjemsplasser trekkes særlig fram, og det pågår arbeid i kommunen for å øke kapasiteten her, jf. blant annet Karmøy kommune (2025c).

Vi sier oss enige i dette, men vurderer samtidig at det er rom for forbedring i å utvide kapasiteten i grunnmuren og på lavere trinn i kommunens omsorgstrapp. For å lykkes med målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, må større grad av hjelp og oppfølging skje i hjemmet, jf. kommunens egen strategi om framtidig ressursbruk (se blant annet fig. 3.2.1.2 og 3.2.1.3 over). Hjemmetjenesten vil her ha en helt sentral rolle, og må da også få styrket trinnene rundt seg, slik at en ikke får opphopning av brukere og hjelpebehov i denne enheten.

Vi ser klare tegn til økt innsats på trinnene over i kommunens omsorgstrapp, men i mindre grad på trinnene under. Her kan det være mer å hente, for eksempel ved større bruk av tidsavgrensede opplæringsvedtak og i mer forebyggende arbeid i form av hverdagsrehabilitering. Med tanke på best mulig bruk av begrensede ressurser, hadde forebyggende og helsefremmende tiltak på et mer grunnleggende nivå hadde vært å foretrekke framfor forholdsvis mange uketimer hjemmetjeneste til mottakerne. (Vi kommer tilbake til flere andre, relaterte forhold i kap. 4, blant annet samarbeid med frivillige, bruk av velferdsteknologi og folkehelsearbeid.)

Det er dermed et spørsmål om BEON-prinsippet fra planverket blir fulgt godt nok opp i praksis. Vi vurderer at prinsippet ligger til grunn for både organisering, utviklingsarbeid og investeringer, og at det er godt kjent blant ansatte på alle nivå. Vi mener derimot at prinsippet ikke blir like godt fulgt opp i arbeidsoppgaver og arbeidsomfang i hjemmetjenesten. Våre data fra både statistikk og intervju tilsier at hjemmetjenesten har for mange uketimer pr. tjenestemottaker, og dermed ikke får brukt egen kapasitet og kompetanse på best mulig måte. Tilsvarende har også blitt påpekt i en tidligere, ekstern gjennomgang (Devold-rapporten).

Vi anbefaler kommunen å vurdere økt innsats innen forebyggende og helsefremmende tjenester, blant annet for å støtte opp om og avlaste hjemmetjenesten nedenfra. Dette kommer da i tillegg til vedtatte satsinger for å øke kapasitet på høyere trinn i kommunens omsorgstrapp. Vi anbefaler at kommunen også viderefører det viktige, pågående arbeidet med å sikre best mulig bruk av samlet kompetanse i tjenestene (tørn, oppgaveglidning, videreutdanning m.m.). Videre anbefaler vi kommunen å vurdere tiltak for å utvikle samarbeidet mellom hjemmetjeneste og bestillerkontor.

Vi identifiserer dette samarbeidet som helt vesentlig for kommunens måloppnåelse på området. Vi understreker at utfordringene vi her har påpekt først og fremst handler om ressursbruk, og ikke

om forsvarlighetsvurderinger. Det er omfang og innretning av tjenestenivå som framstår som den store utfordringa for eldreomsorgen, og dermed hvordan en tilpasser ressursbruken til økte behov i kommunen. Som vi går nærmere inn på i neste kapittel: Dette blir avgjørende for å opprettholde en forsvarlig og bærekraftig eldreomsorg, i lys av begrensede ressurser og demografisk utvikling.

Oppsummert er våre anbefalinger her i kapittel 3 at kommunen bør vurdere:

- tiltak for å øke innsatsen innen forebyggende og helsefremmende tjenester, blant annet for å støtte opp om og avlaste hjemmetjenesten nedenfra (jf. BEON-prinsippet)
- videreføring av arbeidet med å sikre best mulig bruk av samlet kompetanse i tjenestene
- tiltak for å utvikle samarbeidet mellom hjemmetjeneste og bestillerkontor, blant annet for å sørge for god og bærekraftig ressursbruk i tjenesten

## 4 LANGSIKTIG PLANLEGGING

I dette kapitlet skal vi se nærmere på kommunens langsiktige planlegging av eget tjenestetilbud. Vi følger her det andre hovedsporet i rapporten. Vi vil undersøke hvordan kommunen forbereder seg på de demografiske endringene, og det økte omsorgsbehovet som forventes å følge av disse. I tråd med oppdraget og avgrensningene foretatt over, er hovedfokuset vårt rettet mot kommunens eldreomsorg på et overordnet systemnivå. Basert på dette vil vi undersøke status for kommunens arbeid med å tilrettelegge tjenestetilbudet i planverk og i annen strategisk innsats. Dette er ment å besvare oppdragets andre problemstilling:

- I hvilken grad er kommunen forberedt på endringer i behov som forventes å følge med en aldrende befolkning?

Som i kap. 3: For å besvare problemstillinga gir vi først en oversikt over lovverk, revisjonskilder og -kriterier på området (**kap. 4.1**). Deretter presenterer vi vårt faktagrunnlag, med en overordnet statusoversikt for kommunens arbeid (**kap. 4.2**). Dette delkapitlet om langsiktig planlegging har igjen flere underoverskrifter om ulike tema og forhold av betydning for problemstillinga. Til slutt gir vi våre vurderinger av kommunens langsiktige planlegging, sett opp mot revisjonskriteriene vi har formulert. I tillegg til våre vurderinger gir vi avslutningsvis også våre anbefalinger (**kap. 4.3**).

### 4.1 LOVVERK, REVISJONSKILDER OG -KRITERIER

---

Både tema, lovverk, revisjonskilder og -kriterier her i kap. 4 følger i forlengelsen av tilsvarende punkter i kap. 3. Der undersøkte vi kommunens eldreomsorg med tanke på innretning av dagens tjenester, i lys av ventet demografisk utvikling og målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. I dette kapitlet skal vi rette blikket vårt enda lenger fram, og undersøke og vurdere i hvilken grad kommunen er forberedt på endringene i behov som er ventet å komme.

Her vil vi i større grad legge vekt på langsiktig planlegging og strategisk tilnærming på området. Lovverk, revisjonskilder og -kriterier er dermed i betydelig omfang sammenfallende, bare at vi i dette kapitlet ser på innretning av tjenestetilbud og plikten til å planlegge i et lengre perspektiv. Vi kan og bør også anlegge et bredere perspektiv, og se nærmere på arbeid med folkehelseiltak, framtidig kompetansebehov og et eventuelt utvidet samarbeid med andre aktører enn dem omtalt i kap. 3. Som grunnlag for våre revisjonskriterier viser vi dermed til oppføringene i kap. 3.1, samt lovverk og revisjonskilder som utvider disse.

Kommunen bør ha et bevisst, uttrykt forhold til framtidig kompetansebehov i sine virksomheter. Vi har allerede vist til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 om planlegging, hvor det spesifikt er et punkt f om å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Det er åpent for diskusjon hvor langt fram i tid en slik plikt strekker seg, men det er liten tvil om at kommunen skal ha en systematisk og mer enn kortsiktig tilnærming til arbeidet med kompetanseutvikling blant ansatte, slik en også må arbeide langsiktig med kvalitet og kvalitetsutvikling av tjenestetilbudet, jf. blant annet helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Plikten til å planlegge tjenestetilbudet vil vi også se i sammenheng med bestemmelsen i lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 14-4 om økonomiplan og årsbudsjett. I tråd med denne skal kommunen hvert år vedta en økonomiplan som iht. § 14-4 første ledd «skal vise hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier i kommunale og regionale planer skal følges opp». Kravet viser dermed både til eget og annet planverk, og hvordan dette må innarbeides i en årlig oppdatert og vedtatt økonomiplan som viser hvordan kommunen skal følge opp systematisk og langsiktig arbeid på ulike tjenesteområder.<sup>20</sup>

I tillegg skal kommunen iht. folkehelseloven § 5 ha «nødvendig oversikt» over folkehelsen, samt positive og negative faktorer som her kan virke inn. I andre ledd heter det: «Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller».

Samme lov § 6 viser til behovet for planlegging, og setter dette i sammenheng med kommunalt planarbeid iht. plan- og bygningsloven § 10-1 og kap. 11. I forskrift om oversikt over folkehelsen § 5 heter det at kommunen «skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet». Dette dokumentet skal foreligge i forkant av og inngå i kommunens planarbeid iht. plan- og bygningsloven § 10-1, dvs. planstrategien som skal vedtas av kommunestyret senest ett år innen konstituering.

Basert på dette er følgende revisjonskriterier utledet til vurdering av andre problemstilling:

- Kommunen har foretatt strategiske planlegginger av omfang, innhold, forsvarlighet og kompetansebehov i det framtidige tjenestetilbudet innen eldreomsorgen
- Kommunens oversiktsdokument over folkehelsestilstanden gir nødvendig oversikt og ligger til grunn for videre planarbeid
- Kommunalt planverk viser hvordan mål og utfordringer på området skal følges opp

Revisjonskilder: helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2, 4-1, 4-2, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3 og 6, kommuneloven § 14-4, folkehelseloven § 5, forskrift om oversikt over folkehelsen § 5

---

<sup>20</sup> Særlig relevant for våre formål er hvordan Karmøy kommune arbeider systematisk over tid med å innrette og opprettholde kvaliteten i tilbudet gitt målet om at eldre skal leve hele livet, og kunne bo lengst mulig hjemme. Se under for flere detaljer.

## 4.2 STATUS FOR LANGSIKTIG PLANLEGGING

---

I tråd med disse kravene og kriteriene har kommunen plikt til å forberede eldreomsorgen på økte behov som følge av demografisk og helsemessig utvikling. Arbeidet skal ta form av et langsiktig og bredt anlagt plan- og utviklingsarbeid på området. Vi skal i det følgende se nærmere på hva vi mener er viktige kjennetegn og utviklingstrekk ved arbeidet. I dette inngår en rekke ulike forhold. Vi presenterer faktagrunnlaget i to underkapitler. Disse handler hhv. om utvikling og tilpasninger av tjenestetilbudet (**kap. 4.2.1**) og om planlegging og utvikling av forventet behov og ressursbruk (**kap. 4.2.2**). Våre vurderinger og anbefalinger kommer deretter i kap. 4.3.

### 4.2.1 UTVIKLING OG TILPASNINGER AV TJENESTETILBUDET

Som i kap. 3 består faktagrunnlaget vårt primært av saksdokumenter og intervju, med henvisning til enkelte nøkkeltall. Våre gjennomganger er samlet sett ment å gi et dekkende bilde av arbeidet som utføres i kommunen, i dette tilfellet hvordan en utvikler og tilpasser de framtidige tjenestene i eldreomsorgen i takt med økte behov. Vi starter med en presentasjon av kommunens tilnærming i strategi-, plan- og andre saksdokumenter på området.

#### *Strategi-, plan- og andre saksdokumenter*

I kap. 3 foretok vi en nærmere gjennomgang av kommunens helse- og omsorgsplan, særlig med tanke på mål og innretning av dagens tjenester. Som sagt er dette å forstå som et hoveddokument også med tanke på langsiktig planlegging av eldreomsorgen, og vi har allerede omtalt hovedtrekk ved dette arbeidet i kap. 3.2.1. Et kjernepunkt her var å gi gode og forsvarlige helsetjenester i tråd med vedtak, samtidig som en vrir ressursbruken i omsorgstrappa fra høyere til lavere trinn. Vi vil i neste underkapittel komme tilbake til dette og hvordan denne planlegginga står seg, sett opp mot forventede behov og planlagt ressursbruk i årene framover.

Kommunen har imidlertid en rekke andre plan- og saksdokument av betydning for formålet med denne forvaltningsrevisjonen. I dette underkapittelet skal vi undersøke hvordan kommunen har planlagt å videreutvikle og tilpasse tjenestetilbudet til en stadig eldre befolkning. Nedenfor er ei punktviss liste over andre sentrale saksdokument vi har undersøkt i den forbindelse. Deretter vil vi framheve hva vi mener er noen sentrale trekk ved disse dokumentene.

1. Kommuneplanens samfunnsdel (2021-2030)
2. Plan for Leve hele livet i Karmøy (2021-2023)
3. Boligsosial handlingsplan (2018-2023)
4. Handlingsplan for folkehelse (2021-2023)
5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (2024)
6. Plan for habilitering og rehabilitering (2018-2025)
7. Strategi for pårørendesamarbeid
8. Drifts- og ressursanalyse pleie- og omsorgstjenester (Karmøy kommunestyre, sak 090/22)
9. Tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester i Karmøy kommune
  - a. Versjon vedtatt av kommunestyret 11. desember 2023
  - b. Versjon vedtatt av kommunestyret 15. desember 2025, inkl. vedlegg

Med tanke på temaet i denne forvaltningsrevisjonen ser vi at utfordringsbildet og andre relevante forhold blir sterkere vektlagt i disse dokumentene over tid. Eldre, overordnede dokument omtaler ikke endringer i demografi og behov innen eldreomsorgen i like stor grad som nyere og/eller mer spesifikke dokument på området.

For eksempel inneholder kommuneplanens samfunnsdel fra 2021 noen få generelle setninger om demografisk utvikling og målet om å leve hele livet. Utover dette er det lite konkret å spore. Selv innen det prioriterte satsningsområdet «God helse» er det ingen spesifikke mål (verken hovedmål eller delmål) som går på eldreomsorgen. I den grad målene er rettet mot spesifikke grupper, er de rettet mot barn og unge («gode oppvekstvilkår» og «tidlig innsats») og ansatte («heltidspraksis» og «sysselsettingsgrad»). Ingen av målene er konkret rettet mot demografisk utvikling eller mot eldre og eldreomsorgen, jf. Karmøy kommune (2022: 22-23).

Også folkehelseokumentene har få tiltak rettet mot revisjonens hovedtema. Handlingsplanen for folkehelse fra 2021(dokument 4) inneholder en oversikt over generelle folkehelseiltak, men bare ett, ikke videre kommentert avsnitt om betydelig vekst i antall eldre fram mot 2040. Tiltakslista og målet på området (innsatsområde 3: seniorressursen) kobles heller ikke sammen med denne utviklinga, men er mer overordnet og generelt rettet mot de eldre som en viktig samfunnsressurs. For fullstendig tiltaksliste vises det til Plan for hele livet (dokument 2 i vår liste over).

Folkehelseoversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (dokument 5) viser eksplisitt til demografisk utvikling og til to av våre hovedtema: økt behov for pleie- og omsorgstjenester og økt behov for å legge til rette for målet om å «bo lengst mulig hjemme» (s. 13). Dokumentet gir et generelt oversiktsbilde av helsetilstand og ulike påvirkningsfaktorer i kommunen, og er ment å «danne grunnlag for kommunens planstrategi og mål, samt hjelpe i beslutninger om hvilke tiltak som skal iverksettes» (s. 4). Selv om den demografiske utviklinga med flere eldre blir identifisert som en «hovedutfordring» (s. 8), følges dette ikke imidlertid konkret opp med tanke på eldre eller eldreomsorgen. Utfordringene settes ikke i sammenheng med videre tiltak på området.

Oversikten legger heller vekt på overordnede forhold og et svært langsiktig perspektiv, herunder betydningen av at «helsetilstanden i den yrkesaktive andelen av befolkningen er god» (s. 13). I direkte forlengelse av dette poenget omtales eldre som «en viktig ressurs for Karmøysamfunnet, og er en del av fremtidens løsninger».<sup>21</sup> I oversikten foretas det ikke videre konkretiseringer om hva som ligger i dette eller hvordan en skal oppnå en slik utvikling. Generelt sett er det begrenset omtale av utfordringene som venter eldreomsorgen, utover å påpeke følgene av den demografiske utviklinga.

Også oversiktens avsnitt om helseutfordringer mangler et eldreperspektiv, blant annet i omtale av de store sykdommene som kreft og hjerte-/kar. Alder inngår ikke som variabel eller informasjon i

---

<sup>21</sup> Det samme poenget gjøres også i kap. 2. Her blir den demografiske utviklinga med færre barn og unge og stadig flere eldre anerkjent som én av fem hovedutfordringer for folkehelsen i kommunen, men hovedpunktet er det samme: Demografisk utvikling vil legge økt press på inntektsgrunnlag og tjenester, derfor er det viktig «at helsetilstanden i den yrkesaktive andelen av befolkningen nå er god, slik at en legger til rette for god helse i pensjonistlivet og at en kan bo hjemme lengst mulig». Avsnittet avsluttes med samme referanse til eldre som samfunnsressurs: «Eldre er også en viktig ressurs for Karmøysamfunnet, og en del av fremtidens løsninger» (s. 8).

omtale av disse (kap. 8, jf. også hovedutfordring 2 og 5). Videre er demens ikke nevnt overhodet, mens data om psykisk sykdom og muskel-/skjelett-lidelser har en øvre grense på 74 år. Noe av dette kan tilskrives tilgang til data, men må også føres opp som manglende fokus ved utarbeidelse av dokumentet. Forebygging av ensomhet er en kjent og viktig faktor for å få eldre til å bo lengst mulig hjemme, men omtales kun i sammenheng med unge (s. 49, jf. også hovedutfordring 4). Vi ser i oversikten få tegn til utfordringer og konkrete tiltak rettet mot de eldre.

Tilsvarende få konkretiseringer finner vi i «Plan for habilitering og rehabilitering 2018-2025» (Karmøy kommune: 2018): Det ene avsnittet som omtaler 45 % økning i eldre over 80 år bare i løpet av planperioden (s. 7) blir ikke konkret fulgt opp senere i planen, med et mulig unntak for en kortere del om økt behov for hjelpemidler (s. 16). Pårørendestrategien (dokument 7) har ikke videre referanser til utviklinga, noe som kanskje ikke skal kreves av et slikt dokument. Likevel er det liten tvil om at pårørendesamarbeid vil være helt vesentlig for en bærekraftig eldreomsorg, og det er formulert flere konkrete tiltak i den retning avslutningsvis i strategien. Imidlertid er verken strategi eller tiltaksoversikt datert med tanke på varighet, og av tiltaksoversikten framkommer det ikke hvem som har ansvar for gjennomføring eller evaluering/videreføring.

Nyere og mer spesifikke dokument inneholder i større grad direkte referanser til temaet vårt. Vi har allerede gått nærmere inn på kommunens helse- og omsorgsplan for 2023-2028, og har omtalt de internt utarbeidete handlingsplanene knyttet til denne. Planen er som nevnt tydelig på hvordan demografisk utvikling gjør det nødvendig med endringer ikke bare i tjenestetilbudet, men i hele tilnærminga til helse- og omsorgstjenester. Disse må eksplisitt «utvikle seg fra å tilby tjenester til mottakere, til å tilby tjenester som aktiverer brukeren» (Karmøy kommune 2023: 6).

De to siste kulepunktene i oversikten vår er mer spesifikt rettet mot temaet vårt. I neste delavsnitt, om informasjon fra intervju, kommer vi tilbake til kommunens oppfølging av Devold-rapporten (dokument 8). Dokument 9a og b, om tildelingskriteriene for helse- og omsorgstjenester, er helt spesifikt rettet mot utvikling og tilpasninger av tjenestetilbudet. Vi kommer i kap. 4.2.2 tilbake til hvordan dette står seg opp mot behov og ressursbruk, men kan her kort skissere hvilke endringer i tjenestetilbudet som skjer mellom desember 2023 og desember 2025.

De fleste og viktigste endringene på vårt område dreier seg om presiseringer av forventninger fra søkere: Kommunen er her tydelig på at brukere også har et eget ansvar for å ha prøvd ut tilbud og tiltak på lavere nivå før en søker om tjenester. En relativt omfattende liste med kulepunkt i de nye tildelingskriteriene (jf. Karmøy kommune 2025d: 6) tilsier at eldre framover må ta en langt mer aktiv rolle selv og benytte seg av familie og nettverk, lavterskeltilbud fra kommunen og frivillige, anskaffe allment tilgjengelige hjelpemidler og inventar m.m., før de søker kommunen om hjelp.

I tillegg er også forventningene til brukers tilrettelegging av hjemmet tydeliggjort, med eksplisitt henvisning til at dette er arbeidsplassen til kommunens ansatte når de utfører oppgaver der (jf. s. 11). De nye kriteriene går i liten grad inn på innstramming av tilbudet eller heving av terskler for å motta ulike typer hjelp, da med unntak av å tydeliggjøre krav og forventninger til brukere før de mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Slik sett kan en for så vidt lese presiseringene som heving av inngangsterskelen for å motta tjenester, i form av at kommunen som vedtaksmyndighet nå kan kreve at søkere selv har prøvd ut andre avhjelpende og forebyggende tiltak før en mottar

et kommunalt hjelpetilbud, på riktig trinn av omsorgstrappa.<sup>22</sup> Presiseringene kan imidlertid vel så gjerne leses som en tydeliggjøring av forventninger og kriterier, for å sørge for lik og enhetlig praksis ved tildeling av tjenester.

### *Informasjon fra intervju og andre kilder*

Etatsledelse er klar på at disse presiseringene også er ment å ansvarliggjøre brukere i større grad, og tydeliggjøre hva som er brukers og hva som er kommunens ansvar. Våre kilder er tydelig på at en framover må stramme inn på tildelingspraksis og oppgaver som ikke er helsehjelp.

Eksempelvis driver ikke kommunen med matutkjøring lenger. Dette omtales som ei endring som vakte en god del misnøye og motstand da det ble bestemt, men som det i dag er opplagt at en ikke gjeninnfører, også fordi erfaring tilsier at dette ikke er avgjørende for om en blir boende hjemme eller ikke. Enkeltstemmer mener også at utviklinga nødvendigvis går denne veien. Lett forenklet tilsier dette at eldreomsorgen framover må konsentrere seg i enda større grad om kjerneoppgaven helsehjelp, og at andre må på banen for annen oppfølging. Informasjonen vår fra intervju på ledernivå tilsier at det er høy bevissthet om mål og utfordringsbilde, og at en legger opp til å innta en pragmatisk og tilpassningsdyktig tilnærming til videre utviklingsarbeid.

Samtidig er det ut fra intervju tydelig at verken velferdsteknologi eller samarbeid med frivillig sektor så langt har ført til betydelig ressurs sparing. Igjen tenker vi her ikke bare på økonomisk ressursbruk, men like mye kapasitet og kompetanse blant de ansatte. Ifølge informasjon fra intervju står det ikke på velviljen fra noen parter, men det rapporteres kun i begrenset grad om besparelser i ressursbruken, særlig når en også trekker inn behovet for ansatte som utvikler og koordinerer arbeid på områdene.

Langt mer er det etablering av institusjonsplasser og dagsenter som trekkes fram som det største og viktigste framtidrettede tiltaket, sammen med arbeidet innen oppgavefordeling og -glidning. Disse grepene framheves som de mest virksomme for å innrette ressursbruk til framtidens tilbud. Flere kilder vektlegger også en eventuell etablering av sykepleierteam som et tiltak som forventes å frigjøre flere ressurser i arbeidet. Dette er likevel fortsatt bare på et planleggingsstadium, og kan ikke tas til inntekt for faktisk innsparing i ressursbruk. Tilsvarende knyttes det også forventninger til pågående rullering av boligplanen: Gamle og lite tilpassede/lite tilpassningsdyktige eneboliger som er spredt utover et stort geografisk område er en oppskrift på vedvarende høy og lite effektiv ressursbruk i eldreomsorgen: For at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, må hjemmene også være beboelige for eldre.

Av andre ressursbesparende tiltak er det særlig ett tiltak som hittil ikke er nevnt, men som tas opp av flere og uavhengige kilder i intervju. Dette er innbyggernes forventninger til framtidens tilbud, slik våre kilder erfarer det fra brukere, pårørende og politisk nivå. Flere kilder uttrykker et ønske om en bedre informert debatt på området, både med tanke på dagens utvikling og hva en reelt sett kan forvente i årene framover. Innbyggenes forventninger til eldreomsorgen skal være høye, men oppgis også å være langt høyere enn hva som samlet sett er realistisk. Dette oppleves av mange

---

<sup>22</sup> Endringene som er gjort i gjeldende versjon av tildelingskriteriene er gjengitt i et eget vedlegg til saken. Se dette dokumentet for en god oversikt over endringer (jf. Karmøy kommune 2025e).

ansatte som kilde til stor frustrasjon. Det uttrykkes forståelse for at brukere og pårørende ønsker mer støtte og oppfølging i enkeltsaker; særlig er det mange ektefeller som står i svært krevende omsorgsroller for en pleietrengende partner. Samtidig ser ansatte at samlet omfang av tjenestene neppe vil øke i årene framover, heller det motsatte.

Dagens utvikling oppleves av utførere som svært krevende, særlig innen hjemmetjenesten. Her er det klare oppfatninger om at det gis mer omfattende helsehjelp til stadig mer pleietrengende eldre de siste årene, uten tilsvarende økning av ressurstilgang. Siste års budsjettkutt i sektoren oppleves å være i utakt med dagens utvikling og realiteter. Situasjonen i hjemmetjenesten tilspisser seg når en erfarer å måtte levere på vedtak eller vedtakspakker som en ikke har ressurser til. Samtidig er det flere vedtak som ansatte i hjemmetjenesten mener har større omfang/timetall enn nødvendig, som i praksis kunne og burde ha vært løst på et lavere trinn enn gjennom hjemmetjenesten.

Ansatte ved sykehjem oppgir naturlig nok ikke det samme utfordringsbildet. Vanskene her ligger gjerne til lavere funksjonsnivå og kutt i budsjett, som igjen fører til dårligere bemanning. En leder oppgir at det er ansatte som har sluttet fordi de ikke vil stå i så krevende situasjoner som det er å ha eneansvar for et svært høyt antall pasienter (iblant så mange som 42).

På denne bakgrunnen etterspør flere ansatte den store diskusjonen om hvordan samfunnet som helhet skal løse utfordringene som en vet kommer. Dagens tilbud oppgis å være forsvarlig, men også å være under økende press: Alle vet retningen og omfanget som dagens situasjon utvikler seg i. Mange vi har snakket med er klare på at en må satse betydelig mer dersom en skal makte å opprettholde kvalitet og omfang av tjenester som i dag, og spør seg når de store utfordringene blir tatt tak i på et samfunnsnivå. Flere ansatte ønsker langt bedre og mer informasjon i offentligheten om tingenes tilstand, og mener dagens praksis ikke er bærekraftig på sikt. Dette gjelder ikke bare dagens innretning av tjenestetilbud, men også den utvikling og de tilpasninger som er godt i gang. Flere kilder er tydelige på at disse ikke oppfattes å være omfattende nok, gitt hva en står overfor.

Opplevelsen til flere kilder i virksomhetene er at hele ansvaret i praksis blir gitt til kommunen og de ansatte (med samme ressurstilgang som før), og etterspør når hele samfunnet skal ta ansvar på området. Av disse kildene tegnes et pessimistisk bilde av forventet utvikling, dersom en ikke gjør større, omfattende grep i hvordan en tenker eldreomsorg. Andre kilder vi har intervjuet er mindre pessimistiske, i det minste på kort til mellomlang sikt (fem-ti år). Alle er imidlertid tydelige på at kommunen vil få betydelig større behov innen eldreomsorgen i årene framover. Særlig framheves utfordringene med å få tak i tilstrekkelig og riktig kompetanse når behovene nå øker i omfang og kompleksitet.

#### 4.2.2 BEHOV OG RESSURSBRUK: PLANLEGGING OG UTVIKLING

Med endringer i behov følger gjerne også endringer i ressursbruk. Som omtalt må hele kommune-Norge forvente betydelige endringer i eldreomsorgen som følge av den demografiske utviklinga. Dersom innretning og omfang av tjenestetilbud videreføres som i dag, må kommunene forvente ei dobling av kostnadene til eldreomsorgen i løpet av de neste 20-25 årene, i takt med tilsvarende dobling av antall eldre. Dette utviklingstrekket er alvorlig nok fra et rent økonomisk perspektiv. I tillegg har vi sett at dagens tjenestenivå heller ikke kan forventes opprettholdt ut fra den kapasitet og kompetanse (helsepersonell) som vil være tilgjengelig.

Når vi avslutningsvis i faktadelen i kap. 4 skal si noe om forventet behov og ressursbruk, velger vi derfor å adressere dette fra tre ulike dimensjoner av ressursbegrepet: kompetanse, kapasitet og økonomi.<sup>23</sup> Vi presenterer derfor først kommunens tilnærming og arbeid med å identifisere hvilke behov en vil ha i eldreomsorgen i årene framover, før vi tar for oss hver av de tre forståelsene av ressursbegrepet.

### **Behov**

I rapportens kap. 3 viste vi at helse- og omsorgsplanen har et klart og tydelig fokus på temaet vårt. Vi presenterte både BEON-prinsippet og hvordan kommunen ser for seg å 'vri' tjenestene i eldreomsorgen lenger ned i omsorgstrappa i årene framover, jf. figur 3.2.1.2 og 3.2.1.3. Dette var nødvendig med tanke på forventet behov og ressursbruk, ikke bare økonomisk, men også med tanke på kapasitet og kompetanse. Derimot var det ikke et tilsvarende fokus på utfordringsbildet i eldre og mer overordnet planverk, med generelle og lite konkrete tilnærminger til utfordringene.

Kommunens helse- og omsorgsplanen har på si side klart identifisert den forventede veksten i de eldste aldersgruppene, og setter denne i direkte sammenheng med det framtidige tjenestebehovet og nødvendigheten av å endre dagens tilnærming i eldreomsorgen:

*Karmøy kommune står overfor store demografiske endringer som gir kommunen nye utfordringer. For å imøtekomme fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester må kommunen ha endringsvilje og evne til å innovere og forandre seg. Den stadig voksende mengden eldre i kommunen øker kompleksiteten i eksisterende tjenester og stiller større krav til kommunens prioriteringer fremover (Karmøy kommune 2023: 12).<sup>24</sup>*

I et eget delkapittel tar planen også opp den forventede økningen i demenstiltfeller og relaterte hjelpebehov. Det vises til framskrevet antall tiltfeller i Karmøy i 2030 («over tusen», s. 13), basert på Aldring og helses ressurs «Demenskartet». Vi velger her å supplere kommunens oversikt med prognoser for tiltfeller av demens i et enda lenger perspektiv, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 4.2.2.1. Forventet forekomst av demenstiltfeller (Karmøy kommune, 2025-2050)

	2025	2030	2040	2050
Karmøy	877	1037	1381	1666

Kilde: Aldring og helse (u.å.)

Som vi ser: Antallet demenstiltfeller i kommunen forventes å nesten doble seg de neste 25 årene. Planen er tydelig på at utviklinga ikke står i et 1:1-forhold til faktisk hjelpebehov, men også at det helt klart at dette vil utfordre kommunens tjenestetilbud på sikt: «Langt fra alle av disse vil trenge omfattende tjenester fra kommunen og de fleste vil antakeligvis bo i sine egne hjem, men fra

<sup>23</sup> Se også tilsvarende tredeling og begrunnelse i kap. 3.2.

<sup>24</sup> I forlengelsen av dette vises det også til en ekstern drift- og ressursanalyse av pleie- og omsorgstjenester, jf. Rune Devold AS (2022). Vi tar her ikke stilling til innholdet i rapporten, men noterer at kommunen har innhentet et større kunnskapsgrunnlag på området, og benytter dette til videre oppfølging og utvikling av tjenestetilbudet.

diagnosetidspunkt hos spesialisthelsetjenesten vil i snitt én tredjedel bli sykehjemsbeboere innen ti år» (s. 13).

Planen er også entydig på at en framover ikke kan oppskalere dagens tilbud i tilsvarende grad: «Det vil ikke være mulig for kommunen “å bygge seg ut av problemet” ved bare å tilføre flere sykehjems plasser eller heldøgns omsorgsboliger, det må gjøres flere grep i tillegg til utbygging for å kunne best ta vare på kommunens seniorer på en bærekraftig måte» (s. 13). Dette settes igjen i sammenheng med målet om å bo lengst mulig hjemme, og behovet for «tilpassede boliger og nærmiljø» (s. 13).

Deretter følger kapitlene som omtaler de ulike trinnene i omsorgstrappa, som vi tidligere har vist til (med tilhørende handlingsplaner). Også disse kapitlene har egne avsnitt om utfordringsbildet, i lys av demografisk utvikling og forventet mangel på ressurser til å dekke de økte behovene. Selv om det er omtale av utfordringsbildet, er det bare noen få steder foretatt konkrete beregninger av forventet utvikling på området. Med henvisning til Devoldrapporten (jf. Rune Devold AS (2022)) skisserer planen ei utvikling innen hjemmetjenesten hvor samlet tjenestebehov øker med 10 % hvert tiende år (s. 23).<sup>25</sup> Med dette som utgangspunkt skisserer kommunen følgende utvikling, da i bistandsbehov hjemmesykepleien, forstått som samlet antall timer hjemmesykepleie pr. dag:

Tabell 4.2.2.2. Forventet bistandsbehov hjemmesykepleie (Karmøy kommune, 2023-2050)

	2023	2030	2040	2050
Samlet antall timer	2459	2713	3053	3354

Kilde: Karmøy kommune (2023a: 23)

Dette tilsvarer en økning gjennom hele perioden på 36,4 %. Vi understreker at kommunen er klar på at dette er ved videreføring av dagens tjenestenivå. I takt med endring av tildelingskriterier, befolkningens helsetilstand og hjelpebehov, tjenesters omfang og innretning osv. kan dette endre seg. Beregningene er også basert på samlet aktivitetsnivå i hjemmesykepleien, som omfatter andre grupper enn eldre og eldreomsorg, blant annet psykisk utviklingshemmede (jf. kap. 5.9.2) og ROP-pasienter (jf. kap. 9.1.1). Økende levealder i disse gruppene medfører allerede en del nye utfordringer innen eldreomsorgen, og må forventes å øke framover. Hovedvekten av endringene i samlet bistandsbehov tilskrives likevel i all hovedsak demografisk utvikling med tanke på eldre og den tilhørende økningen i tjenestebehov innen eldreomsorgen (jf. bl.a. kap. 3 og kap. 5.9.1).

Vi ser også tilsvarende omtale av utfordringsbilde på de andre trinnene i omsorgstrappa. Økende tjeneste- og kapasitetsbehov som følge av «den stadig økende andelen eldre i befolkningen» (s. 28) er første punkt i utfordringsbildet på alle de fire trappetrinnene (jf. Karmøy kommune 2023). Det er også en tilsvarende behovsframskrivning for boliger med heldøgntjenester. Over så vi at

---

<sup>25</sup> Det tas her også forbehold om enda større aktivitetsnivå i tjenesten avhengig av innretning av øvrig innsats fra kommunen. Videre er det samme sted også henvisning til en vitenskapelig studie som tilsier at andelen mennesker som vil trenge helsetjenester i hjemmet sitt vil doble seg fram mot 2050. (Det er uklart om de konkrete tallene som kommunen viser til er basert på egne beregninger, eller stammer fra den eksterne rapporten. Vi har ikke kunnet finne de tilsvarende tallene i rapporten. Vi heller derfor mot å forstå tallene som kommunens egne beregninger, uten at det er klart på hvilket grunnlag beregningene er gjort.)

veksten i behov for hjemmetjenester ble anslått til om lag 10 % hvert tiende år, og 36,4 % i 2050. Med daværende dekningsgrad på 17,7 %, anslås dette behovet for boliger med heldøgntjenester:

Tabell 4.2.2.3. Behovsframskriving, boliger med heldøgntjenester (Karmøy kommune, 2023-2050)

	2023	2030	2040	2050
Samlet antall boliger	345	488	665	840

Kilde: Karmøy kommune (2023a: 28)

Dette tilsvarer en økning i antall plasser «mellom 25 – 40 % hvert tiår frem til 2050» (s. 28) og en vekst på hele 143,5 % gjennom perioden. Planen viser også til en lignende behovsframskriving gjort med KS' analyseverktøy «Omsorg 2050». Dette gir om lag samme behovstall for 2030 og 2040, men enda høyere for 2050 (961).

Kommunen anslår ut fra dette at det vil være nødvendig «å øke tilbudet med heldøgnsomsorg med mellom 140-170 boliger hvert tiår frem til 2050 for å imøtekomme behovene til denne gruppen» (s. 28). Høsten 2025 bestemte kommunen seg for å bygge nytt og moderne sykehjem på Norheim med i utgangspunktet 64 institusjonsplasser og 64 HDO-boliger, i tillegg til et dagsenter for eldre (jf. Karmøy kommune 2025c). Både plassering,<sup>26</sup> omfang og innretning stemmer meget godt overens med identifiserte behov. En slik utvidelse av institusjonskapasitet må likevel gjentas flere ganger fram mot 2050 for å dekke behovet vist til over. Samtidig er planen klar på at en ikke kan bygge seg ut av problemet, som sitert over.

Planen inneholder altså disse to tabellene for framtidig behov *gitt videreføring av dagens tjenesteinnretning*. Tallmaterialet over er dermed i praksis behovsvurderinger dersom en ikke endrer innretning av tilbudet. Planen er tydelig på at det *er* nødvendig å vri tjenestetilbudet lenger ned i omsorgstrappa, jf. det allerede omtalt kap. 10 om «det lange perspektivet». I dette kapittelet har kommunen anlagt et strategisk blikk utover den konkrete planperioden (2023-2028), og fram mot tiårene og den demografiske utviklinga som vi vet kommer.

Strategien peker på to hovedutfordringer og oppsummeres slik: «Karmøy kommune står overfor store utfordringer i møte med en stadig økende eldrebefolkning. Den største utfordringen vil være behovet for omsorgstjenester, samt rekruttering av tilstrekkelig antall medarbeidere til å levere disse tjenestene» (s. 46). Her identifiseres altså de to viktigste forholdene som kommunen mener den må arbeide med: omsorgsbehovet med langt flere eldre vil i seg selv bli utfordrende, i tillegg vil det bli tilsvarende krevende å få tok i nok ansatte til å betjene det økte omsorgsbehovet. Disse to forholdene er altså vurdert som viktigere enn de rent økonomiske og kapasitetsmessige sidene, selv om også disse dimensjonene av ressursbegrepet henger sammen med hovedutfordringene.

Nærmere tallfesting av forventet behov for helsepersonell foretas i strategien kap. 9.3. Det vises her til beregninger fra departementsnivå om nærmere 350 nye årsverk innen 2030 i institusjons- og hjemmetjenester i Karmøy kommune (s. 33). Kommunen foretar også egne beregninger for å

<sup>26</sup> Den interne handlingsplanen for tredje og fjerde trinn i omsorgstrappa har svært grundige beregninger av dette.

anslå framtidig personellbehov innen eldreomsorgen. Gitt daværende dekningsgrad for eldre over 80 år og innretning av tjenestene «må antallet sykepleiere øke fra 259 i dag til 455 i 2035, mens antallet helsefagarbeidere må økes fra dagens 622 til 1092 i 2035» (s. 33). Videre tar kommunen høyde for «dagens rekruttering og utvikling» (s. 33) når den anslår at en i 2035 vil «mangle rundt 150 sykepleiere og nærmere 500 helsefagarbeidere» (s. 34) hvis en skal ha samme tjenestenivå.<sup>27</sup>

I tillegg peker planen på flere overordnede tiltak som er ment å peke ut en vei for å møte denne utviklinga. Summen av flere mindre tiltak sammenstilles i følgende tre hovedoverskrifter (s. 44-45):

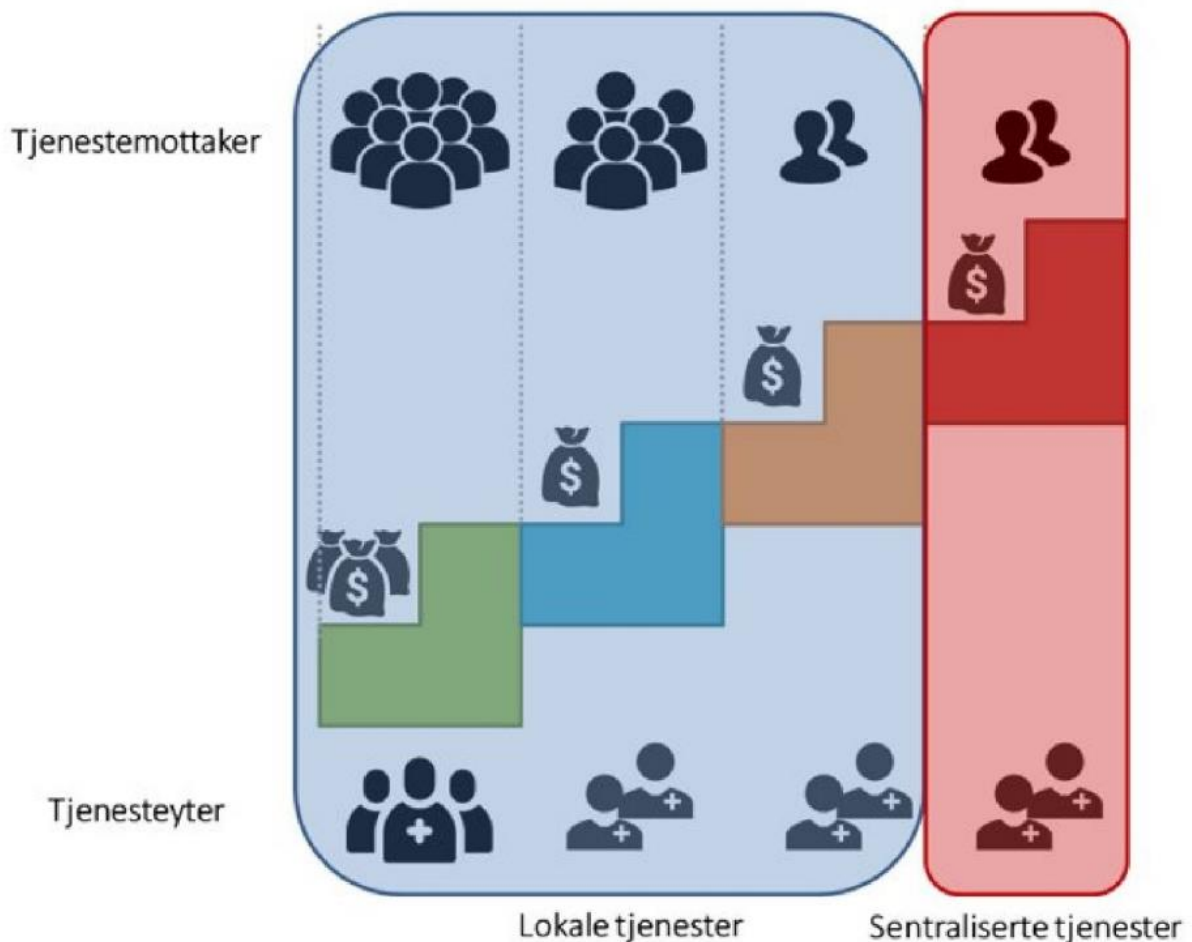
1. Sentralisering (sterke fagmiljø med spesialisert kompetanse på de øverste trinnene)
2. Robuste nærmiljø (forebygging, hjelp fra og støtte til pårørende, velferdsteknologi osv.)
3. Synergistisk kombinasjon (dvs. kombinasjon av lokale tjenester på lavere trinn og effektiv og bærekraftig drift i de tyngre helsetjenestene på de øverste trinnene i omsorgstrappa)

Dette siste punktet illustreres med en figur som gir et bedre bilde av kommunens omsorgstrapp, og det som beskrives som «ønskelig scenario» (s. 45) for det framtidige tjenestetilbudet. Figuren er gjengitt under, og gir nærmere spesifisering av ønsket ressursbruk og av geografisk plassering av tjenestene:

*Figur 4.2.2.1. Ønskelig scenario framtidig tjenestetilbud (Karmøy kommune)*

---

<sup>27</sup> I kommunens handlingsplan for rekruttering og kompetanse fra 2025 (internt dokument) tar en opp det samme estimatet, som nå er oppjustert noe: «I den helhetlige Helse- og omsorgsplanen for 2023-2028 har det blitt foretatt framskrivninger basert på nåværende arbeidsmetoder. Disse framskrivningene indikerer at for perioden 2022-2035, vil det være et behov for rekruttering av nærmere 700 helsepersonell for å opprettholde dagens omsorgsnivå. Med denne utviklingen vil Karmøy kommune innen 2035 ha pådratt seg lønnskostnader på nær 3 milliarder kroner» (s. 3).



Kilde: Karmøy kommune (2023a: 45)

Denne modellen illustrerer med andre ord kommunens plan for å håndtere den betydelige veksten i tjenestebehov innen eldreomsorgen framover. Behovene er i denne planen klart identifisert og til en viss grad tallfestet.

Hvorvidt omsetting av planen lykkes i praksis, er et annet spørsmål. Informasjon fra intervju med administrasjonen tilsier at særlig første punkt om sentralisering av tjenester har vært utfordrende å få innbyggere med på så langt, inkludert politisk nivå. De to største utfordringene framover forventes likevel å være veksten i omsorgsbehov i seg selv, og å skaffe tilstrekkelig antall ansatte (kompetanse) til å håndtere denne økningen. Når vi nå går over til å se på kommunens langsiktige planlegging av de tre dimensjonene av ressursbegrepet, starter vi med nettopp kompetanse.

### **Kompetanse**

Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) viser til at det for mange kommuner er krevende å rekruttere og beholde kompetent helsepersonell. Det pekes på at for å imøtekomme utfordringene i eldreomsorgen må alternative arbeidsordninger og en mer effektiv bruk av ressurser tas i bruk. Dette vektlegges også i flere stortingsmeldinger, og det argumenteres for en dobbel intensjon med en bedre ressursbruk: riktigere fordeling av ressursene, men også for å organisere arbeidstida på en måte som kommer alle brukere til gode, særlig de med sammensatte og langvarige behov.

Samtidig må ansatte sikres et godt arbeidsmiljø som er i henhold til kravene i arbeidsmiljøloven. Arbeidet som helsepersonell skal være fullt forsvarlig, både vurdert i hver enkelt situasjon og samlet belastning. I tillegg skal pasientsikkerhet ivaretas, og helsepersonellet må få bruke sitt faglige skjønn og sin kompetanse på en faglig tilfredsstillende måte. Hovedbudskapet fra statlige myndigheter er likevel at med en forventet vekst i personellknapphet framover, er det avgjørende å heve effektiviteten for å sikre gode og trygge tjenester.

For å sikre dette, beskriver Helsepersonellkommissjonen behovet for et systematisk arbeid på alle nivåer, jf. NOU (2023:4). Regjeringen har i forlengelsen av dette lagt fram *Kompetanseløft 2025*, som er en kombinasjon av en handlings- og strategiplan (Helsedirektoratet 2025). Formålet med planen er å både styrke rekrutteringa og bidra til å beholde sykepleiere og helsefagarbeidere, men også utvikle tjenestene, styrke kommunal sektor som arena for forskning og fagutvikling, samt forbedre ledelse, samhandling og planlegging.

Fra nasjonale myndigheter har også annet planarbeid over flere år vektlagt betydningen av å få mer og bedre kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Her er *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* ett eksempel, jf. Helse- og omsorgsdepartementet (2022). Dette er en handlingsplan som tar utgangspunkt i at kompetente fagfolk er den viktigste ressursen innen helse og omsorg, og at det er godt dokumenterte bemanningsutfordringer allerede i dag (jf. s. 2). Også her vurderes tilstrekkelig og kompetent bemanning som helt avgjørende for å ha en bærekraftig og effektiv helse- og omsorgstjeneste, uansett hjemkommune.

Karmøy kommune er del av samme utvikling. Både tilgjengelig dokumentasjon og informasjon fra intervju viser et omfattende arbeid med å sørge for bedre bruk av tilgjengelig kompetanse. Vi så av nøkkeltallene i kap. 2 (fig. 2.2.2.10) at Karmøy var blant de bedre kommunene, med en høy og rimelig stabil andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning (siste fire år: om lag 80 %). Tilsvarende andel i andre kommuner i utvalget vårt har vært klart nedadgående, jf. samme figur.

Også opplysninger fra intervju og våre nøkkeltall (jf. fig. 3.2.3.1) tilsier et kompetansenivå innen helse og omsorg som er høyere enn mange andre kommuner. Samtidig viser ledelse på flere nivå og i flere ulike virksomheter (fagetat, sykehjem og hjemmetjeneste) til gjentakende utfordringer med rekruttering til stillinger, særlig sykepleierstillinger. Flere uttrykker bekymring for framtidig tilgang til fagkompetanse, og tolker dagens rekrutteringsutfordringer som en forsmak på hva som skal komme i årene framover. I helse- og omsorgsplanen er det foretatt konkrete beregninger av kompetanse- og personalbehov. Som nevnt over i avsnittet om behov: Disse beregningene tilsier at kommunen fram til 2035 må øke antall fagansatte med «rundt 150 sykepleiere og nærmere 500 helsefagarbeidere» (s. 34) hvis en skal opprettholde det samme tjenestenivået som i 2022.

Vår informasjon tilsier at kommunen på en rekke måter arbeider med å øke kompetansen, både generelt og innen eldreomsorgen. Flere kilder oppgir at det er et godt internt system på plass for kompetanseutvikling blant de ansatte, og at en har et nært og godt samarbeid med fagskoler for å få tak i nye folk (praksisplasser og utlyste stillinger). Samtidig er det ingen som snakker om å ha en plan om å ansette 650-700 flere fagansatte de neste ti årene, dette framholdes ikke som et reelt eller realistisk alternativ. Da omtales heller behovet for å få ned dekningsgraden og innbyggers forventninger til det framtidige omsorgsnivået.

Etter vår forståelse foreligger det ikke en samlet kompetanseplan for helse og omsorg eller, for den del, eldreomsorgen. Det foreligger en intern handlingsplan for rekruttering og kompetanse, i likhet med intern handlingsplan for de ulike trinnene i kommunens omsorgstrapp, jf. kap. 3.2.1. Også denne danner et oversiktsbilde over ulike uprioriterte mål og tiltak, men munner ikke ut i en konkret handlingsplan. Dette ligger til de enkelte virksomhetene å utarbeide, ut fra en felles mal. Vi har gått gjennom siste tilgjengelige kompetanseplaner til de mest sentrale virksomhetene i vår revisjon: sykehjem, hjemmetjeneste og bestillerkontor. Planene skal være lagret i fagsystemet Compilo, som vi har blitt gitt tilgang til. Gjennomgangen er foretatt i januar 2026.

Planene inneholder faste punkt om minimum følgende: heltidskultur, sykefravær, arbeidsnærvær, samarbeid med frivillige, medarbeidersamtaler, fag-/tjenesteutvikling, kurs/opplæringstiltak som er obligatoriske, kompetansehevingsområder som anbefales, og et punkt om å rekruttere, beholde og utvikle. I tillegg er det beskrivelse av planprosessen, inkludert hvem som har vært involvert.

Vi noterer at planene for 2025 er fylt ut og registrert for alle hjemmetjenestesoner og sykehjem. Det er noe variabelt detaljnivå og omfang på noen få punkt (blant annet heltidskultur og anbefalte kompetansehevingsområder), og i enkelttilfeller er det kun hjelpeteksten fra malen som er oppført (fag-/tjenesteutvikling). Generelt framstår likevel planene som gjennomarbeidete og tydelige med tanke på oppgaver og ansvar (særlig ved obligatoriske kurs/opplæringstiltak). Vi ser derimot ikke informasjon om hvorvidt omfanget av kurs og opplæring står til behovene, og hvilke vurderinger som eventuelt er gjort i så måte. Av tekstomtale virker det som at fjorårets plan blir gjennomgått (evaluert) i forbindelse med årlig oppdatering/rullering av planen.

Vi kan ikke se en oppdatert plan for bestillerkontoret, her virker siste tilgjengelige versjon å være fra 2022.

### ***Kapasitet***

Intervju med ansatte i Karmøy kommune viser at arbeidsgiver sentralt har endret turnusordning i helse og omsorg for å få en bedre organisering av kompetansen. Dette gjelder særlig sommerstid, i forbindelse med ferieavvikling. Her har arbeidsgiver gått over fra todelt til tredelt ferie, som vil si at ansatte må spre ferien utover et større tidsrom. Som omtalt i kap. 3.2.3 var vurderingene av dette tiltaket svært blandede: Lokal ledelse kunne melde om svært god ansattdekning og kapasitet i tjenesten gjennom hele sommeren. Ansatte var derimot klart mindre fornøyd med tiltaket, basert på de praktiske ulempene dette medførte på hjemmebane.

Dette er ett eksempel på kommunens forsøk på å bruke ansattes kompetanse best mulig for å øke kapasiteten i tjenestene. Kilder på alle nivå ser slike grep i sammenheng med økte behov innen eldreomsorgen, slik at det ikke er uenighet om nødvendigheten av å tenke nytt. Andre tiltak for å øke kapasiteten og trykket ut i tjenestene er også etablert. Vi har allerede nevnt tiltak som tørn og digitale tilsyn. Disse vurderes positivt av kilder på alle nivå. Andre tiltak knyttet til andre former for velferdsteknologi og samarbeid med frivillige oppgis å ha gitt færre positive resultater hittil, i det minste med tanke på klar forbedring av ressursituasjonen.

Utover det organisatoriske arbeidet med å få bedre ressursutnyttelse av ansattes kapasitet, er det mye fokus i intervju og saksdokumenter på den institusjonelle kapasiteten, med etablering av nytt sykehjem, dagsenter og heldøgns omsorgsplasser på Norheim som det klareste eksemplet. Vi har

omtalt dette i detalj over. Slike tiltak er åpenbart rettet mot den demografiske utviklinga, og mot langsiktig planlegging av tjenestetilbudet innen eldreomsorgen.

### **Økonomi**

Selv om det altså foretas større institusjonelle investeringer innen eldreomsorgen, er det foreløpig ikke økonomiske rammer til å utvide driften ved dagens tilbud. Dette framkommer både i intervju og i saksdokumenter (budsjett), seinest illustrert ved inneværende handlingsprogram (jf. Karmøy kommune 2026a). Igjen ser vi at demografisk utvikling trekkes fram som hovedutfordringa innen helse og omsorg generelt og eldreomsorgen spesifikt. Kommunedirektøren uttrykker behov for en ny gjennomgang av tjenestene, for å tilpasse behov og ressursbruk:

*Kommunen opplever en gradvis økning i behovet for helsetjenester som følge av demografiske endringer, økt levealder og en større andel innbyggere med sammensatte helseutfordringer. (...) Med bakteppe på at det er knapphet både på ressurser og personell må tjenestene gjennomgås, både i forhold til organisering, men også om det er oppgaver vi ikke kan prioritere å utføre eller at det er mer hensiktsmessig at andre aktører tilbyr tjenestene/aktivitetene (Karmøy kommune 2026b).*

Videre oppgis det samme sted at «tjenesteområdet kommunehelse samlet har et negativt teoretisk handlingsrom», og at en dermed må kutte i enkelte tilbud for å øke innsatsen på andre tjenester.

Dette stammer fra omtale av helsesektoren i kommunen, men tilsvarende omtale<sup>28</sup> og utfordringer er også synlige innen tjenesteområde omsorg, som er området mer direkte knyttet til våre formål. Også her er det utfordrende å tilpasse drift til budsjett og behov, med rapporter om «et forventet merforbruk for 2025 på 35,9 millioner kroner for tjenesteområde Omsorg, og det må settes tiltak for at merforbruket ikke skal bli videreført til 2026» (Karmøy kommune 2026c, med henvisning til kommunestyresak 60/25).

Kommunens økonomiske ressursbruk oppgis her å ligge noe høyere enn andre, sammenlignbare kommuner (KOSTRA-gruppe 10), og at det dermed er et teoretisk handlingsrom for innsparing, utover de 40 millionene som oppgis ble spart inn fra 2023 til 2024. I forlengelsen av dette vises det til flere konkrete tiltak som er innført eller vil bli iverksatt, blant annet ny bevilgningsmodell for sykehjem og reviderte tildelingskriterier.

Den klart største budsjettposten også innen helse og omsorg er lønn til de ansatte. Omsorgsfeltet alene står for 34 % av kommunens totale brutto utgifter, i tillegg til 4,8 % innen helse (jf. Karmøy

---

<sup>28</sup> Jf. Karmøy kommune (2026c): «Befolkningen vil bli betydelig eldre i årene framover, og størstedelen av befolkningsveksten vil skje i de eldste aldersgruppene. (...) Samtidig som helse- og omsorgstjenester er og vil være i vekst er det en knapphet på ressurser og personell. Dette gjør at kommunen må tenke nytt for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste forutsetter at Karmøy utnytter mulighetene som ligger i teknologi, tjenesteutvikling, organisatoriske forhold og kompetansen hos de ansatte og tjenestemottakeren. Kommunen må i denne anledning se på organisatoriske forhold med sikte på en mer optimal tjenesteproduksjon og ressursdisponering, hvor det identifiseres konkrete og gjennomførbare tiltak som kan realisere de økonomiske målene vedtatt av kommunestyret. Et ledd i arbeidet er at tjenesteproduksjonen må ha fokus på kjerneoppgavene.»

kommune 2026b og c). Innen omsorg ser vi at lønnsutgiftene utgjør 5 av 6 kroner, dvs. i overkant av 83 %, jf. tabellen under.

Tabell 4.2.2.4. Utgiftsfordeling hovedart, tjenesteområde omsorg (Karmøy kommune, i 1000 kr)

Post   År økonomiplan	2026	2027	2028	2029
Lønn	1 200 298	1 194 291	1 188 225	1 182 006
Kjøp av varer og tjenester (kommunal egenproduksjon)	82 529	82 529	82 529	82 529
Kjøp av varer og tjenester (erstatte kommunal egenprod.)	138 744	138 744	138 744	138 744
Overføringsutgifter	8 592	8 592	8 592	8 592
<b>Sum</b>	<b>1 430 163</b>	<b>1 424 156</b>	<b>1 418 090</b>	<b>1 411 871</b>
Prosentvis andel lønn (av sum)	83,9 %	83,9 %	83,8 %	83,7 %

Kilde: Karmøy kommune (2026c).

I tillegg kommer lønnsutgifter innen helse, barnevern og sosial, samt (helse- og) omsorgsrelaterte utgifter innen andre tjenesteområder, som stab og oppvekst og utdanning. Se Karmøy kommune (2026a og 2026c) for fullstendig oversikt. Vi ser at kommunen har budsjettet med en tiltakende nedgang i både samlet budsjett og lønnsutgifter i planperioden. Av rammeoversikten i budsjettet ser vi at innsparingene primært skal skje ved (gjen)innføring av pleiefaktor, noe som gir et fastsatt mål om færre årsverk pr. bruker. Nedenfor har vi sortert de sju største innsparingspostene på området, og ser at to av de tre største reduksjonene (og tre totalt) handler om pleiefaktor:

Tabell 4.2.2.5. Innsparing rammeoversikt, tjenesteområde omsorg (poster med størst reduksjon, Karmøy kommune, i 1000 kr)

Post   År økonomiplan	2026	2027	2028	2029
Langtidsopphold sykehjem: innføring av pleiefaktor	-8 413	-8 413	-8 413	-8 413
Brukerstyrt personlig assistanse: reduserte utgifter	-7 150	-7 150	-7 150	-7 150
Korttidsopphold sykehjem: innføring av pleiefaktor	-5 176	-10 351	-15 527	-20 702
Inventar og velferdsteknologi: redusert utskifting	-4 803	-4 803	-4 803	-4 803
Enetiltak: reduksjon	-2 327	-2 327	-2 327	-2 327
Omgjøring av boliger til heldøgns omsorgsplasser: Driftskonsekvens av investering	-1 205	-1 205	-1 205	-1 205
Kommunal akutt døgnenhet sykehjem: innføring av pleiefaktor	-700	-1 400	-2 100	-2 800
<b>SUM innsparing (av alle tiltak)</b>	<b>-31 228</b>	<b>-37 222</b>	<b>-50 628</b>	<b>-69 128</b>

Kilde: Karmøy kommune (2026c).

Som vi ser, er det innføring av pleiefaktor ved sykehjemmene som er ment å stå for brorparten av innsparingstiltakene i planperioden. Vi merker oss særlig utviklinga knyttet til korttidsopphold på sykehjem (rad 3). Vi har også omtalt gjeninnføring av pleiefaktor som innsparingstiltak over, da i forbindelse med gjennomgang av intervjudata fra lokal ledelse.

I handlingsprogrammet er det også en oppdatert oversikt over planer og planstatus på området. Vi har nedenfor ført opp de planene som er direkte relevante for eldreomsorgen, og ser at disse i stor grad overensstemmer med referanser vi har gjort til nasjonalt og kommunalt planverk, jf. over.

- Helhetlig plan for Helse- og omsorg 2023-2028
- St.meld.24 Fellesskap og meistring – bu trygt heime
- Demensplan 2025
- Strategi for pårørendesamarbeid
- Plan for habilitering og rehabilitering (2018-2025)
- Kompetanseløft 2025 (jf. Karmøy kommune 2026c)

Omtalen av økonomiske besparelser som følge av disse er naturlig nok begrenset til generelle beskrivelser, og er på ingen måte tallfestet. Referansene går heller på forventet effektivisering på et overordnet nivå, i form av bedre kompetanse, koordinering og dimensjonering av tilbudene. Vi ser at enkelte planperioder nå er overskredet, i intervju omtales disse som gjeldende inntil videre, og at arbeid med å oppdatere disse er i gang, jf. over.

På bakgrunn av dette: Det mest framtrædende trekket ved gjeldende budsjett og handlingsplan er de vedtatte innsparingene. Disse begrunnes i det minste indirekte ved henvisninger til et teoretisk handlingsrom for innsparing innen omsorg, sammenlignet med andre kommuner. Samtidig er det allerede et betydelig merforbruk på området, og budsjettet legger opp til å ta ned kostnadsnivået. Flere tiltak er allerede iverksatt, og andre er under planlegging. Særlig er det sykehjemmene som skal stå for innsparingene, primært ved å innføre pleiefaktor (og dermed redusere bemanninga pr. bruker).

Vi avslutter her vår presentasjon av faktagrunnlaget, og går nå over til våre vurderinger av dette datamaterialet, i lys av våre revisjonskriterier og anført problemstilling for dette kapittelet.

## 4.3 VURDERINGER

---

I kap. 3 så vi hovedsakelig på hvordan kommunen har innrettet seg i dagens eldreomsorg. I kap. 4 har vi anlagt et lengre perspektiv, og undersøkt kommunens langsiktige planlegging på området, i lys av forventet demografisk og helsemessig utvikling i befolkningen.

Det kan være utfordrende å uttale seg med sikkerhet om et såpass komplekst framtidsscenario. Vi holder oss derfor til hva vi innen rimelighetens grenser kan forvente og kreve av planlegging fra kommunal side. Forventet økning i antall eldre og i omsorgsbehov er helt klart kjente størrelser. Det er rimelig å forvente at kommunen har et bevisst og edruelig forhold til disse. Et mer åpent spørsmål er hva lov og forskrift (og dermed vi som forvaltningsrevisor) kan kreve av kommuner

med tanke på strategisk planlegging av et *framtidig* tilbud. I våre vurderinger i dette delkapittelet kommer vi fortløpende tilbake til våre forbehold og vurderinger.

I dette kapittelet har vi hatt følgende problemstilling som utgangspunkt: «I hvilken grad er kommunen forberedt på endringer i behov som forventes å følge med en aldrende befolkning?». For å undersøke og besvare dette spørsmålet formulerte vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen har foretatt strategiske planlegginger av omfang, innhold, forsvarlighet og kompetansebehov i det framtidige tjenestetilbudet innen eldreomsorgen
- Kommunens oversiktsdokument over folkehelsestanden gir nødvendig oversikt og ligger til grunn for videre planarbeid
- Kommunalt planverk viser hvordan mål og utfordringer på området skal følges opp

Med tanke på **første revisjonskriterium** vurderer vi at kommunen har foretatt gode, strategiske planlegginger av omfang og innhold i framtidig tjenestetilbud. Helhetlig helse- og omsorgsplan har tydelig identifisert størrelsesorden og utfordringer knyttet til forventet demografisk og helsemessig utvikling i befolkningen. Det foreligger enkelte konkrete beregninger av framtidig omsorgsbehov (jf. vår omtale i kap. 4.2.2), men langt viktigere: Den ventede veksten i eldre og i omsorgsbehov går som en rød tråd gjennom planen. Det samme gjelder behovet for å utvikle tjenestene for å møte denne utviklinga. Også dette er et gjennomgående tema i planen.

Vi vurderer arbeidet og planlegginga med å utvikle tjenestetilbudet som helhetlig (omfatter hele etatsområdet) og satt i system. Vi vektlegger her at det allerede er igangsatt flere tiltak på en rekke ulike områder (blant annet nye tildelingskriterier og økt institusjonskapasitet), mens andre er under planlegging eller til vurdering (etablering av sykepleierteam for å øke kapasitet og kompetanse). I intervju trekker ledelsen også fram behovet for å ha en pragmatisk og tilpasningsdyktig tilnærming til utviklingsarbeidet, og dermed ikke låse seg til ett bestemt spor. Informasjonen fra intervju tilsier at det er høy bevissthet om mål og utfordringsbilde på området.

I tillegg ser vi et lengre perspektiv utover planperioden i planens kap. 10, som setter en planlagt kurs eller «ønskelig scenario» for videre utviklingsarbeid, jf. fig. 4.2.2.1. I dette ligger det også en klar bevissthet om at kommunen i framtida ikke vil ha samme ressurstilgang pr. bruker som i dag, og at en må gjøre nødvendige grep for å endre dagens praksis. Vi vurderer at planverket og planlegging i eldreomsorgen som sådan er godt ivaretatt, særlig med tanke på omfang og innhold.

Første revisjonskriterium viser også til strategisk planlegging med tanke på forsvarlighet og kompetansebehov. Som påpekt i kap. 3 er det et spørsmål om hvor langt en kan og skal trekke dette kravet med tanke på forsvarlighetsvurderinger, som i praksis omfatter konkrete vurderinger i enkeltsaker. Der påpekte vi at kommunen med fordel kan gjøre seg nærmere betraktninger på et overordnet systemnivå av hva som skjer med forsvarlighet i tilbudene når det samlede presset på ansatte og på tjenestene øker. Vi formulerte dette derimot ikke som et konkret krav eller nærmere anbefaling, og gjør det heller ikke her.

Med tanke på framtidig kompetansebehov, ser vi at det er gjort flere slike vurderinger i planen. Disse er både mer overordnede, i form av forskyvning av kompetanse og annen ressursbruk til lavere trinn i kommunens omsorgstrapp, og mer detaljerte, som de allerede omtalte beregningene av framtidig omsorgsbehov, jf. omtale over. Her har planen også konkrete utregninger av forventet

dekningsgrad dersom en ikke øker antall fagansatte med flere hundre årsverk de neste ti årene. Vi registrer at dette ikke framholdes som et reelt eller realistisk alternativ, og ser at kommunen heller arbeider med å redusere tjenestenivået/dekningsgraden, blant annet ved å gjeninnføre pleiefaktor som et sentralt begrep, og som et konkret innsparingstiltak.

Vi har så langt omtalt og vurdert planarbeidet innen helse- og omsorgsetaten, hvor det foreligger en helhetlig plan som helt klart identifiserer utfordringsbildet og ulike tiltak på området. Når det kommer til strategisk planlegging på et overordnet kommunenivå og i annet planverk, ser vi ikke et tilsvarende fokus på den demografiske og helsemessige utviklinga innen eldreomsorgen. Vi er da inne på hvordan planlegging innen eldreomsorgen følges opp i annet planverk og hvordan en skal følge opp mål og utfordringer på området, jf. **andre og tredje revisjonskriterium**.

Her vurderer vi at kommunen har rom for forbedring. Som omtalt i faktagrunnlaget i kap. 4.2.1: Kommunens oversiktsdokument over folkehelsestanden har generelle framstillinger av dette og av påvirkningsfaktorer i så måte. Dokumentet er også eksplisitt utformet for å danne grunnlag for videre planstrategi og mål. I så måte oppfyller dokumentet kravene i andre kriterium, om å gi en nødvendig oversikt over folkehelsestanden og sentrale påvirkningsfaktorer, som grunnlag for overordnet planarbeid i kommunen. Det er også eksplisitte henvisninger til demografisk utvikling og våre to hovedtema som følger i forlengelsen av dette: økt behov for pleie- og omsorgstjenester og økt behov for å legge til rette for målet om å «bo lengst mulig hjemme» (s. 13).

Vi ser derimot begrenset omtale og fokus på eldre og eldreomsorgen i oversiktsdokumentet, og i handlingsplanen for folkehelse. Her er det langt større fokus på barn, unge og arbeidsføre, selv ved omtale av helse- og funksjonsutfordringer hvor eldre er overrepresentert. Tilsvarende er det også få konkretiseringer av hvordan plan og tiltak skal støtte opp om bedre folkehelse blant eldre. I så fall må en, som i planen, anlegge et svært langsiktig perspektiv, og primært se på folkehelse blant eldre i form av tiltak blant dagens yngre. Eldre blir omtalt i helt generelle og uforpliktende vendinger, som «en viktig ressurs for Karmøysamfunnet, og er en del av fremtidens løsninger» (ss. 8 og 13). Utsagnet blir ikke nærmere konkretisert, og det er for oss ikke tydelig på hvilke måter og områder de eldre oppfattes som en ressurs, eller hvordan de skal være en del av framtidige løsninger. Dette står i tydelig kontrast til mål og utfordringsbilde slik disse framkommer i helse- og omsorgsplanen.

Heller ikke andre dokumenter på mer overordnet nivå tar inn over seg de demografiske trekkene med tanke på konkret oppfølging og konkrete behov overfor eldre. I kap. 4.2.1 har vi vist hvordan det er manglende fokus og/eller omtale i flere plan- og saksdokument av betydning, særlig blant dokument som er noen år gamle og på mer overordnet nivå, som kommuneplanens samfunnsdel og plan for habilitering og rehabilitering. Nyere og mer spesifikke dokument har et noe bedre fokus på temaet for denne rapporten, med konkrete utviklingstiltak, som strategi for pårørendesamarbeid. Men her og i andre interne planer har vi påpekt noe uklare rammer for oppfølging, med manglende datering av varighet, hvem som har ansvar for gjennomføring, evaluering, finansiering osv.

Med tanke på tredje revisjonskriterium må vi selvsagt også se til kommunens handlingsprogram og budsjett og økonomiplan for de fire neste årene (jf. Karmøy kommune 2026a), med nærmere tiltak og endringer for helse- og omsorgssektoren (jf. Karmøy kommune 2026b, c). Av følgeteksten ser vi også her at de demografiske utviklingstrekkene helt klart er identifisert som ei hovedutfordring framover, og samsvarer med utfordringsbilde, mål og ressursutvikling i helse- og omsorgsplanen.

Mens vi kan spore konkrete tiltak i investeringsbudsjettet, ser vi klart færre tegn til oppfølging i konkret drift. Her er det innsparing og gjeninnføring av pleiefaktor som er det mest framtreddende trekket.

Som allerede nevnt skal vi ikke som revisor gå inn på eller vurdere politiske valg og prioriteringer. Vi kan derimot påpeke et visst spenningsforhold mellom helse- og omsorgsplanens utfordringer og mål, sett opp mot tilsvarende vurderinger i overordnet planverk. Dette trekket er framtreddende ikke bare i handlingsprogrammet, med budsjett og økonomiplan. Vi finner tilsvarende spenningsforhold i kommuneplan, folkehelsedokumenter og annet, overordnet planverk: Utfordringer og mål som er tydelig identifisert og kommunisert på etatsnivå, finner ikke tilsvarende gehør på kommunenivå. I dette overser vi ikke forskjellen mellom etatsnivå og det helhetlige bildet som overordnet planverk må forholde seg til: Vi er tydelige på at utfordringsbildet som er identifisert innen helse og omsorg og innen eldreomsorgen ikke finner et proporsjonalt tilsvar på et høyere nivå. Overordnet planverk gjenspeiler altså ikke de alvorlige utfordringene fra helse- og omsorgsplanen godt nok.

Vi ser også at oppfølging av de alvorlige utfordringene kan bli skadelidende i praksis. Ettersom utfordringsbildet fra helse- og omsorgsplanen ikke gjenspeiles godt nok i overordnet planverk, står en også i tilsvarende fare for at utfordringene ikke følges godt nok opp i kommunens praksis, både administrativt og politisk. Særlig den økonomiske ressursituasjonen i kommunen kan gi grunn til bekymring. I helse- og omsorgsplanen forutsettes det ikke bare at ressurser må flyttes fra de øverste trinnene i omsorgstrappa til de nederste, men også at ressurser må flyttes fra andre tjenesteområder til eldreomsorgen. Basert på informasjon fra intervju og siste handlingsprogram og budsjettplan (jf. Karmøy kommune 2026a og omtale over) vurderer vi at dette arbeidet ikke kan sies å være etablert i praksis på et overordnet nivå ennå.

I forlengelsen av dette oppgir ansatte at de opplever den store, felles debatten om de demografiske endringene uteblir eller føres på feil premisser. Flere ansatte sier de er bekymret for å sitte igjen med et ansvar og oppgaver de strengt tatt ikke har forutsetninger for å løse, og mener en også må løfte debatten opp på et overordnet samfunnsnivå, ikke kun et kommunalt. Hvordan skal Karmøy-samfunnet som helhet løse endringene som 'alle' vet kommer, og som ansatte opplever allerede er i gang? Her opplever ansatte at innbyggers forventninger til tilbudet står imot realiteten, og ser også et visst spenningsforhold mellom administrativ og politisk vurdering av utfordringsbildet, jf. også kap. 3. Vi sier oss enige i behovet for et felles, realistisk bilde av utfordringene som eldreomsorgen står overfor: Kommunen kan ikke løse disse alene, i det minste ikke innen dagens ressursrammer.

I lys av mål og utfordringsbilde er kommunen dermed på etterskudd i sin overordnede tilnærming til hvordan utviklinga innen eldreomsorgen skal adresseres og følges opp framover. Vi vurderer at kommunalt planverk bare i begrenset grad viser hvordan mål og utfordringer på dette området skal følges opp, jf. tredje revisjonskriterium. Vi anbefaler derfor kommunen å vurdere tiltak som gjør at mål og utfordringsbilde innen eldreomsorgen gjenspeiles i større grad og mer konkret i overordnet planverk og praksis. Dette er vår klare hovedanbefaling på området.

Med tanke på planverk er det klart at kommunen bør benytte kommende rulleringer av planverk til å forankre mål og utfordringer innen eldreomsorgen også på overordnet nivå. Med tanke på praksis skal vi ikke ha for detaljerte vurderinger eller anbefalinger, utover å være tydelige på at kommunen som helhet må tilstrebe en felles forståelse av mål og utfordringer på området. Dette kan være seg i

prosessen om kommunens budsjettarbeid eller å invitere til en større diskusjon i lokalsamfunnet om forventninger og oppgavefordeling innen eldreomsorgen i årene framover.

I tillegg vurderer vi at kommunen har andre forbedringspunkt. Vi vurderer at ressursbruken innen eldreomsorgen ikke er bærekraftig på lang sikt. Dette er i praksis også uttalt fra kommunens side, om enn ikke fullt ut anerkjent i overordnet planverk. Kommuneadministrasjonen fastslår i helse- og omsorgsplanen at eldreomsorgen trenger flere hundre fagansatte for å videreføre dagens innretning av tjenestetilbudet i 2035. Bare lønnsmessig utgjør dette et milliardbeløp, og vil komme på toppen av tilsvarende behov for å utvide institusjonskapasiteten i kommunens tilbud. Vi er her på linje med kommunedirektøren i å vurdere videreføring av dagens innretning av tilbudet som urealistisk med tanke på alle våre tre dimensjoner ved ressursbegrepet: kompetanse, kapasitet og økonomi. Vi anbefaler at kommunen i større grad anerkjenner og adresserer dette i sitt overordnede planverk, og at en konkretiserer overordnede tiltak for å motvirke den kommende ressursmangelen.

Vi vurderer at helse- og omsorgsetaten arbeider med å utvikle alle tre ressursdimensjoner. Særlig pågår det arbeid og konkrete tiltak innen kompetanseutvikling og utvidelse av kapasitet i tilbudene. Det er mindre handlingsrom for administrasjonen økonomisk: Her er en avhengig av bevilgningene fra overordnede myndigheter (lokalpolitisk og nasjonalt). I likhet med ansatte på alle nivå vurderer vi flere tiltak knyttet til kompetanse og kapasitet som god og hensiktsmessig kvalitetsutvikling.

Dette er også rettet mot den demografiske og helsemessige utviklinga som alle vet kommer, og som i praksis allerede har begynt. Vi kunne likevel ha sett et større fokus på utvikling av kapasitet og særlig kompetanse fra sentralt hold. Dagens arbeid med kompetanseplaner og -utvikling skjer i hovedsak på virksomhetsnivå. Kommunen bør vurdere å utvide arbeidet til overordnet, strategisk nivå (etat- og kommune), for å ha en felles, overordnet tilnærming til framtidig kompetansebehov. Vi ser ansatser til dette i en intern handlingsplan i etaten, men anbefaler at kommunen løfter dette arbeidet: Langsiktig og systematisk arbeid for å beholde, utvikle og rekruttere den kompetansen en vil behøve i den framtidige eldreomsorgen vil bare bli viktigere i årene framover. Dette arbeidet er i dag i for stor grad lagt til virksomhetene, og bør også foregå på et overordnet, strategisk nivå. Vi anfører dette som et underpunkt til vår anbefaling om tiltak for å motvirke framtidig ressursmangel.

Vi ser tegn til slitasje blant utførende ansatte på noen områder, blant annet knyttet til innføring av tredelt ferie og stadig strammere arbeidsrammer ved sykehjem og i hjemmetjenesten (jf. kap. 3 og 4.2.1). For å lykkes med videre utviklings- og endringsarbeid, er det avgjørende å ha ansatte på alle nivå med seg på nødvendige prioriteringer. Vi har ikke indikasjoner som tilsier at samarbeidet er på et nivå som krever målrettede anbefalinger fra vår side, men framhever likevel betydningen av god involvering framover, særlig i lys av de krevende endringene som over tid vil tvinge seg fram. Vi legger derfor dette til som et generelt underpunkt for å motvirke framtidig ressursmangel. I likhet med kapitlene over, kan ressursmangelen handle om både økonomi, kapasitet og/eller kompetanse.

Våre hovedanbefalinger i dette kapitlet dreier seg altså om to alvorlige trekk ved kommunens eldreomsorgen: mål og utfordringer gjenspeiles ikke godt nok på overordnet nivå i kommunen, og den framtidige ressursmangelen blir heller ikke godt nok motvirket.

Oppsummert er våre anbefalinger her i kapittel 4 at kommunen bør vurdere:

- tiltak for å gjenspeile mål og utfordringer i eldreomsorgen i overordnet planverk og praksis
- tiltak for å motvirke framtidig ressursmangel, blant annet ved å:

- utvide arbeidet med kompetanseplaner og -utvikling til overordnet, strategisk nivå
- sørge for god involvering av ansatte og tillitsvalgte i videre utviklingsarbeid

Det første kulepunktet er særlig aktuelt ved kommende rullinger av overordnet planverk. Vi mener kommunen bør vurdere nevnte tiltak for å motvirke dagens utvikling, som er kjennetegnet av økte tjenestebehov og begrensede ressurser innen økonomi, kompetanse og kapasitet. Svaret på spørsmålet om i hvilken grad kommunen er forberedt på endringene som kommer, vil avhenge av hvordan kommunen som helhet arbeider med og prioriterer ressursinnsatsen i årene framover.

# 5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Denne forvaltningsrevisjonen har foretatt en statusgjennomgang av hvordan Karmøy kommune arbeider med å tilrettelegge eldreomsorgen i møte med en aldrende befolkning. Et sentralt mål er at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Gjennomgangen vår viser at kommunen har et godt og gjennomarbeidet plan- og strategigrunnlag i helse- og omsorgsetaten. Tjenestene er innrettet etter BEON-prinsippet, som er etablert organisatorisk praksis og godt kjent blant ansatte på alle nivå. Det forventes utfordringer som følge av demografisk og helsemessig utvikling. Disse er klart identifisert, inkludert enkelte svakheter ved egen innretning av dagens tjenestetilbud.

I kapittel 3 undersøkte vi mål og innretning ved dagens eldreomsorg. Vi ser forbedringspunkt og har anbefalinger knyttet til å styrke grunnmuren og lavere trinn i kommunens omsorgstrapp. Her ser vi ikke tilsvarende satsinger og innsats som på høyere trinn. Tjenestetilbudet samlet vurderer vi som forsvarlig i omfang og innretning pr. i dag, men særlig hjemmetjenesten opplever et stadig økende press. Dette baserer vi på egne nøkkeltall, intervju og ekstern dokumentasjon på området (Devold-rapporten). Utover demografisk utvikling mener vi at økende press på tjenestene til dels kan forklares med noe mangelfulle tilbud og muligheter på trinnene rundt hjemmetjenesten i omsorgstrappa. Vi vurderer at kommunen bør videreføre arbeidet med tårn og oppgaveglidning, for å sikre mest mulig bruk av samlet kompetanse innen eldreomsorgen. I tillegg mener vi at det er rom for å utvikle det svært viktige samarbeidet mellom hjemmetjenesten og bestillerkontoret.

I kapittel 4 har vi identifisert utfordringer ved langsiktig planlegging, og arbeidet med å få løftet mål og utfordringer til et overordnet kommune- og samfunnsnivå. Disse er bare i begrenset grad gjenspeilet i overordnet planverk. Vi ser her et spenningsforhold mellom utfordringsbilde, mål og ressursbruk i helse- og omsorgsplanen, og kommunens videre oppfølging på overordnet nivå. Vi mener kommunen bør vurdere tiltak for å motvirke dagens utvikling: Både ansatte og planverk på etatsnivå er klar på at en kommer til å mangle ressurser innen økonomi, kapasitet og kompetanse.

## *Anbefalinger*

Vi har følgende anbefalinger knyttet til kap. 3 (om dagens eldreomsorg: mål og innretning):

Kommunen bør vurdere:

- tiltak for å øke innsatsen innen forebyggende og helsefremmende tjenester, blant annet for å støtte opp om og avlaste hjemmetjenesten nedenfra (jf. BEON-prinsippet)
- videreføring av arbeidet med å sikre best mulig bruk av samlet kompetanse i tjenestene
- tiltak for å utvikle samarbeidet mellom hjemmetjeneste og bestillerkontor, blant annet for å sørge for god og bærekraftig ressursbruk i tjenesten

Vi har følgende anbefalinger knyttet til kap. 4 (om langsiktig planlegging innen eldreomsorgen):

Kommunen bør vurdere:

- tiltak for å gjenspeile mål og utfordringer i eldreomsorgen i overordnet planverk og praksis
- tiltak for å motvirke framtidig ressursmangel, blant annet ved å:
  - utvide arbeidet med kompetanseplaner og -utvikling til overordnet, strategisk nivå
  - sørge for god involvering av ansatte og tillitsvalgte i videre utviklingsarbeid

# REFERANSER

Revisjonens datagrunnlag er basert på følgende skriftlige og muntlige kilder:

## *Lover og forskrifter*

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, hol.)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pbrl.)
- Lov om folketrygd (folketrygdloven)
- Arbeidsmiljøloven (aml.), med relevante forskrifter (herunder internkontrollforskriften)
- Forvaltningsloven (fvl.)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Meld. St. 15 (2017–2018): *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*
- Meld. St. 24 (2022–2023): *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*
- NOU (2023:4): *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

## *Andre publikasjoner*

Aldring og helse (u.å.): «Demenskartet». Lenke: <https://demenskartet.no/>

Helsedirektoratet (2025a): «Beregning av delmål og samlemaal». Veileder. Lenke: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/beregning-av-delmål-og-samlemaal>

Helsedirektoratet (2025b): «Årsverk med fagutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene». Nettartikkel. Lenke: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet (2020): *Demensplan 2025. Handlingsplan*. Lenke: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2022): «Opptappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten». Handlingsplan. Lenke: <https://www.regjeringen.no/contentassets/98a0bc1f3ef0410d8c4457a1e5ef6a73/no/pdfs/opptappingsplan-for-heltid-og-god-bemanning-i-oms.pdf>

Karmøy kommune (2018): *Plan for habilitering og rehabilitering (2018-2025)*. Lenke: [https://www.karmoy.kommune.no/demokratioginnflytelse/\\_f/p6/id7419857-12e5-4b30-939f-ab612eeddcd4/plan-for-habilitering-og-rehabilitering-2018-2025.pdf](https://www.karmoy.kommune.no/demokratioginnflytelse/_f/p6/id7419857-12e5-4b30-939f-ab612eeddcd4/plan-for-habilitering-og-rehabilitering-2018-2025.pdf)

Karmøy kommune (2021): *Plan for Leve hele livet i Karmøy*. Lenke: <https://www.karmoy.kommune.no/demokratioginnflytelse/demokrati-og-innflytelse/styringsdokumenter-planer/innsyn-i-planer/temaplaner/plan-for-leve-hele-livet-i-karmoy.10383.aspx>

Karmøy kommune (2022): *Kommuneplanens samfunnsdel 2021-2030*. Lenke: <https://www.karmoy.kommune.no/demokratioginnflytelse/demokrati-og-innflytelse/styringsdokumenter-planer/innsyn-i-planer/kommuneplan/kommuneplanen-samfunnsdel.10755.aspx>

Karmøy kommune (2023a): *Helhetlig plan for Helse og omsorg 2023-2028*. Lenke: <https://www.karmoy.kommune.no/demokratioginnflytelse/demokrati-og-innflytelse/styringsdokumenter-planer/innsyn-i-planer/temaplaner/helhetlig-helse-og-omsorgsplan-2023-2028.15029.aspx>

Karmøy kommune (2023b): «Tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester i Karmøy kommune» Versjon vedtatt av kommunestyret 11. desember 2023. Lenke: [https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2\\_2785\\_4295\\_85aa\\_405fceb78f6-742775\\_1\\_A!d-2013333135!RB5wC0?pid=6](https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2_2785_4295_85aa_405fceb78f6-742775_1_A!d-2013333135!RB5wC0?pid=6)

Karmøy kommune (2024): *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Folkehelseutfordringer og ressurser i Karmøy kommune 2024*. Oversiktsdokument. Lenke: [https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2\\_2785\\_4295\\_85aa\\_405fceb78f6-491308\\_1\\_A!d-2013228286!Ik3irE?pid=6](https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2_2785_4295_85aa_405fceb78f6-491308_1_A!d-2013228286!Ik3irE?pid=6)

Karmøy kommune (2025a): «Handlingsprogram 2025-2028, med budsjett og økonomiplan. Kommunedirektørens forslag». Lenke: [https://pub.framsikt.net/2025/karm%C3%B8y/bm-2025-%C3%B8konomiplan\\_2025-2028\\_kommunedirekt%C3%B8rens\\_forslag/#/](https://pub.framsikt.net/2025/karm%C3%B8y/bm-2025-%C3%B8konomiplan_2025-2028_kommunedirekt%C3%B8rens_forslag/#/)

Karmøy kommune (2025b): «Kommunens administrative ledelse». Nettartikkel. Lenke: <https://www.karmoy.kommune.no/kk/kommunens-administrative-ledelse/>

Karmøy kommune (2025c): «Bygger nytt omsorgssenter på Norheim». Nettartikkel. Lenke: <https://www.karmoy.kommune.no/aktuelt-og-nyheter/bygger-nytt-omsorgssenter-pa-norheim.26439.aspx>

Karmøy kommune (2025d): «Tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester i Karmøy kommune» Versjon vedtatt av kommunestyret 15. desember 2025. Lenke: [https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2\\_2785\\_4295\\_85aa\\_405fceb78f6-742774\\_1\\_A!d-2013333135!Iwi6wD?pid=6](https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2_2785_4295_85aa_405fceb78f6-742774_1_A!d-2013333135!Iwi6wD?pid=6)

Karmøy kommune (2025e): «Endringer tildelingskriterier». Saksframlegg til kommunestyret 15. desember 2025, sak 088/25. Lenke: [https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2\\_2785\\_4295\\_85aa\\_405fceb78f6-742776\\_1\\_A!d-2013333135!1haWYF?pid=6](https://www.karmoy.kommune.no/api/presentation/v2/nye-innsyn/filer/v-1249e1a2_2785_4295_85aa_405fceb78f6-742776_1_A!d-2013333135!1haWYF?pid=6)

Karmøy kommune (2026a): «Handlingsprogram 2026-2029, med budsjett og økonomiplan»  
Lenke: [https://pub.framsikt.net/2026/karm%C3%B8y/bm-2026-handlingsprogram\\_2026-2029#/home](https://pub.framsikt.net/2026/karm%C3%B8y/bm-2026-handlingsprogram_2026-2029#/home)

Karmøy kommune (2026b): «Handlingsprogram 2026-2029, med budsjett og økonomiplan. Tjenesteområde: Helse». Lenke: [https://pub.framsikt.net/2026/karm%C3%B8y/bm-2026-handlingsprogram\\_2026-2029#/budsa/orgstructuremain/07](https://pub.framsikt.net/2026/karm%C3%B8y/bm-2026-handlingsprogram_2026-2029#/budsa/orgstructuremain/07)

Karmøy kommune (2026c): «Handlingsprogram 2026-2029, med budsjett og økonomiplan. Tjenesteområde: Omsorg». Lenke: [https://pub.framsikt.net/2026/karm%C3%B8y/bm-2026-handlingsprogram\\_2026-2029#/budsa/orgstructuremain/08](https://pub.framsikt.net/2026/karm%C3%B8y/bm-2026-handlingsprogram_2026-2029#/budsa/orgstructuremain/08)

KS (2025): «Dette er Tørn». Nettartikkel. Lenke: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/torn/dette-er-torn/>

Meld. St. 15 (2017-2018): *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Stortingsmelding. Lenke: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Meld. St. 24 (2022-2023): *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*. Stortingsmelding. Lenke: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

NOU (2023:4): *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Lenke: <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

Riksrevisjonen (2016): *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016)*. Lenke: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>

Riksrevisjonen (2018): *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019)*. Lenke: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>

Rune Devold AS (2022): *Karmøy kommune. Drifts- og ressursanalyse pleie og omsorgstjenester 2022. Styringsdata for kommunene*. Rapport. Dokument oversendt av kommunen.

SSB (2024): «KOSTRA-gruppene». Nettartikkel. Lenke: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/statistikk/kostra-kommune-stat-rapportering/om-kostra/kostra-gruppene>

UKOM (2024): «Funksjonsfall hos eldre som får heimetjenester». Rapport. Lenke: <https://ukom.no/rapporter/funksjonsfall-hos-eldre-som-far-heimetjenester/samandrag>

### *Interne arbeidsdokument (tilsendt fra kommunen)*

Handlingsplan for omsorgstrappens grunnmur i Karmøy kommune

Handlingsplan for å realisere omsorgstrappens andre trinn

Handlingsplan for omsorgstrappens tredje og fjerde trinn

Handlingsplan e-helse Karmøy kommune

Handlingsplan for kompetanse og rekruttering

### *Muntlige kilder*

I rapporten inngår informasjon fra verifiserte individuelle intervju med følgende personer (rolle):

- Kommunalsjef helse og omsorg
- Sektorsjef omsorg
- To virksomhetsledere sykehjem
- Virksomhetsleder hjemmetjeneste
- Avdelingsleder hjemmetjeneste
- Hovedverneombud

I tillegg inngår informasjon fra verifiserte gruppeintervju med følgende personer (rolle):

- Virksomhetsleder og avdelingsleder Bestillerkontoret
- Hovedtillitsvalgte helse og omsorg
- Helsepersonell og ledelse ved sykehjem og i hjemmetjenesten

Det er også foretatt en felles fakta-/statusgjennomgang og spørsmålsrunde med etatsledelsen (kommunalsjef og sektorledere), samt enkelte avklaringer og oppfølgingsspørsmål på e-post.

## Vedlegg

Figur 2.1.3 i tabellform (Kompetanseoversikt innen helse og omsorg, årsverk pr. januar 2026):

Utdanning	Sykehjem	Hjemme- tjenesten	ROP	Fysio/ergo	Helse- stasjon	Legevakt/ legetjenesten	BOM	Aktivitet og avlastning	Bestiller- kontoret	SUM
Aktivitør	1,2	1,6	-	-	-	-	3,2	1,5	-	7,5
Annen stilling med krav om spes. utd.	-	-	6,6	-	-	0,8	1,9	-	-	9,3
Assistent	6,4	8,3	2,9	1,5	-	1,6	10,2	7,9	-	38,7
Barne- og ungdomsarbeider	0,5	2,0	1,0	-	-	-	15,6	7,4	-	26,6
Bioingeniør	-	-	-	-	1,6	1,6	-	-	-	3,2
Ergoterapeut	1,0	2,0	-	5,9	-	-	-	-	-	8,9
Fagarbeider	5,5	2,6	4,8	1,0	-	-	1,7	4,1	-	19,7
Fagarbeider med fagskole	4,2	2,6	3,4	-	0,2	-	8,0	6,8	-	25,1
Fagarbeider med fagsskoleutd. SA	33,9	20,8	16,0	-	-	-	14,2	8,4	-	93,3
Fysioterapeut	-	-	-	4,5	-	-	-	-	-	4,5
Førstesekretær	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	1,0
Helsefagarbeider/Hjelpetleier SA	121,6	77,1	9,5	-	-	-	82,7	29,2	-	320,1
Helsesekretær	-	-	-	-	1,0	3,7	-	-	-	4,7
Helsesykepleier	-	-	-	-	26,6	-	-	-	-	26,6
Jordmor	-	-	-	-	4,1	-	-	-	-	4,1
Juridisk rådgiver	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	1,0
Kokk	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2
Konsulent	3,0	2,8	-	1,0	1,8	-	-	-	1,0	9,6
Leder	5,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	14,0
Leder (avdelingsleder)	16,0	11,0	5,0	1,0	3,0	1,0	9,0	6,0	1,6	53,6
Lege	-	-	-	-	0,2	5,9	-	-	-	6,1
Legespesialist	-	-	-	-	0,6	2,4	-	-	-	3,0
Miljøarbeider	-	1,0	0,5	-	-	-	-	-	-	1,5
Miljøterapeut	3,0	3,0	4,8	-	-	-	13,3	8,7	-	32,8
Omsorgsarbeider	14,5	12,3	-	-	-	-	11,8	5,3	-	43,9
Pleiemedarbeider	30,2	19,2	2,0	-	-	-	15,2	11,0	-	77,6
Psykolog	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	1,0
Saksbehandler	-	-	1,0	-	-	-	-	-	11,0	12,0
Saksbehandler med spesialisering	1,0	-	3,0	-	-	-	-	-	5,0	9,0
Sosialkonsulent	-	-	2,0	-	-	-	-	-	-	2,0
Sosialkonsulent med spesialisering	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	1,0
Sosionom	-	-	-	-	-	-	1,0	1,0	-	2,0
Spesialergoterapeut	-	-	-	2,0	-	-	-	-	-	2,0
Spesialfysioterapeut	-	1,0	-	5,0	-	-	-	-	-	6,0
Spesialkonsulent	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-	1,0
Spesialsykepleier	17,4	11,6	15,0	-	2,0	5,0	2,0	2,7	-	55,8
Spesialvernepleier SA	-	-	5,8	-	-	-	2,0	2,0	-	9,8
Stilling med krav om mastergrad	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8
Sykepleier SA	114,2	59,1	11,1	-	3,7	6,8	6,0	8,5	-	209,5
Vernepleier SA	4,8	5,5	4,2	-	-	-	36,2	27,3	-	77,9
<b>SUM</b>	<b>386,3</b>	<b>245,5</b>	<b>101,6</b>	<b>23,9</b>	<b>45,8</b>	<b>30,8</b>	<b>235,0</b>	<b>138,8</b>	<b>20,6</b>	<b>1 228,1</b>