

Hjemmesykepleien

Sandnes kommune, 2025



INNHOOLD

Oppdraget	4
Sammendrag.....	5
Kommunedirektørens kommentar	9
1 Innledning	10
1.1 Oppbygging av rapporten	11
1.2 Metode	11
1.3 Definisjoner og begrepsavklaringer	12
1.4 Avgrensninger.....	13
1.5 Revisjonskriterier	14
2 Nøkkeltall.....	16
2.1 Politisk målstyring og demografisk utvikling	16
2.1.1 Sentrale politiske vedtak og føringer	16
2.1.2 Forventet demografisk utvikling	20
2.2 Aktivitetsnivå hjemmesykepleien	24
2.2.1 Kommunens egne oversikter	24
2.2.2 Sammenligning med andre kommuner	26
2.3 Vurderinger av nøkkeltall	30
3 Organisering av tjenestene	31
3.1 Revisjonskriterier	31
3.2 Kommunens organisering av tjenestene	32
3.2.1 Nærmere om dagens organisering på området	33
3.2.2 Vurderinger blant ledere og ansatte	37
3.3 Tildeling av tjenester.....	38
3.3.1 Intern organisering ved Samordningsenheten	38
3.3.2 Tjenestetildeling: fag og økonomi	39
3.3.3 Målstyring og forventninger	40
3.4 Vurdering av kommunens organisering.....	42

4	Samhandling og koordinering av tjenestene	44
4.1	Revisjonskriterier	44
4.2	Samhandling og koordinering i hjemmesykepleien.....	45
4.3	Samhandling og koordinering i kommunen.....	48
4.4	Samhandling og koordinering med andre	51
4.5	Vurdering av samhandling og koordinering	52
5	Pleiere og rammebetingelser	55
5.1	Revisjonskriterier	55
5.2	Intervju med ansatte	57
5.3	Vurdering av rammebetingelser.....	60
5.3.1	Strukturelle føringer	60
5.3.2	Ressursmessige føringer.....	61
5.3.3	Arbeidsrelaterte føringer	62
5.3.4	Oppsummering.....	63
6	Brukeres opplevelse av tilbud og tilrettelegging	66
6.1	Fakta.....	66
6.2	Oppsummering.....	69
7	Konklusjon.....	71
	Referanser.....	73
	Appendiks.....	76

OPPDRAGET

Bestilling: Kontrollutvalget i Sandnes kommune bestilte 28.04.2023 en forvaltningsrevisjon av hjemmesykepleien.	Problemstillinger: <ul style="list-style-type: none">• Hvordan er det tilrettelagt for at kommunen skal kunne bidra til å nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo hjemme?<ul style="list-style-type: none">○ Hvordan fungerer organiseringen av pleie- og omsorgsfeltet og hjemmesykepleien?○ Hvordan fungerer samhandling og koordinering mellom hjemmetjeneste og andre sentrale helse- og omsorgstjenester?○ Hvordan er pleiernes rammebetingelser for å kunne jobbe i tråd med målet?○ Hvordan opplever brukerne tjenestetilbudet og kommunens tilrettelegging for at de skal kunne bo hjemme lengst mulig?• I hvilken grad oppnår Sandnes kommune å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?
Formål: Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan hjemmesykepleien i Sandnes kommune arbeider for å nå målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, og hvordan samhandlinga mellom hjemmesykepleien og andre aktuelle tjenester er i kommunen.	

Forvaltningsrevisjonen har vært ledet og utført av forvaltningsrevisor Øystein Lundestad. Arbeidet og rapporten er kvalitetssikret av oppdragsansvarlig innen forvaltningsrevisjon, Svein Kvalvåg. Revisjonen har fulgt Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

SAMMENDRAG

På oppdrag fra kontrollutvalget i Sandnes kommune har Rogaland Revisjon IKS gjennomført en forvaltningsrevisjon av hjemmesykepleien i kommunen. Formålet har vært å undersøke hvordan den arbeider for å nå kommunens mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, og hvordan samhandlinga er mellom hjemmesykepleien og andre aktuelle tjenester i kommunen.

De viktigste funnene våre er:

- Organisering av pleie- og omsorgsfeltet og av hjemmesykepleien er hensiktsmessig, og er godt tilpasset kommunens mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme
- Samhandling og koordinering fungerer i hovedsak godt, særlig innad i hjemmesykepleien og med Samordningsenheten. Vi ser rom for forbedring i samarbeidet på tvers av ulike utførende enheter
- Pleiernes rammebetingelser pr. i dag vurderes som stort sett tilfredsstillende. Betingelsene er avhengige av mange ulike forhold, blant annet demografisk og helsemessig utvikling, i tillegg til lavere dekningsgrad på sykehjem. Flere informanter uttrykker bekymring for de framtidige rammebetingelsene på området, gitt forventet utvikling og utfordringsbilde
- Brukeres og pårørendes opplevelse av tjenestetilbudet er stort sett positiv. Både pleiere og tilbud omtales svært positivt, mens et høyt antall ulike pleiere ved hjemmebesøk oppleves som den største negative faktoren. Brukere trekker også fram dagsentertilbud og felles aktiviteter med andre i tilsvarende situasjon som svært viktige. Pårørende med stor omsorgsbyrde gir uttrykk for at de selv har behov for flere avlastende tiltak
- Hjemmesykepleien arbeider godt med kommunens mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Framover forventes likevel demografisk og helsemessig utvikling å kreve en enda større innsats. Vi ser behov for å styrke lavere trinn i kommunens omsorgstrapp, og for utvidet samarbeid med frivillige og pårørende. Overordnet bør kommunen også se på hva den kan gjøre for å redusere avstanden mellom innbyggernes forventninger og det faktiske tilbudet: Ansatte opplever at mange har høyere forventninger enn hva kommunen reelt kan tilby.

Hovedinntrykk

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hvordan hjemmesykepleien i Sandnes arbeider for å nå kommunens mål, både innad og med andre samarbeidende enheter. Oppdragets første hovedproblemstilling er: «Hvordan er det tilrettelagt for at kommunen skal kunne bidra til å nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo hjemme?» Gjennom ulike delproblemstillinger har vi i fire kapitler (kap. 3-6) undersøkt dette ut fra følgende hovedpunkt eller -tema:

- Organisering
- Samhandling og koordinering
- Pleiernes rammebetingelser
- Brukernes opplevelse

Som det framkommer av våre vurderinger i de aktuelle kapitlene: Vi vurderer at kommunens mål er godt etablert i hjemmesykepleien som organisasjon og blant pleierne i deres daglige praksis. Vi

vurderer ei organisatorisk endring i 2018 med sentralisert ledelse av hjemmesykepleiesonene som viktig for dagens helhetlige og målrettede arbeid på området. Videre ser vi at ansatte på alle nivå har et bevisst forhold til målet. De setter det også i sammenheng med generell demografisk og helsemessig utvikling, og lavere dekningsgrad på kommunens sykehjem. Målet er godt forankret i hjemmesykepleiens organisering og vi formulerer ingen anbefalinger til dette punktet, jf. kap. 3.

Samhandling og koordinering (kap. 4) av tjenestetilbudet fungerer i hovedsak godt. Særlig innad i hjemmesykepleien og overfor Samordningsenheten er det gode rutiner og god praksis for å gi et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til den enkelte brukeren. Våre undersøkelser tilsier også at arbeidet med samhandling og koordinering av tjenestene er satt i god sammenheng med målet om at eldre kan bo lengst mulig hjemme. Hjemmesykepleien arbeider også på en annen og mer forebyggende måte enn tidligere, blant annet med større bruk av såkalte opplæringsvedtak hvor målet er å hjelpe eldre til å være selvgående hjemme lengst mulig.

Ansatte beskriver et svært godt arbeidsmiljø og samarbeid innad i hjemmesykepleien og overfor Samordningsenheten (jf. kap. 4 og 5). Samhandling og koordinering av oppgaver der disse er delt mellom flere utførende enheter (med egne tildelingsenheter) beskrives ikke i samme ordelag. Her peker ansatte i hjemmesykepleien på enkelte utfordringer, både praktisk og organisatorisk sett.

Et eksempel som trekkes fram av flere er fordeling av ansvar og oppgaver med Mestringsenheten om brukere med sammensatte behov innen rus og psykiatri (særlig når helsetilstand, hjelpebehov og vedtak varierer over tid). Selv om enkelte av disse grensetilfellene ikke er mulige å unngå og nødvendigvis vil utfordre enhver spesialisert helsetjeneste, vurderer vi at det på noen områder her er rom for forbedring av kommunens oppfølging. Se våre anbefalinger under for flere detaljer.

Videre uttrykker ansatte på flere nivå at de har lite tid til å gjøre gode kartlegginger av brukernes hjem ved utskrivning fra sykehus eller sykehjem (jf. kap. 4 og 5). Dermed blir det utfordrende for hjemmesykepleien å legge til rette for gode tilpasninger i hjemmet fra første stund. Dette virker igjen negativt inn på målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Tiltak for å bøte på dette er formulert som ei anbefaling fra vår side.

Pleiernes rammebetingelser vurderes å være tilstrekkelige pr. i dag (kap. 5). Våre intervju tilsier at pleierne stort sett mener at forutsetningene er på plass for at arbeidsoppgavene kan bli utført på en god måte og i tråd med kommunens mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Et mindretall blant ansatte mener at det ved hjemmebesøk ikke er tid til å hjelpe eldre med mer enn det nødvendige (som spesifisert i vedtak). Generelt sett beskriver pleierne at de har tid, kapasitet og kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver, i et godt arbeidsmiljø og -felleskap.

Flere ansatte uttrykker en viss grad av bekymring for framtidige rammebetingelser, gitt forventet demografisk og helsemessig utvikling, sett i sammenheng med lavere dekningsgrad på sykehjem. De peker på at denne utviklinga allerede gjør seg merkbar: Ansatte opplever at brukere skrives ut av sykehus med et lavere funksjonsnivå enn før, og at de får plass på sykehjem senere. I takt med dette opplever også hjemmesykepleien lavere funksjonsnivå hos sine tjenestemottakere, noe som også gir tilsvarende behov for mer (og mer spesialisert) hjelp i hjemmet. Disse trekkene finner støtte i nøkkeltall på området: Mottakerne blir ikke flere, men krever flere timeverk (jf. kap. 2).

Brukere og pårørende beskriver i all hovedsak et godt tjenestetilbud. Tilbakemeldinger tilsier at kommunen også arbeider godt med tilrettelegging. Dette gjelder både innen hjemmesykepleien og den pågående vridningen av innsatsen og tiltakene til lavere trinn i kommunens omsorgstrapp.

Særlig pårørende gir uttrykk for at en ønsker flere ressurser og tiltak på området. Mer avlastning for pårørende og flere lavterskeltilbud for brukere trekkes fram. Samtidig er det også bekymring for at framtidig tjenestetilbud ikke vil ligge på samme nivå som dagens ordninger.

Oppsummert er vårt hovedinntrykk at hjemmesykepleien i Sandnes kommune arbeider godt for å nå målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Målet er godt kjent blant ansatte på alle nivå og del av deres daglige praksis. Organisatorisk sett er også hjemmesykepleien innrettet på en måte som fremmer dette arbeidet. Ansatte peker imidlertid på enkelte utfordringer med samarbeid og koordinering med andre utførende enheter. Pleiere og brukere/pårørende er mindre orientert mot de overordnede rammebetingelsene, men beskriver i hovedsak et godt og fungerende tilbud. Flere av dem deler likevel ei bekymring for framtidig tjenestetilbud, i lys av dagens utvikling.

Veien videre

Selv om hovedinntrykket er klart positivt, er det like klart at det vil bli krevende å opprettholde et framtidig tjenestetilbud på samme nivå som i dag. Særlig vektlegger vi her forventet demografisk og helsemessig utvikling, samt lavere dekningsgrad på kommunens sykehjem. Både intervju med ansatte og nøkkeltall på området tilsier at hjemmesykepleien allerede nå erfarer en klar nedgang i funksjonsnivå og en økning i vedtakstimer blant tjenestemottakere.

Dette indikerer en forskyvning av tjenestetilbud og av funksjonsnivå blant brukere på ulike trinn av kommunens omsorgstrapp. Uten tilpasninger i takt med denne utviklinga må en forvente at framtidige tjenestetilbud for eldre og rammebetingelser for ansatte blir mer krevende enn i dag. Vi anbefaler å styrke lavere trinn i kommunens omsorgstrapp for å motvirke denne utviklinga.

Noen sider ved kommunens og hjemmesykepleiens tilnærming kan også forbedres, jf. blant annet våre øvrige anbefalinger. I så måte er det rom for forbedring av dagens kommunale praksis. På et rent organisatorisk nivå er likevel kommunen godt forberedt på framtidens utfordringsbilde, og det arbeides godt i organisasjonen med det faglige utviklingsarbeidet. Slik sett handler utfordringene i større grad om hvordan framtidens behov skal møtes med tilsvarende tilpasninger av tjenestenivå og ressursbruk (penger, plasser og personale). I hovedsak er derimot dette politiske spørsmål, noe som ikke er gjenstand for revisjon eller konkrete anbefalinger.

Anbefalinger

Kommunen bør vurdere:

1. Mulige tiltak for å bedre kulturen for samarbeid mellom utførende enheter
2. Mulige tiltak for å bedre organisering av samhandling og koordinering på tvers av ulike utførende enheter, inkludert tildeling av brukeransvar
3. Tiltak for å styrke lavere trinn i omsorgstrappa, blant annet gjennom forebyggende arbeid, flere dagtilbud, økt kommuneovergripende innsats (jf. stabsressursene i EHR), og utvidet samarbeid med pårørende og frivillige.
4. Mulige tiltak for å sørge for bedre kartlegging av brukeres hjem før hjemmesykepleien skal utføre hjelp, særlig i forbindelse med utskrivning av pasienter fra SUS eller sykehjem

Høringsrunde

Et tidligere utkast av rapporten var på høringsrunde i kommunens administrasjon rundt årsskiftet (16. desember-14. januar). Etter tilbakemeldinger har vi korrigert enkelte faktafeil og oppdatert noe tallmateriale.

Som i andre forvaltningsrevisjoner er også kommunedirektøren bedt om å gi sin kommentar til rapporten. Denne følger etter sammendraget, under en egen overskrift.

Takk til alle i Sandnes kommune som har bidratt med informasjon til revisjonen og med innspill i høringsrunden. En særlig takk til fagleder Elisabeth Øverland i kommunen for all koordinering av avtaler og datainnsamling. Det som måtte gjenstå av faktafeil i rapporten står for utførers regning.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Revisjonsrapporten gir en grundig og bred gjennomgang av revisjonens oppsatte mål og problemstillinger. Rapporten viser at hjemmesykepleien er organisert på en hensiktsmessig måte, tilpasset målet om at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Revisjonen viser også at hjemmesykepleien gir kvalitetsmessig gode tjenester, og at samhandling og koordinering i all hovedsak fungerer godt. Tjenestene drives ressursmessig effektivt og samordnet.

Rapporten avdekker få svakheter, og kommunen oppfatter at anbefalingene ikke gis som følge av avvik/ store mangler, men som anbefalinger til videre utvikling.

Hovedfunnene i rapporten er kjent for kommunen, deriblant utfordringene fremover knyttet til tilpassing av tjenestenivå og ressursbruk. Det gleder oss at funnene viser at brukere og pårørende omtaler pleiere og tjenesten svært positivt.

Revisjonsrapporten kommer med følgende fire anbefalinger som kommunen bør vurdere:

1. Mulige tiltak for å bedre kulturen for samarbeid mellom utførende enheter
2. Mulige tiltak for å bedre organisering av samhandling og koordinering på tvers av ulike utførende enheter, inkludert tildeling av brukeransvar
3. Tiltak for å styrke lavere trinn i omsorgstrappa, blant annet gjennom forebyggende arbeid, flere dagtilbud, økt kommuneovergripende innsats (jf. stabsressursene i EHR), og utvidet samarbeid med pårørende og frivillige.
4. Mulige tiltak for å sørge for bedre kartlegging av brukeres hjem før hjemmesykepleien skal utføre hjelp, særlig i forbindelse med utskrivning av pasienter fra SUS eller sykehjem

Om anbefalingene:

Kommunen har flere pågående prosesser og prosjekter for å videreutvikle tjenestetilbudet. Funn og anbefalinger i rapporten vil være til stor hjelp, og tas med i det videre arbeidet.

Vi skal revidere samarbeidsrutinene mellom Samordningsenheten, Mestringsenheten og Enhet for hjemmetjeneste og rehabilitering (EHR). Ordningen med egne samarbeidsmøter knyttet til konkrete saker videreføres.

Kommunen vil også fortsette arbeidet med å styrke lavere trinn i omsorgstrappa, eksempelvis åpner vi et nytt avlastningstilbud, tilsvarende Lysthuset i januar 2025.

Virksomheten har i samarbeid med Samordningsenheten, startet et arbeid med å kartlegge hjemmene i forhold til arbeidsmiljø for de ansatte før en iverksetter tjenestene.

Med hilsen

Bodil Sivertsen
Kommunedirektør

Elin Selvikvåg
direktør, helse og velferd

1 INNLEDNING

Sandnes kommune har som mål at eldre skal leve aktive liv og kunne bo hjemme lengst mulig.¹ Dette målet handler både om faglige anbefalinger² og egne ønsker blant de eldre.

Målet henger også sammen med demografisk og økonomisk utvikling: Eldrebølgen vil bare øke i størrelse, og vil bli stadig mer utfordrende for landets helse- og omsorgstjenester. Selv med gode forebyggende tiltak må kommune-Norge forberede seg på en betydelig økning i egen ressursbruk (penger, plasser og personale). Hvordan utfordringene løses er et felles, politisk ansvar. Ett viktig bidrag her er at flere eldre har et aktivt liv og at de klarer seg selv best mulig, lengst mulig.

For å oppnå målet er hjemmesykepleiens rolle avgjørende. Kontrollutvalget i Sandnes har i lys av dette bestilt en forvaltningsrevisjonsrapport fra Rogaland Revisjon IKS. Vi har hatt i oppdrag å undersøke hvordan hjemmesykepleien arbeider for å nå målet om at eldre kan bo lengst mulig hjemme, og hvordan samhandlinga er mellom hjemmesykepleien og andre tjenester i kommunen.

I oppdraget er det formulert seks problemstillinger som revisjonen forsøker å besvare i rapporten. Her er det to hovedproblemstillinger som er direkte knyttet til kommunens mål. Disse går igjen som gjennomgående tema i hele rapporten. Revisjonens utgangspunkt er hjemmesykepleien og dens bidrag til målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, men det sees også til andre, samhandlende tjenester. Den første problemstillinga er:

- Hvordan er det tilrettelagt for at kommunen skal kunne bidra til å nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo hjemme?

Denne problemstillinga blir undersøkt fra flere perspektiver. Som avtalt ser revisjonen nærmere på fire forhold som vurderes å være av særlig betydning. Disse forholdene er i oppdraget satt opp som egne delproblemstillinger, og er undersøkelser som handler om:

- organisering (kap. 3)
- samhandling og koordinering mellom tjenester (kap. 4)
- rammebetingelser for pleierne i hjemmesykepleien (kap. 5)
- brukeres opplevelse av tilbudet og tilrettelegging (kap. 6).

Ut fra undersøkelsene av disse forsøker revisjonen å besvare den andre hovedproblemstillinga:

- I hvilken grad oppnår Sandnes kommune å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?

Dette blir gjort i et oppsummerende kap. 7, hvor revisjonen også har konkluderende merknader.

Ovenfor er det gitt en kort sammenfatning av bakgrunn og formål for oppdraget. I resten av dette innledende kapittelet gjøres det kort rede for andre formalia som inngår i rapportgrunnlaget. Kap. 1 gir dermed leseren en oversikt over følgende momenter ved denne forvaltningsrevisjonen:

1.1. Oppbygging av rapporten

1.2. Metode

¹ Se blant annet de to siste kommunale omsorgsplanene, jf. Sandnes kommune (2017) og Sandnes kommune (2024).

² Se blant annet *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017-2018)) og *Fellesskap og meistring* (Meld. St. 24 (2022-2023)).

- 1.3. Definisjoner og begrepsavklaringer
- 1.4. Avgrensninger
- 1.5. Revisjonskriterier

1.1 OPPBYGGING AV RAPPORTEN

Rapporten er bygget opp rundt oppdragets ulike problemstillinger. Som allerede nevnt er det to overordnede problemstillinger som er gjennomgående tema i hele rapporten. Begge er knyttet til kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, med et særlig fokus på hvordan kommunens hjemmesykepleietjeneste arbeider for å nå dette målet.

Etter innledningskapittelet presenterer vi et utvalg nøkkeltall (kap. 2). Dette tallmaterialet er ment å være relevante, rent faktiske beskrivelser av tingenes tilstand på området; nærmere vurderinger av hva de mer konkret betyr for vår kontekst kommer først i senere kapitler.

Kapittel 3-6 tar for seg de ulike delproblemstillingene i oppdraget. Hvert kapittel starter med våre faktabeskrivelser av et nærmere avgrenset område. Vi går deretter over til å gi mer konkrete vurderinger og ev. anbefalinger ut fra dette faktagrunnlaget. Våre vurderinger og anbefalinger er igjen forankret i standarder for god praksis på området, formulert som et utvalg revisjonskriterier. Disse kriteriene måler kommunens praksis opp mot krav, føringer og forventninger på området.

Avslutningsvis følger en konklusjon i kapittel 7 hvor revisjonen forsøker å besvare den siste av de to hovedproblemstillingene: I hvilken grad oppnår Sandnes kommune å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig?

Helt til sist, under overskrifta «Referanser», er det ført opp en fullstendig oversikt over skriftlige og muntlige kilder som inngår i rapportgrunnlaget, inkludert intervjuer.

1.2 METODE

Revisjonen har benyttet ulike metoder til å analysere datamaterialet som inngår i rapporten. Dette materialet stammer i hovedsak fra dokumentgjennomgang, statistiske analyser og kvalitative intervju med et utvalg sentrale personer. Dokumenter og tallmateriale er tilsendt Rogaland Revisjon av kommunen eller er offentlig tilgjengelige fra andre kilder. Oversikt over samtlige kilder som inngår i rapporten er anført avslutningsvis, under overskrifta «Referanser».

Dokumentene og tallmaterialet er gått gjennom og analysert av Rogaland Revisjon i lys av problemstillingene. Enkelte data er fulgt opp i intervju eller annen, senere korrespondanse med kommunen. Utover dette er materialet analysert ut fra standard metodebruk for hhv. tekst- og tallmateriale. Vurderinger av relevans, representativitet, statistisk sannsynlighet osv. framkommer i de enkelte kapitlene, ved anvendelse av materialet på problemstillingene.

Intervjuene er gjennomført som såkalt semistrukturerte intervju, med et forhåndsdefinert sett av spørsmål. Samtidig kunne intervjueren følge opp interessante samtalesvar når disse dukket opp. Der det har vært mulig og relevant, er de samme spørsmålene stilt til alle informanter, med noen

tilpasninger ut fra roller og oppgaver. Alle intervju ble nedtegnet i notatform underveis, og er i ettertid verifisert av informanten.

Utvalget av informasjon som inngår i rapporten er gjort av Rogaland Revisjon, ut fra selvstendige vurderinger av oppdrag, problemstillinger og datamateriale. Prosjektleder ønsker å takke fagleder Elisabeth Øverland i Sandnes kommune for all hjelp med å få tak i datamateriale og å koordinere arbeidet med intervjuavtaler.

1.3 DEFINISJONER OG BEGREPSAVKLARINGER

Dersom ikke annet er oppgitt, har revisjonen forsøkt å overensstemme begrepsbruken i rapporten med ordlyden i lov- og regelverk og i kommunal og etablert faglig praksis på området. I tråd med praksis i hjemmesykepleien omtaler vi mottakere av tjenester fra hjemmesykepleien ikke primært som «pasienter», men «brukere», jf. disse begrepene i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.), se hhv. § 1-3 bokstav a og f.

Det er for så vidt en distinksjon mellom «pasient» og «bruker» her, men som vi av flere grunner ikke følger videre opp i rapporten. Dels handler dette om at begrepene i dagligtale gjerne blir brukt om hverandre, dels er begge gruppene mottakere av tjenester fra hjemmesykepleien, og dels er mandatet formulert ut fra disse forutsetningene. Det er ikke nødvendig for rapporten å trekke denne distinksjonen, all den tid oppdraget er å ta for seg (eldre) mottakere av hjemmesykepleiens tjenester.

Derfor: De eldre innbyggerne i Sandnes kommune som mottar tjenester fra hjemmesykepleien og som dermed er i hovedfokus i denne rapporten, omtaler vi som «brukere». Noen steder omtaler vi den samme gruppa som «tjenestemottakere» eller tilsvarende: De mottar en tildelt tjeneste fra kommunens hjemmesykepleie, og faller dermed innunder rapportens begrepsbruk.

Kommunens mål om at «eldre» skal kunne bo lengst mulig hjemme favner dermed både videre og snevrere enn innbyggerne som mottar tjenester av hjemmesykepleien («brukerne»). Det favner videre ettersom det omfatter mange eldre som (ennå) ikke mottar slike tjenester, og snevrere fordi ikke alle tjenestemottakere er eldre – pr. 20. november 2024 er 23,2 % av brukerne under 67 år, ifølge kommunens egne oversikter.

Det ligger her ingen motsetning i at revisjonsoppdraget er å se på hjemmesykepleiens arbeid med å oppfylle målet om at flere eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Likevel: Det er naturlig at revisjonen har størst fokus på de eldre pasientene som hjemmesykepleien følger opp på fast basis.

I tråd med dette vil «eldre» i rapporten vise til alle innbyggere i Sandnes som er minst 67 år (og dermed er omfattet av kommunens mål), mens utvalget av eldre som hjemmesykepleien følger opp blir i rapporten omtalt som «brukere», «tjenestemottakere» e.l. Også her har det vært naturlig å ha hovedfokus på tjenestemottakere som er minst 67 år, ettersom dette er den mest aktuelle gruppa for kommunens mål. Dersom omtale eller vurderinger i revisjonen også omfatter brukere under 67 år, vil altså dette bli presisert.

Ett begrep har vært noe utfordrende å definere i revisjonen. Dette gjelder «rammebetingelser», som er omtalt i mandatet, i ei problemstilling relatert til pleiernes utøvelse av sitt arbeid. Begrepet er ikke entydig definert i faglitteratur eller lov- og regelverk på området, og kan i prinsippet vise

til et nærmest uendelig antall forutsetninger for pleiernes arbeid. For revisjonens del har det vært nødvendig å gjøre noen pragmatiske avklaringer og avgrensninger ved bruk av termen.

Med «rammebetingelser» menes i denne rapporten tre hovedgrupper forutsetninger eller forhold som gir klare føringer for hvordan hjemmesykepleierne kan og skal utføre sitt arbeid:

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

Rapporten kommer mer konkret inn på disse føringene i kap. 5, som nettopp tar for seg pleiernes rammebetingelser for å kunne arbeide i tråd med kommunens mål.

1.4 AVGRENSNINGER

Revisjonen har kommunens hjemmesykepleie som sitt utgangspunkt, og rapporten dreier seg om kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Samtidig skal den også se til organisering, samhandling og koordinering med andre aktører på området, og forsøke å gi et innblikk i rammebetingelser til pleiere og i tjenestemottakeres opplevelse av tilbudet, som klargjort i prosjektmandatet.

Dette er et tydelig definert oppdrag, men som samtidig tar for seg flere rimelig omfattende tema som alle kan undersøkes i stor detalj. Disse kan trekke rapporten i flere ulike retninger, noe som vil gå på bekostning av både presisjon og helhet i rapporten. Det er av den grunn ekstra viktig å være tydelig på hva som faller innenfor og utenfor denne forvaltningsrevisjonen.

Revisjonen tar utgangspunkt i problemstillingene slik disse er formulert i mandatet og vedtatt av kommunens kontrollutvalg. Selv om det naturlig nok også fins andre relaterte forhold som kunne ha vært av interesse for både politisk og administrativt nivå i kommunen, framkommer disse bare i begrenset grad i rapporten.

Ett unntak fra dette er et forhold som ikke er omtalt i mandatet, men som likevel benyttes som et referansepunkt flere steder i rapporten. Dette er kommunens omorganiseringer på området i 2018. Da gikk en bort fra en desentralisert modell for hjemmetjenesten, og samlet bydelsvise tjenester i en felles enhet, sammen med korttidsrehabilitering. Etter dette har hjemmesykepleien ikke ligget til sonene, men er samlet i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR).³ Rapporten er ikke ment som ei evaluering av denne omorganiseringa, men det har flere steder vært naturlig å vise til denne for å utdype hvordan hjemmesykepleien er organisert og arbeider. Den nye organiseringa har også vært et naturlig referansepunkt for flere av revisjonens vurderinger.

Utover dette er revisjonen forsøkt avgrenset til de nevnte problemstillingene i mandatet, og med en begrepsbruk som følger relevante lov- og regelverk og definisjoner på området, jf. blant annet kap. 1.3 over. Som omtalt der er «rammebetingelsene» definert som (og avgrenset til) summen av

³ Omorganisering ble politisk behandlet og vedtatt i Sandnes bystyre april 2018 (sak 32/18). Også andre organisatoriske grep andre år er av betydning, og blir omtalt i rapporten. Vedtatt omorganisering i 2018 er likevel det mest tydelige skillet mellom dagens ordning og tidligere ordning. Mer om dette i kap. 3.

tre hovedgrupper av ytre føringer for hjemmesykepleiernes arbeid: strukturelle, ressursmessige og arbeidsrelaterte. Dette er nærmere konkretisert i kapittel 5 i rapporten.

Det påfølgende kapitlet (kap. 6) tar for seg brukernes opplevelse av hjemmesykepleiens tilbud og tjenester. I tråd med mandatet er også dette brukerperspektivet avgrenset til opplevelser av tilbud og tjenester for å oppnå kommunens mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Avgrensningene nevnt over gir revisjonen en retning og et fokus. Det gjør også at rapporten ikke undersøker alle forhold som ville ha vært naturlig å se nærmere på dersom oppdraget hadde vært å revidere hjemmesykepleien helt generelt. Rapporten inneholder for eksempel ikke anbefalinger om organisering og samhandling rent allment. Den foretar heller ikke en detaljert gjennomgang av alle sider ved pleiernes rammebetingelser eller brukernes opplevelser. Hovedmålet er å svare ut oppdraget om hvordan hjemmesykepleien i Sandnes arbeider med ett bestemt kommunalt mål.

1.5 REVISJONSKRITERIER

Revisjonen er gjennomført i henhold til oppdraget og Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). En viktig del av dette er å gjennomføre revisjonen i tråd med nærmere definerte revisjonskriterier.

Revisjonskriterier er elementer som inneholder krav, normer og/eller standarder, og vil bli brukt til å vurdere funn i de undersøkelser som gjennomføres. Kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, for eksempel lovverk og politiske vedtak. Revisjonskriterier som er utledet av lov, forskrift og interne retningslinjer og lignende er *skal*-krav, mens revisjonskriterier som er utledet av forskning og lignende er *bør*-krav.

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
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8
- Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre
- Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime
- Lokale retningslinjer/mål
 - Omsorgsplan 2017-2030 – «En god hverdag – for alle!»
 - Omsorgsplan 2024-2030 – «Sandnes blir eldre!»
 - Omsorgstrappen - LEON-prinsippet
 - Prosjektet «Sandnes blir eldre»

Hver problemstilling i oppdraget er dermed vurdert opp mot nærmere definerte revisjonskriterier. Disse framkommer i starten av hvert kapittel av rapporten, og utgjør standarden som kommunens praksis måles opp mot.⁴ Rapportens funn og anbefalinger tar også utgangspunkt i disse kriteriene.

⁴ Dersom problemstillingene ikke er normative, men er rent deskriptive og kun skal *beskrive* oppfatninger og/eller kommunal praksis på et område, er det heller ikke utledet revisjonskriterier. I denne revisjonen er dette tilfelle for kap. 6 om brukernes opplevelse av tilbudet og av tilrettelegging. Vi kommer der tilbake med flere detaljer om dette.

2 NØKKELTALL

Vi skal i kap. 3-6 gå inn på de ulike problemstillingene i oppdraget. Før vi kommer så langt vil det være hensiktsmessig å gi en nærmere oversikt over aktivitetsnivå og generelle utviklingstrekk på hjemmesykepleiens område. Dette vil gi oss et bedre bilde av dagens situasjon og av forventet utvikling i årene framover. Her i kap. 2 presenterer vi et utvalg nøkkeltall om følgende forhold:

- 2.1. Politisk målstyring og demografisk utvikling
- 2.2. Aktivitetsnivå hjemmesykepleien
- 2.3. Vurdering av nøkkeltallene

2.1 POLITISK MÅLSTYRING OG DEMOGRAFISK UTVIKLING

2.1.1 SENTRALE POLITISKE VEDTAK OG FØRINGER

Hjemmesykepleiens ansvar og oppgaver må nødvendigvis forstås i en større kontekst. Sentrale stikkord her er juridisk og økonomisk rammeverk, politiske vedtak, administrativ organisering og demografisk utvikling. Endringer på ett av områdene vil fort føre til endringer på et annet.

Vi kommer tilbake til flere av disse forholdene senere i rapporten,⁵ men starter her med å skissere viktige kommunale føringer og utviklingstrekk på det politiske området. For å opprettholde fokus gjennom rapporten undersøker vi dette i lys av tema for oppdraget vårt, dvs. kommunens mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

De lange linjene for et område som hjemmesykepleien tegnes gjerne opp i plan- og strategiarbeid på helse- og velferdsfeltet i kommunen. I det følgende gjengir vi hovedmomenter og dermed også utviklingstrekk knyttet til vårt tema i de to siste omsorgsplanene, fra hhv. 2017 og 2024.

I omsorgsplanen *En god hverdag – for alle!* (2017-2030) vises det eksplisitt til at kommunens mål og de kommende demografiske endringene vil kreve ei styrking av hjemmetjenesten (og hjemmesykepleien):

Kommunens målsetting er at flest mulig skal bo i eget hjem så lenge som mulig med nødvendige omsorgstjenester. Dette vil kreve en styrking av hjemmetjenesten i årene som kommer. Hjemmetjenesten skal ha fokus på hva som er viktig for brukerne og fokusere på mestring av hverdagen (Sandnes kommune 2017: 10).

Samme sted gjøres det et anslag om forventet aktivitetsnivå i hjemmesykepleien for planperioden (gitt uforandret behov og tildelingsfrekvens). Med forventet demografisk utvikling vil også antall mottakere øke betraktelig. I tabellen under er anslagene som ble gjort da (med reelle tall for 2017 og prognoser for resten av planperioden):

⁵ Flere forhold som også henger sammen med politiske vedtak og føringer vil bli gjennomgått senere, blant annet (den politisk vedtatte) omorganiseringa av hjemmesykepleien i 2018. Denne blir nærmere gjennomgått i kap. 3. Juridisk og økonomisk rammeverk er naturlig nok også resultat av politiske beslutninger, men er ikke eget tema her.

Tabell 2.1.1.1. Anslag pr. 2017 om antall mottakere hjemmesykepleietjenester (2017-2030)

	2017	2020	2025	2030
0-66 år	272	280	297	312
67-79 år	288	327	387	429
80 år +	594	645	801	1041
SUM	1154	1252	1485	1782

Kilde: Sandnes kommune (2017: 10)

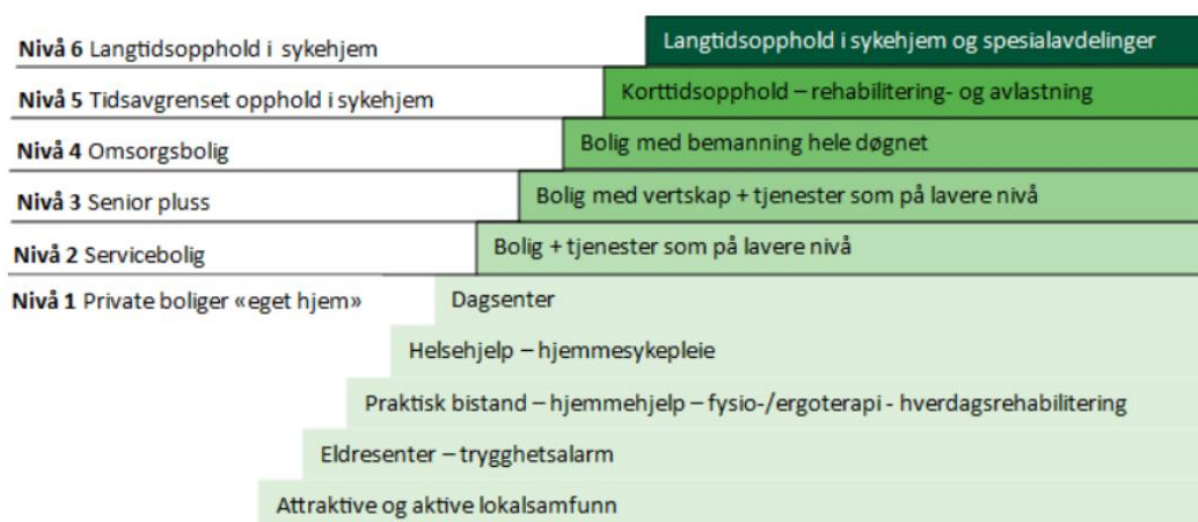
Som vi ser av tabellen: Gitt samme tildelingspraksis (og andre forhold) som i 2017 ville de demografiske endringene føre til en betydelig økning i antall brukere i hjemmesykepleien utover planperioden. Det var forventet brukervekst i alle aldersgrupper, men særlig i den eldste gruppa: Blant innbyggere som er 80 år eller eldre tilsvarer forventet økning fra 2017 til 2030 en vekst på 75,2 %. Samlet brukervekst er i 2017 anslått til 628 flere mottakere, en økning på 54,4 %.

Men, som vi innledet med: Hjemmesykepleiens ansvar og oppgaver må også sees i sammenheng med utvikling på andre områder. Et viktig forhold er antall heldøgns plasser og dekningsgrad for dette i kommunen. I likhet med mange andre kommuner og helsetjenester praktiserer Sandnes det såkalte LEON-prinsippet. LEON står for laveste effektive omsorgsnivå, og handler om at tilbud i helsevesenet skal tildeles på det lavest mulige omsorgsnivået hvor det har ønsket virkning/effekt.

I vår kontekst betyr dette at oppgaver som kan løses på nivået til hjemmesykepleien (eller lavere), skal løses der og ikke i omsorgsboliger eller sykehjem (heldøgns plasser). Dette skal sørge for et godt og tilpasset tjenestetilbud til alle innbyggere, gradert etter behov og utformet på et vis som sørger for best mulig bruk av begrensede ressurser (penger, plasser og personale).

Figuren under beskriver LEON-prinsippet i praksis i Sandnes kommune, med en «omsorgstrapp» for de ulike kommunale omsorgstilbudene.

Figur 2.1.1.1. LEON-prinsippet i praksis (Sandnes kommune)



Kilde: Sandnes kommune (2024: 8).

I omsorgsplanen fra 2017 ble begrepet «dekningsgrad» diskutert, og hvilket måltall kommunen skal ha her:

Dekningsgrad er et begrep som ofte blir brukt som måltall for heldøgns plasser.

Dekningsgraden gjenspeiler hvor mange plasser som disponeres i forhold til befolkningen som er 80 år og eldre. Det er usikkert hvor stor dekningsgraden bør være og om det er det rette måltallet (Sandnes kommune 2017: 14).

Planen gikk deretter videre til å beskrive ulike scenarier og utbyggingsbehov for heldøgns plasser gitt en dekningsgrad på hhv. 20 % eller 22 % (jf. *ibid.*). Med en dekningsgrad på 23 % i 2017 var det likevel behov for å bygge flere sykehjemsplasser eller andre plasser med heldøgnsbemanning i planperioden, dette for å ta høyde for den demografiske utviklinga. Senere vurderinger har gått ut fra en klart lavere dekningsgrad. Vi kan her sammenligne anslagene for kapasitet og behov for hhv. 2017 og 2024, forstått som disponibelt antall heldøgns plasser og dekningsgrad:

Tabell 2.1.1.2. Anslag pr. 2017 om kapasitet og behov heldøgns plasser Sandnes (2017-2030)

	2017	2020	2025	2030
Antall plasser (pr. 31.12.)	499	507	507	507
Antatt behov ved 22 % dekningsgrad	478	519	645	837
Behov for nye plasser (v/22 % dekning)	-21	12	138	330
Antatt behov ved 20 % dekningsgrad	435	472	586	761
Behov for nye plasser (v/20 % dekning)	-64	-35	79	254

Kilde: Sandnes kommune (2017: 10)

Tabell 2.1.1.3. Anslag pr. 2024 om kapasitet og behov heldøgns plasser Sandnes (2022-2039)

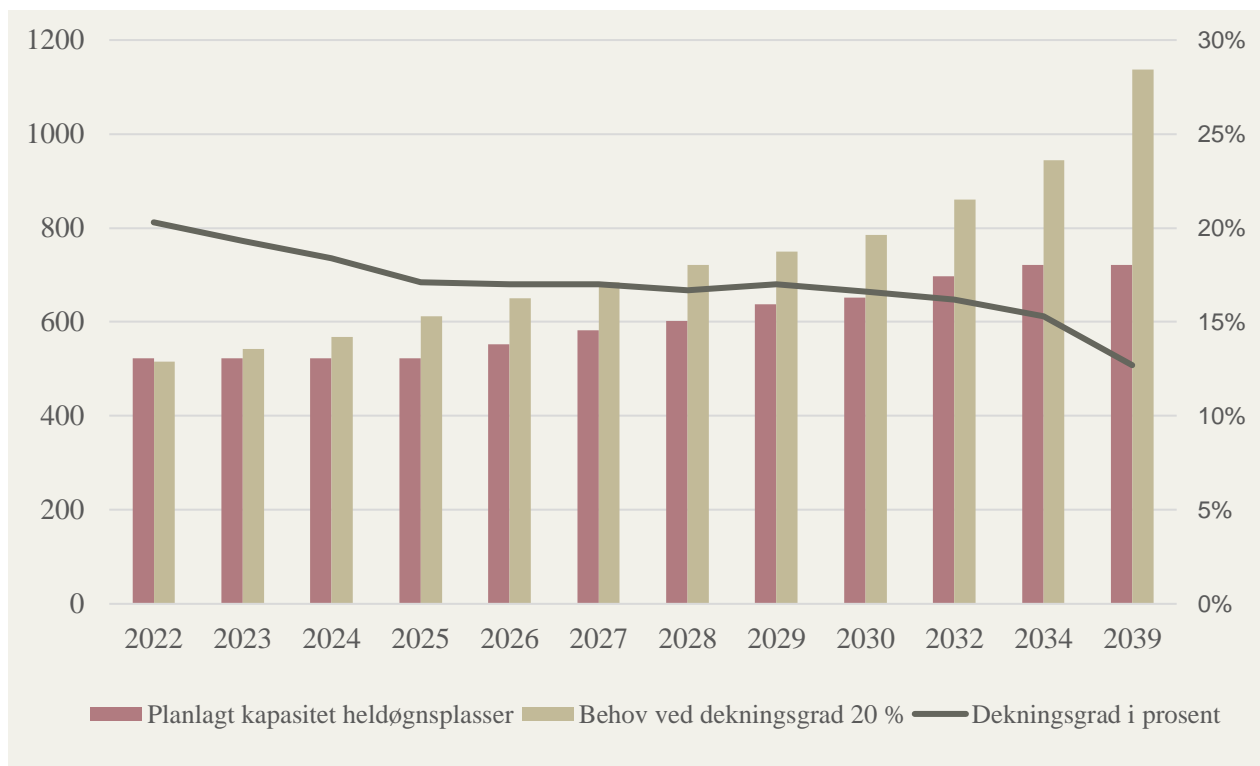
	2022	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2039
Plasser (pr. 1.1.2025)	523	523	523	523	523	523	523	523	523	523	523	523
Lunde				14	14	14	14	14	14	14	14	14
Sørbo			30	45	65	65	65	65	65	65	65	65
Hana "skole"								20	45	70	70	70
Lunde						35	50	50	50	50	50	50
Sum pr. 31.12	523	523	553	582	602	637	652	672	697	722	722	722
Dekningsgrad (i prosent)	20,3	17,1	17,0	17,0	16,7	17,0	16,6	16,4	16,2	16,1	15,3	12,7

Kilde: Sandnes kommune (2024a)

Selv med en dekningsgrad på 20 % – dvs. at antall plasser med heldøgnsbemanning tilsvarer en femtedel av alle innbyggere over 80 år – var det ut fra prognosene i 2017 behov for å etablere 254 nye plasser for å dekke forventet behov i 2030. Dette ville ha tilsvart en økning på 52,5 %. Uten disse plassene måtte en ha basert seg på å følge opp innbyggerne på lavere trinn i omsorgstrappa.

Som vi ser av tabell 2.1.1.3: I kommunens siste handlings- og økonomiplan (2025-2028) ble antall disponible heldøgns plasser pr. 1.1.2025 oppgitt å være 523 (jf. Sandnes kommune 2024a). Her er det tatt høyde for en videreutbygging av kapasitet (til 722 plasser fra og med 2033). Selv med denne planlagte utbygging av 199 nye plasser, forventes dekningsgraden å være nede i 12,7 % i 2039. Med andre ord: Dekningsgraden forventes å gå betydelig ned, selv med en planlagt klar økning i kapasitet, jf. inneværende handlings- og økonomiplan. Dette er illustrert i følgende figur:

Figur 2.1.1.2. Kapasitet og dekningsgrad heldøgns plasser (Sandnes kommune 2022-2039)⁶



Kilde: Sandnes kommune (2024a)

I figuren er forventet dekningsgrad angitt med heltrukken linje (prosent). Den vil synke fra 2022-nivået på 20,3 % til 12,7 % i 2039. Vi understreker at dette er basert på planlagte nyetableringer av plasser og forventet demografisk utvikling i kommunen. De røde søylene viser planlagt antall heldøgns plasser (gitt planlagte nyetableringer), mens de okergule søylene angir behovet dersom kommunen skulle beholdt en dekningsgrad på 20 % gjennom perioden.

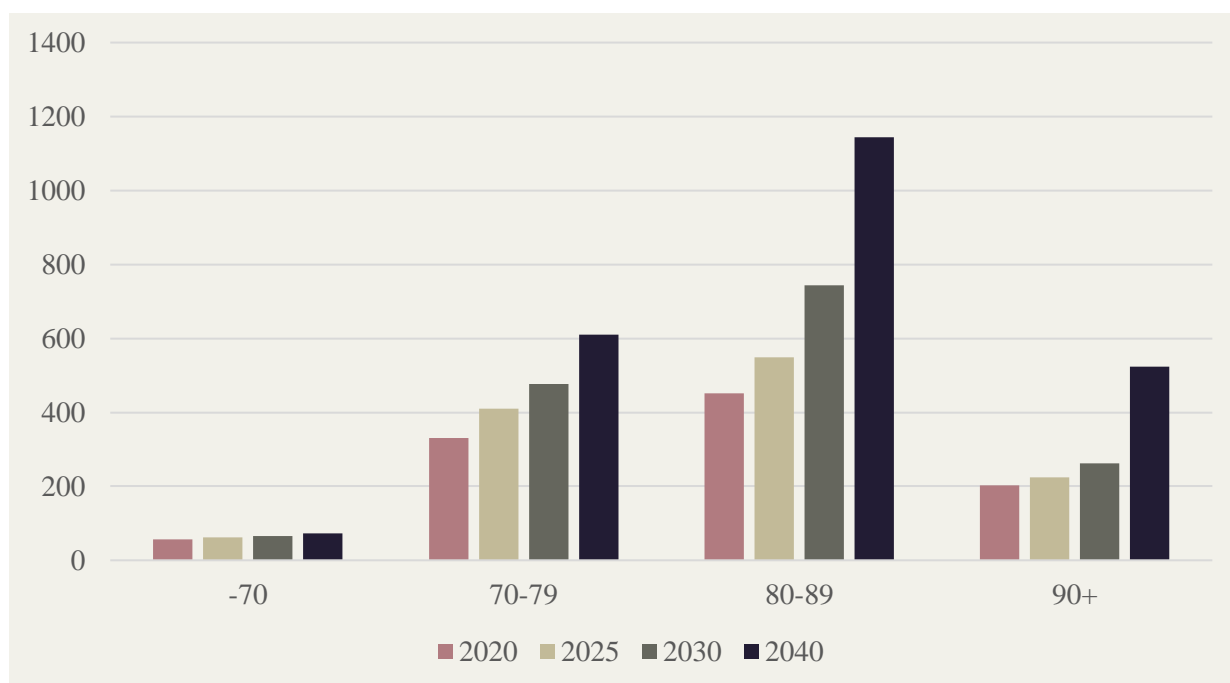
Dette gir altså et oversiktsbilde over forventet kapasitet og dekningsgrad for heldøgns plasser i Sandnes kommune de neste 15 årene. Nevnte handlings- og økonomiplan er klar på at kommunen ikke har ressurser til å opprettholde dagens dekningsgrad på heldøgns plasser, særlig på sykehjem:

⁶ Som en ser av x-aksen: Årstallene er utover aksene ikke kontinuerlige, slik at denne er sammentrukket mot slutten.

Det vil ikke være bærekraftig å øke antall sykehjemsplasser i takt med økningen i antall eldre for å opprettholde samme dekningsgrad som i dag. Mangel på personell vil også gi utfordringer. Sykehjemsplasser må i hovedsak prioriteres til personer med alvorlig demenssykdom eller annen alvorlig sykdom (...) Det er innarbeidet 199 nye heldøgns plasser, men dekningsgraden er likevel synkende i årene fremover (Sandnes kommune 2023).

Med en eldre befolkning øker også forekomsten av alvorlig sykdom, som demens. Også dette er omtalt i forlengelsen av diskusjonen om dekningsgrad i handlings- og økonomiplanen for 2024-2027. Med henvisning til det nasjonale kompetansesenteret «Aldring og helse» anslås det at hele 2349 innbyggere i Sandnes vil ha en demensdiagnose i 2040, mot 1307 personer i 2020. Dette er ei utvikling som vil medføre store endringer for kommunens helse- og omsorgstjenester. Det sier seg selv at hjemmesykepleien får andre oppgaver og mottakere når en øker avstanden til trinnene over dem i omsorgstrappa. Det er også et spørsmål om avstanden til trinnene under følger etter.

Figur 2.1.1.3. Forventet utvikling antall personer med demens (Sandnes kommune 2020-2040)⁷



Kilde: Aldring og helse (2024, demenskart Sandnes kommune), jf. også Sandnes kommune (2024a)

Oppsummert: I alle politiske føringer på området går dekningsgraden ned og vektlegginga av hjemmetjenesten og hjemmesykepleien opp. Også andre viktige tiltak trekkes fram for å ta høyde for eldrebølgen, slik som velferdsteknologi og gode boligløsninger. Men det er tydelige politiske føringer på at mye ansvar og mange oppgaver vil ligge på hjemmesykepleiens skuldre framover.

Dette bildet kan utbroderes når vi nå går over til å se på mer detaljerte oversikter over forventet demografisk utvikling i kommunen.

2.1.2 FORVENTET DEMOGRAFISK UTVIKLING

⁷ Som vi ser: Intervallene utover x-aksen er ikke identiske, slik at denne er sammentrukket mot slutten (for 2040).

Strategisk, langsiktig planarbeid i kommunene er nødvendig for å være i forkant av utviklinga og slik kunne tilpasse tjenestetilbudet til framtidig behov. Dette planarbeidet baserer seg gjerne i stor grad på befolkningsframskrivninger eller -prognoser fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om hva som er forventet demografisk utvikling på ulike områder.

Ut fra prognoser om framtidig sammensetning av antall og ulike typer innbyggere kan kommune-Norge (og andre) gjøre bedre vurderinger av framtidig tjenesteprofil og -behov. Dette gjør at en kan sørge for best mulig planlegging av offentlige tjenestetilbud og dermed gjøre best mulig nytte av hva som er begrensede ressurser (penger, plasser og personale).

Norske kommuners tilnærming til «eldrebølgen» er ett eksempel på dette, hvor SSB med relativt stor grad av sikkerhet kan forutsi omtrentlig antall innbyggere i en bestemt aldersgruppe mange år fram i tid. Utvikling i fødsels- og flyttetall for å predikere behov i barnehage- og skolesektoren er et annet eksempel. Dette er derimot en øvelse med langt flere ukjente faktorer enn ved anslag av antall eldre i en kommune, men inngår likevel i planarbeidet til de fleste kommuner av en viss størrelse.

Befolkningsframskrivninger inngår også i kommunens planarbeid innen helse og velferd generelt og hjemmesykepleien spesielt. Kommunens omsorgsplan for 2024-2030 er ett eksempel på dette, og har den talende tittelen «Sandnes blir eldre». Her uttales det følgende, basert på prognosene:

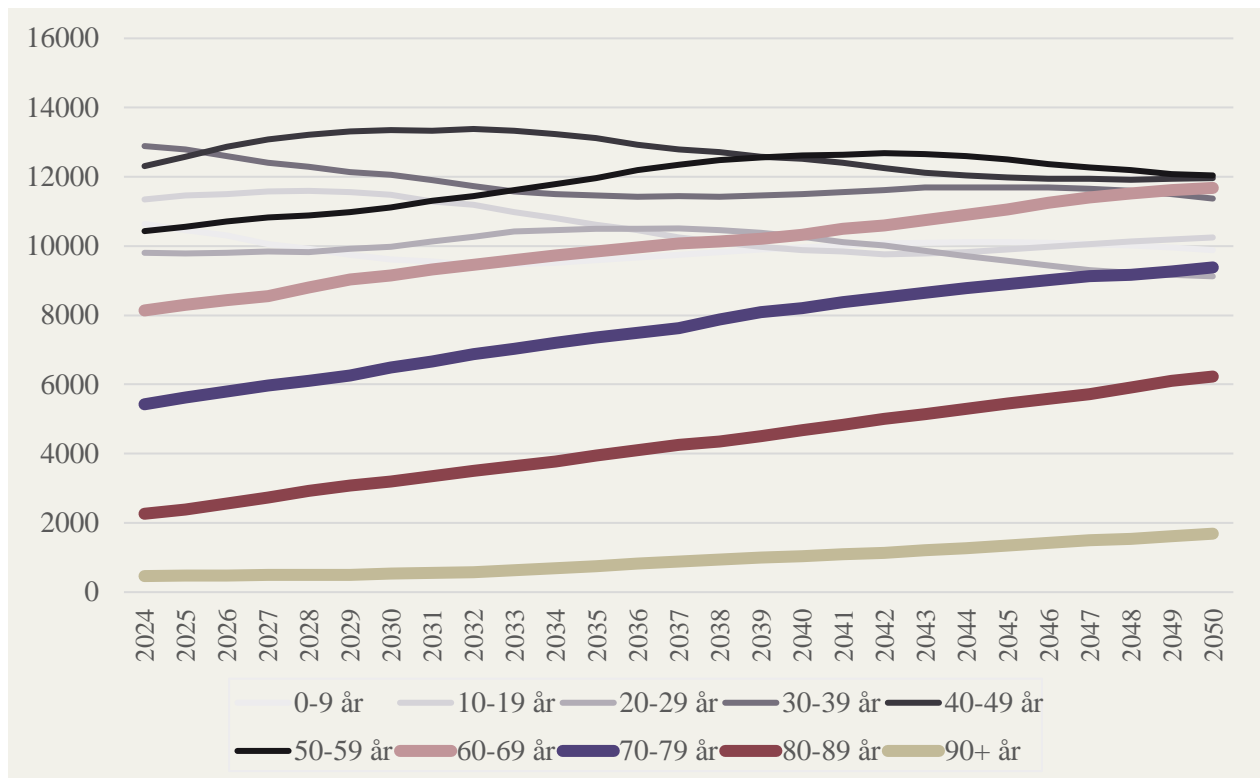
Sandnes står foran en betydelig vekst i aldersgruppene over 67 år i årene som kommer. Andelen i aldersgruppen 80+ forventes å bli mer enn fordoblet i tiden fram til 2040, fra 2 300 personer i 2020 til 5 800 i 2040. Veksten i aldersgruppen 65-79 ventes å øke fra 8300 til 12500 personer i samme periode (Sandnes kommune 2024b: 6).

Behovet for å tilpasse tjenestene og ressursbruken til denne utviklinga er også tydelig formulert, med mer eller mindre direkte henvisninger til hjemmesykepleiens rolle og økte betydning her:

For å møte endringene samtidig med begrensninger i både økonomiske og personellressurser må det satses på tjenester på laveste nivå. Mer tjenester må gis i eget hjem, ulike former for avlastning, digitalisering og velferdsteknologi og utvikling av boformer/boliger som gir innbygger en bedre forutsetning for å mestre hverdagen og være selvhjulpen lenger (ibid.: 7).

Oppdaterte befolkningstall fra SSB på området er tilgjengelig i tabell 14288 (SSB 2024). Dersom vi benytter samme tidshorisont (fram til 2040), ser forventet fordeling av kommunens innbyggere slik ut (i tiårsintervaller):

Figur 2.1.2.1. Framskrevet folkemengde Sandnes kommune (2024-2040, tiårsintervaller)



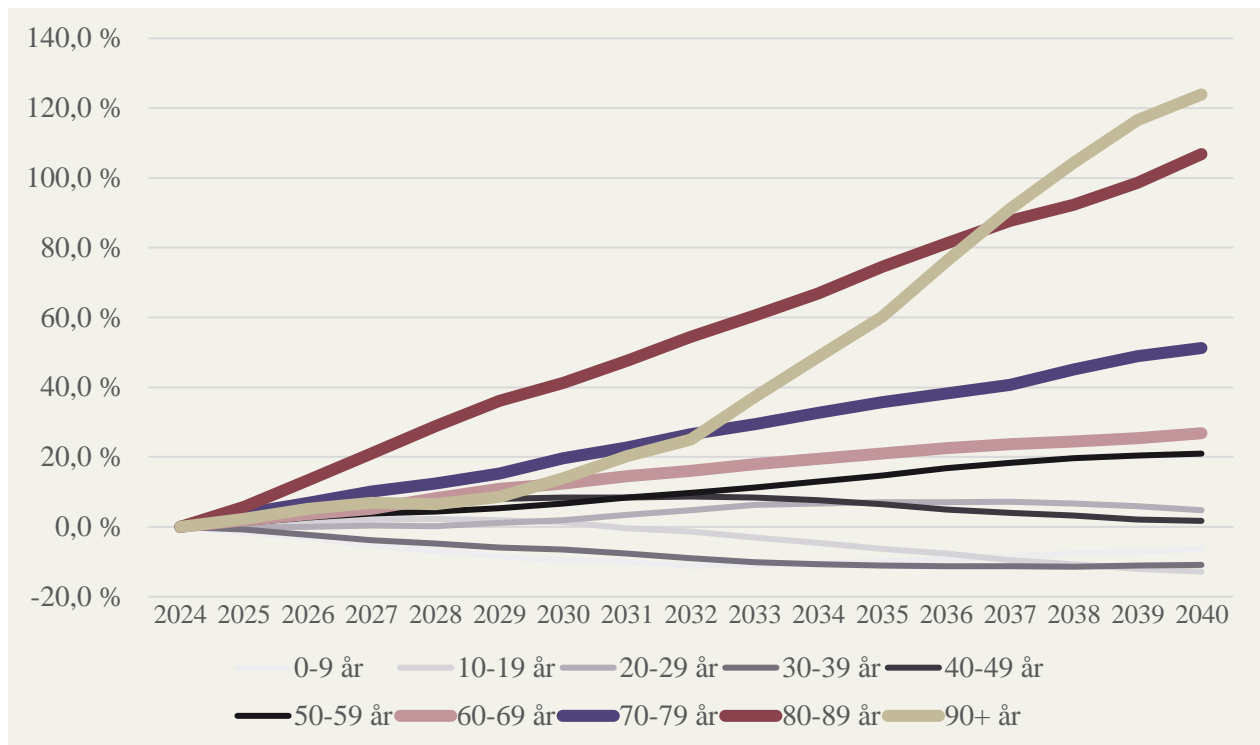
Kilde: SSB (2024)

Med ti grupperinger i figuren blir det nødvendigvis noe vanskelig å skille alle utviklingslinjer fra hverandre. De viktigste å legge merke til er uansett de fire nederste linjene pr. 2024. (Vi har gjort disse linjene tykkere enn de andre, og de er i farger. Øvrige linjer er i svart-hvitt, og blir mørkere i takt med økt alder.) De fargede, tykkere linjene dekker de fire eldste aldersgrupperingene blant innbyggerne, og det blir naturlig nok færre i hver gruppe jo eldre innbyggere intervallet dekker.

I figuren ser vi at den okergule linja nederst beskriver forventet demografisk utvikling blant eldre som er 90 år og eldre. Selv om veksten i antall innbyggere her kan framstå som relativt lav, tilsier prognosene mer enn en dobling i denne aldersgruppa i løpet av perioden (2024: 464; 2040: 1039). Generelt ser vi også at de tre andre tiårene med sterkest vekst er innbyggere i 60-, 70- og 80-åra. Øvrige aldersgrupper forventes å holde seg forholdsvis stabile i antall gjennom perioden.

Dersom vi illustrerer den samme utviklinga som prosentvis vekst (med 2024 som utgangspunkt), vil forventet demografisk endring komme enda tydeligere fram:

Figur 2.1.2.2. Framskrevet folkemengde Sandnes kommune (2024-2040, %-vis endring)



Kilde: SSB (2024)

Som vi ser av figuren: Innbyggere i 80- og 90-åra er forventet å mer enn doble seg fram til 2040.⁸ Veksten blant innbyggere i 70-åra er også betydelig (51,3 %), mens de to tiårene under holder seg på 20-tallet i prosentvis vekst. For yngre aldersgrupper er tabellene forholdsvis stabile, eller svakt nedadgående. Prognosene for 2050 tilsier at det da vil være nedgang i alle aldersgrupper under 50 år; de to eldste gruppene vil derimot øke med hhv. 175 % og 264 %. Utviklinga er altså ventet å bare forsterke seg over tid.

Selv om en må ta nødvendige forbehold ved slike prognoser og usikkerheten øker jo lenger ut i perioden en kommer,⁹ er det liten tvil om at de demografiske endringene vil bli markante. De vil også bli merkbare for eldreomsorgen, herunder hjemmesykepleien. Selv om de neste årenes eldre skulle holde seg langt friskere og mer selvhjulpne enn dagens eldre, er det svært lite sannsynlig at det vil skje i en størrelsesorden som på noe vis utligner de demografiske endringene skissert over.

⁸ Som vi så i forrige delkapittel: De siste årene har innbyggere over 80 år stått for over halvparten av brukerantallet i kommunens hjemmesykepleietjeneste.

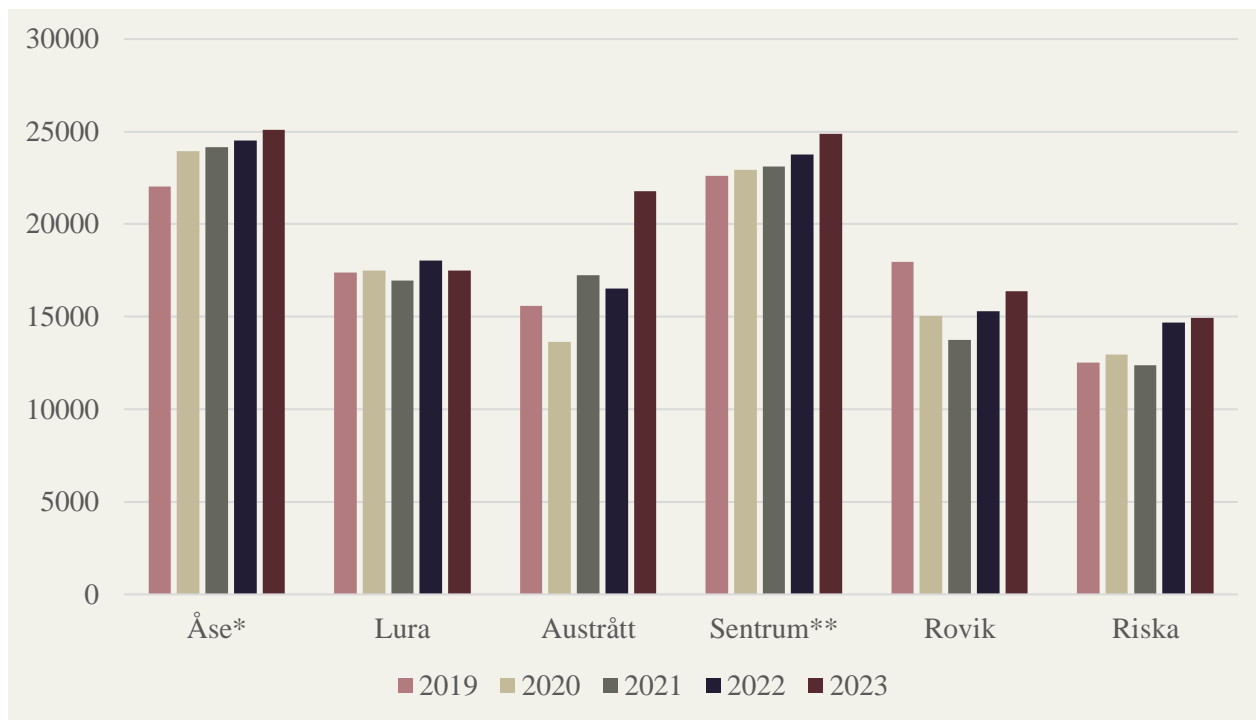
⁹ Gitt dagens utvikling og forutsetninger, vil det største usikkerhetsmomentet gjerne være knyttet til flyttemønstre. Her er imidlertid tallene sikrere for eldre aldersgrupper enn yngre, både fordi eldre flytter mindre mellom kommuner og fordi tallene er sikrere. For de yngste gruppene må en predikere fødselstall for å danne seg et bilde av antall barn i kommunen om x år. Dette er en langt mer usikker øvelse enn kun å basere seg på allerede fødte innbyggere.

2.2 AKTIVITETSNIVÅ HJEMMESYKEPLEIEN

2.2.1 KOMMUNENS EGNE OVERSIKTER

EHR fører oversikt over aktivitetsnivået i hjemmesykepleien. Dette inngår i resultatvurderinger i enheten og i rapportering oppover, til både administrativ og politisk ledelse i Sandnes kommune. Nedenfor følger flere oversikter¹⁰ over utvikling i timebruk samlet og pr. sone¹¹ siste fem år:

Figur 2.2.1.1. Utførte timeverk pr. sone pr. år (hjemmesykepleien Sandnes kommune 2019-2023)



* Åse A og Åse B slått sammen fra og med 2022

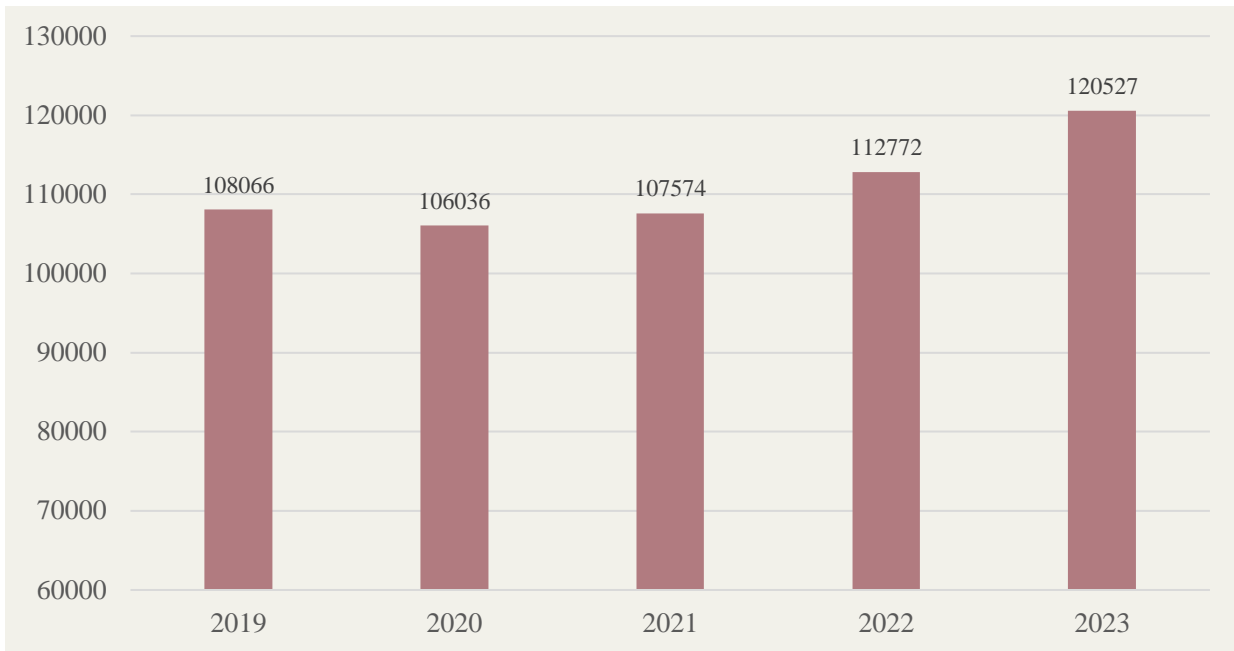
** Sentrum inkluderer også Byhagen (samme sone f.o.m. 2021).

Summert opp for kommunen samlet sett, får vi følgende utvikling for de siste fem årene:

¹⁰ Alle figurer og tabeller i dette delkapittelet stammer fra oversendt dokumentasjon fra Sandnes kommune. Tall for 2023 er basert på tall t.o.m. september; aktivitet for resterende måneder er estimert ut fra timebruk så langt samme år.

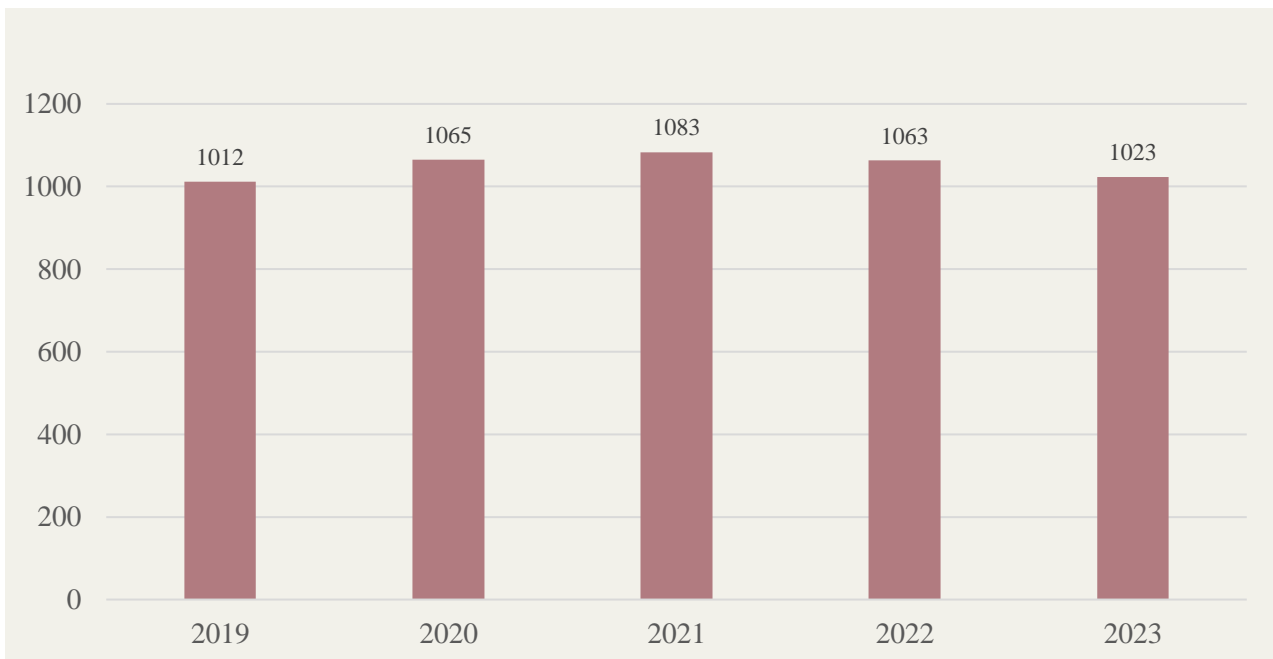
¹¹ Som nevnt: Kommunen vedtok i 2018 å samle hjemmesykepleien i en felles enhet (EHR), samtidig som en beholdt en soneinndeling for utførelse av tjenesten. Disse sju sonene er i dag Åse, Trones, Lura, Austrått, Sentrum/Byhagen, Rovik og Riska. Tall for Trones (2023: 8462) er utelatt pga. ufullstendige tall øvrige år og at den er en «innesone», med brukere i bofellesskap og omsorgsboliger. Oversiktene våre viser samlede tall med dagens soneinndeling. (Ved kommunesammenslåinga i 2020 beholdt Forsand egen praksis og inngår ikke i oversiktene. Mer om dette i kap. 4.)

Figur 2.2.1.2. Utførte timeverk pr. år (hjemmesykepleien Sandnes kommune 2019-2023)



Som vi ser: 2022 og særlig 2023 markerer en klar økning i timeverk, etter forholdsvis stabile tall i årene før. Tilsvarende økning i antallet mottakere av hjemmesykepleiens tjenester er ikke å spore:

Figur 2.2.1.3. Antall brukere pr. 31.12. (hjemmesykepleien Sandnes kommune 2019-2023)



Som vi så i kap. 2.1.1: Antallet for juni 2017 var 1154 brukere. Dagens utvikling i kommunen viser et relativt stabilt eller svakt nedadgående antall brukere av hjemmesykepleietjenester, selv med ei demografisk utvikling som tilsier stigende behov, jf. kap. 2.1. Antall utførte timeverk økte derimot betraktelig i 2023, som vi har sett. Det må her likevel tas enkelte forbehold, blant annet er brukertall pr. 31.12. hvert år og viser ikke utvikling av samlet antall brukere gjennom året.

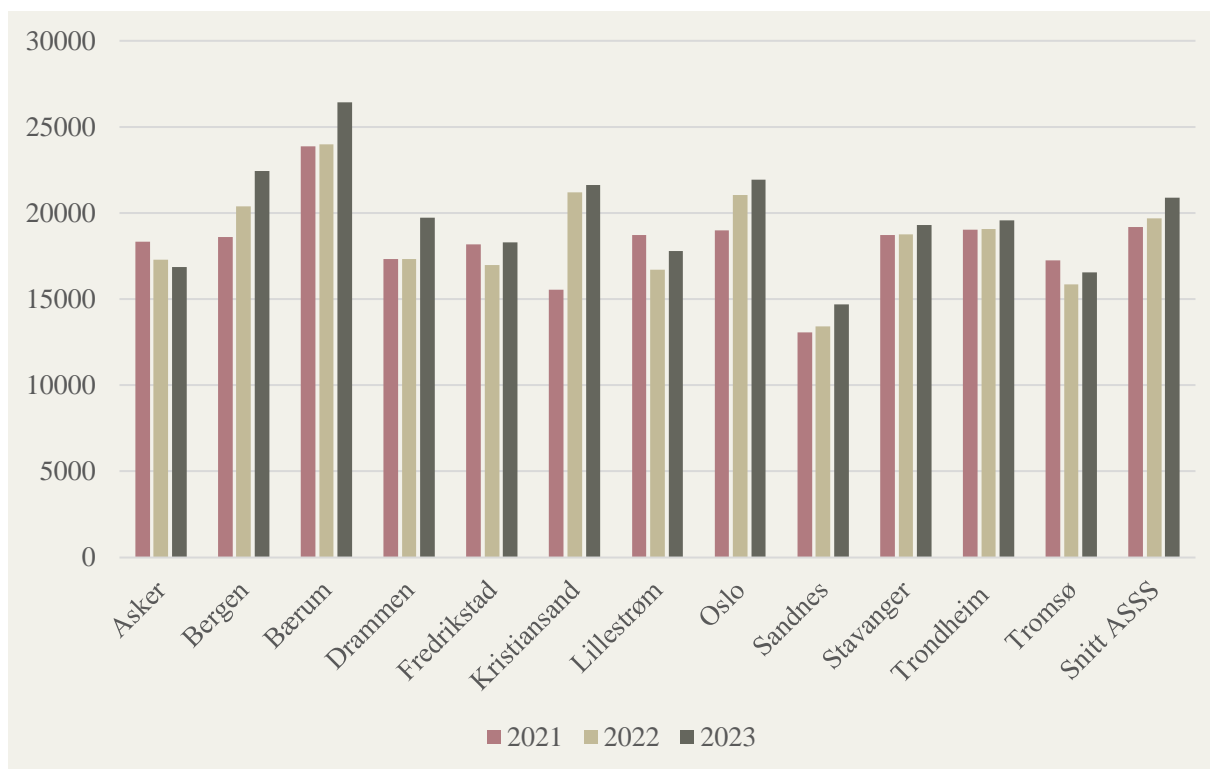
Vi diskuterer og gjør våre vurderinger av sentrale utviklingstrekk i delkapittel 2.3. Før det vil det være hensiktsmessig å se nærmere på hvordan kommunens oversikter står seg mot tilsvarende tall fra andre, sammenlignbare kommuner. (Til slutt i rapporten er det ei detaljert liste over nøkkeltall for EHR, jf. «Appendiks». Vi kommer tilbake til flere av disse tjenstedataene i senere kapitler.)

2.2.2 SAMMENLIGNING MED ANDRE KOMMUNER

Nedenfor har vi samlet et utvalg nøkkeltall fra ASSS-kommunene.¹² Utvalget er gjort med tanke på data på områder vi har omtalt over. Disse oversiktene inngår i samarbeidsnettverket og danner ofte et bedre sammenligningsgrunnlag for storkommunene enn ved tilsvarende sammenligninger av KOSTRA-tall fra (mindre) nabokommuner. Figurene viser nøkkeltall for de siste tre årene på følgende seks områder (samlet kommentar følger etter framstillingene):

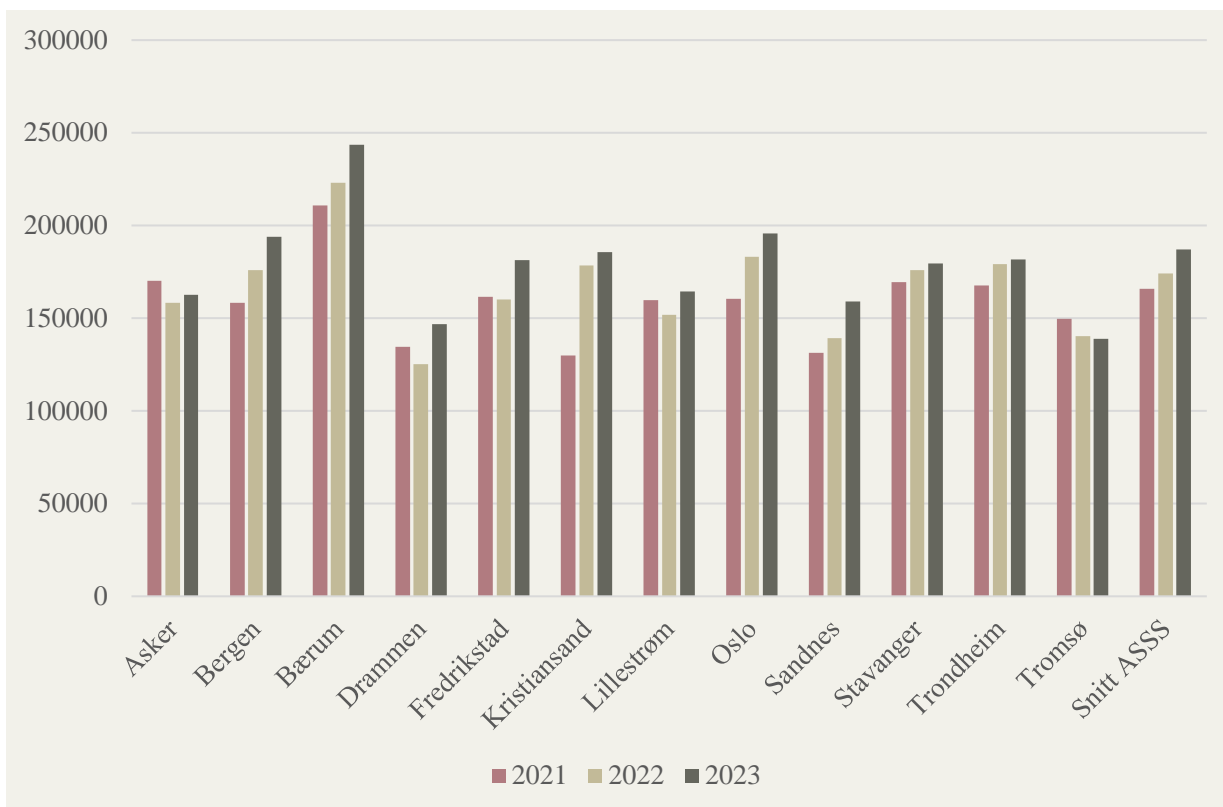
1. Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67+ år pr. innbygger 67+ år (kroner)
2. Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67+ år pr. mottaker 67+ år (kroner)
3. Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere (antall)
4. Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere i alderen 67-79 år (antall)
5. Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere i alderen 80+ år (antall)
6. Andel innbyggere 80 + år på institusjon/bolig med heldøgns bemanning (prosent)

Figur 2.2.2.1. Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67+ år pr. innbygger 67+ år (kroner)

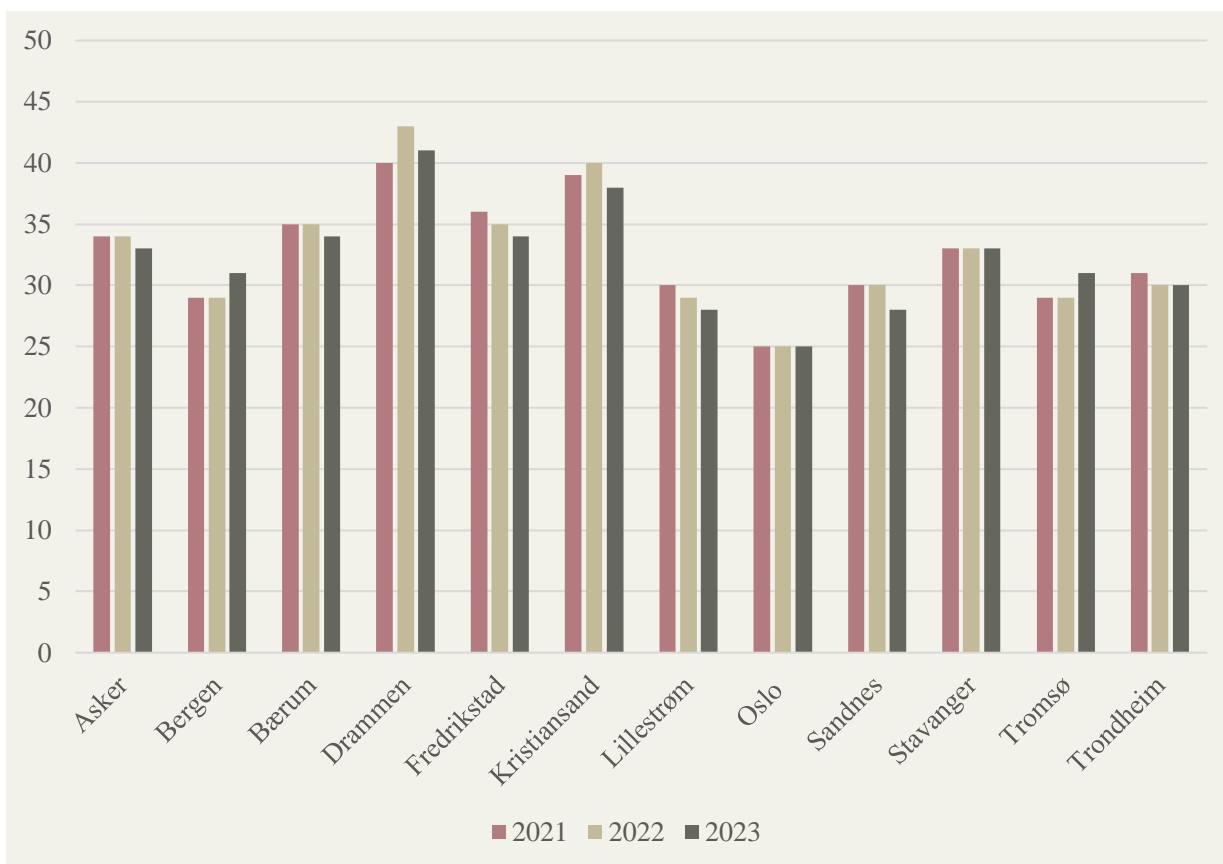


¹² ASSS er en forkortelse for: aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner. Dette er et nettverk som omfatter de tolv mest folkerike kommunene i Norge: Asker, Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Lillestrøm, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim og Tromsø. Kilde til figurene i dette delkapittelet er ASSS (2024).

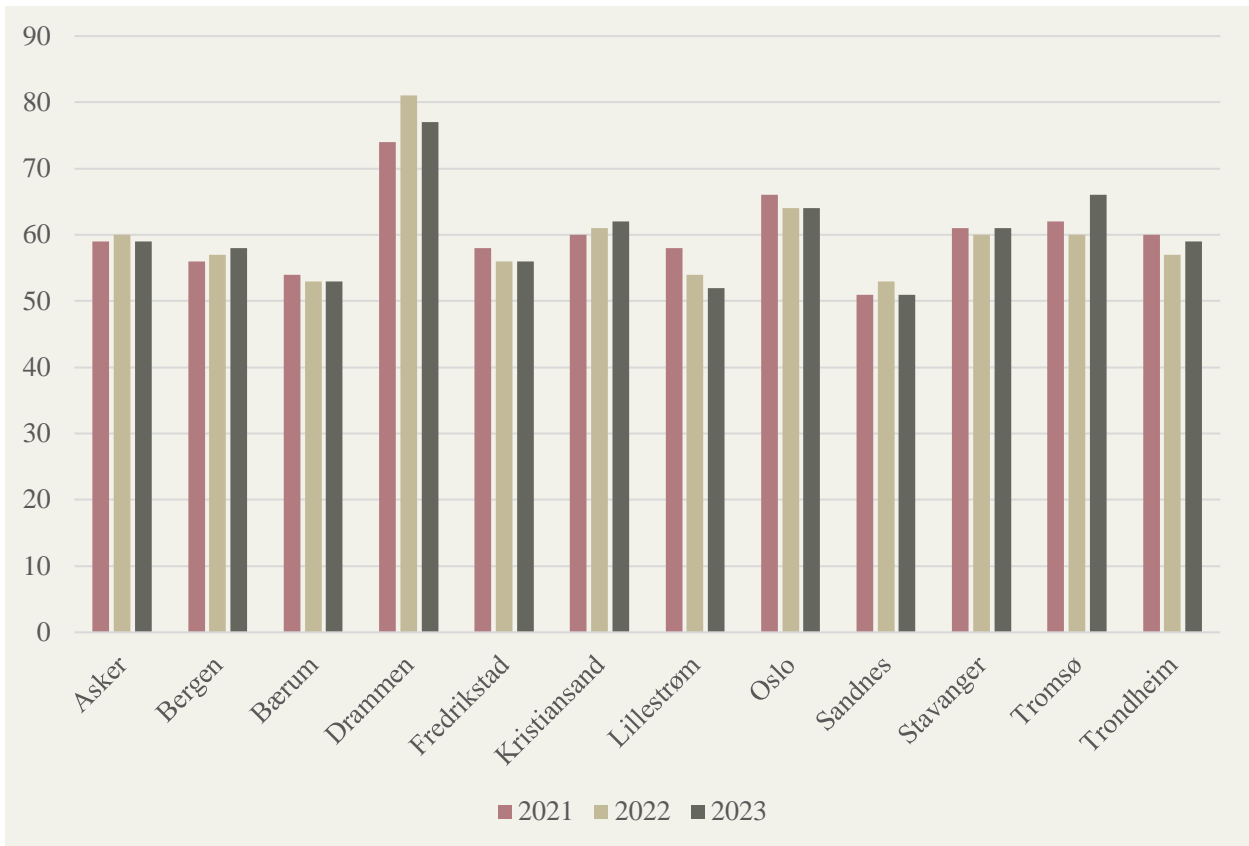
Figur 2.2.2.2. Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67+ år pr. mottaker 67+ år (kroner)



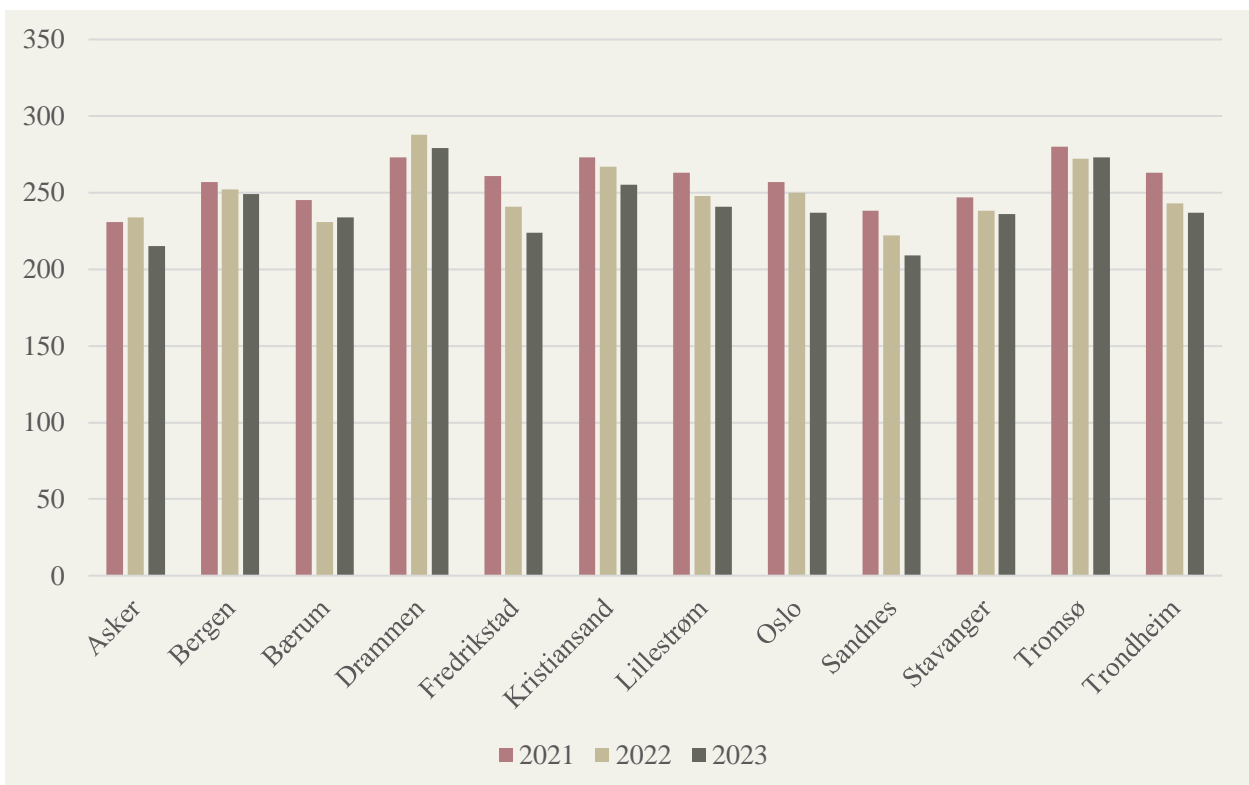
Figur 2.2.2.3. Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere (antall)



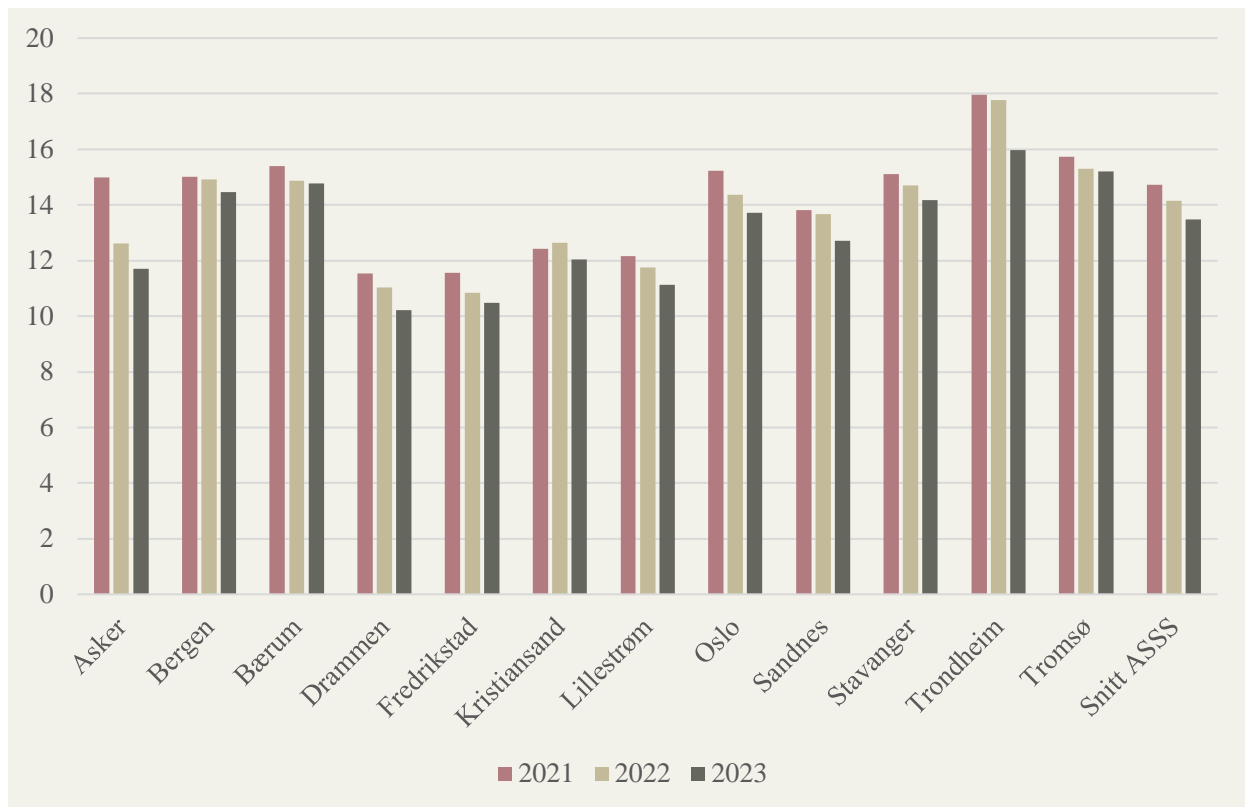
Figur 2.2.2.4. Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere i alderen 67-79 år (antall)



Figur 2.2.2.5. Mottakere av hjemmetjenester pr. 1000 innbyggere i alderen 80+ år (antall)



Figur 2.2.2.6. Andel innbyggere 80 + år på institusjon/bolig med heldøgns bemanning (prosent)



Ved tolkning av figurene må vi ta forbehold om at de viser kostnadsnivået for hjemmetjenester generelt, og ikke spesifikt for hjemmesykepleien. Da kan lokale forhold i de ulike kommunene knyttet til organisering, rapportering, tjenesteprofil, tildelingspraksis, innbyggers helsetilstand m.m. svekke sammenligningsgrunnlaget. Dette er likevel offisiell KOSTRA-statistikk, og det beste tilgjengelige tallmaterialet på landsbasis.

Som vi ser av de to første figurene: I ASSS har Sandnes kommune et svært lavt kostnadsnivå på sine hjemmetjenester, særlig når en ser på kostnadsnivå av alle innbyggere i aldersgruppa 67+ (jf. figur 2.2.2.1). Her ligger Sandnes kommune lavest. Når vi ser på kostnader pr. mottaker (jf. figur 2.2.2.2), er det andre kommuner som ligger noe lavere. Sandnes har like fullt et lavt kostnadsnivå også her, og ligger klart under snittet for ASSS alle tre årene.

En annen indikator på området er antall mottakere av hjemmetjenester blant 1000 innbyggere, jf. figur 2.2.2.3. Sandnes ligger her nest lavest i ASSS, sammen med Lillestrøm. Kun Oslo er lavere. Det lave antallet i Oslo henger sammen med et svært lavt antall unge brukere (0-66 år)¹³, noe vi også kan se av de to neste figurene: Blant eldre mottakere av hjemmetjenester (67-79 år, jf. figur 2.2.2.4, og 80+ år, jf. figur 2.2.2.5) ligger Sandnes lavest av alle ASSS-kommuner i 2023. (Dette siste punktet ble også framhevet i siste handlings- og økonomiplan (Sandnes kommune 2024a).)

Den siste figuren viser andelen innbyggere i den eldste aldersgruppa (80+) som bor på institusjon eller i bolig med heldøgns bemanning, jf. figur 2.2.2.6. På dette området ligger ikke Sandnes lavt blant storbyene (13,4 % i treårsperioden), men befinner seg fortsatt under ASSS-snittet (14,1 %).

¹³ Som for øvrige oversikter: Alle sammenligninger må ta høyde for ev. ulike innretninger av ulike tjenestetilbud.

Av figurene framkommer det også at alle kommunene har en nedadgående kurve for andel eldre i alderen 80+ som mottar hjemmetjenester eller bor i institusjon/bolig med heldøgns bemanning. Nå er tre år gjerne en for kort periode til å si noe sikkert om utviklingstrekk over tid, men det er i det minste interessant å observere at denne tendensen gjelder samtlige ASSS-kommuner.

Vi kommer tilbake med våre vurderinger av faktagrunnlaget i neste delkapittel (kap. 2.3). Der gjør vi også nærmere vurderinger av øvrige nøkkeltall som er presentert så langt i dette kapittelet.

2.3 VURDERINGER AV NØKKELTALL

Vi framhever nedgangen i dekningsgrad for heldøgns plasser i Sandnes kommune som et sentralt utviklingstrekk på området. Sammen med den demografiske utviklinga («eldrebølgen») gjør dette at terskelen for å få plass på sykehjem og omsorgsbolig blir høyere. Dette gjør igjen at flere eldre må følges opp på et lavere trinn i kommunens omsorgstrapp, da gjerne av hjemmesykepleien. Vi vurderer dette til å være i tråd med politiske føringer på området: Kommunen legger ikke opp til at økningen i antall eldre skal etterfølges av en tilsvarende økning av heldøgns plasser.

Kommunens egne oversikter viser at hjemmesykepleien i Sandnes i dag har et stabilt eller svakt nedadgående antall brukere. Til tross for en markant økning i antall eldre i kommunen, er antallet tjenestemottakere lavere enn i 2017. Timetallet pr. bruker er derimot klart økende. Dette *kan* tilsa at hjemmesykepleien i dag følger opp tjenestemottakere med større behov, og som dermed er mer ressurskrevende. Denne hypotesen må vi imidlertid undersøke nærmere i de neste kapitlene før vi kan foreta vurderinger av hvorvidt den stemmer.

Sammenlignet med andre storbykommuner (ASSS) viser vår gjennomgang at Sandnes kommune har et lavt kostnadsnivå på sine hjemmetjenester, herunder hjemmesykepleien. Særlig gjelder dette kostnader pr. innbygger i alderen 67+. I noe mindre grad gjelder dette kostnader pr. bruker i samme aldersgruppe. Vurdert opp mot andre ASSS-kommuner tilsier dette at Sandnes har en kombinasjon av få brukere på området og en ikke kostnadsintensiv drift, hvor det forholdsvis lave antallet brukere i hjemmetjenesten er det mest framtreddende trekket (jf. fig. 2.2.2.1-2.2.2.5).¹⁴

Dette tilsier at kommunen har en relativt lav andel eldre innbyggere som mottar hjemmetjenester, og dermed en relativt høy andel som i dag klarer seg selv, ev. også med hjelp av pårørende/andre.

Nøkkeltallene presentert i dette kapittelet gir oss et første oversiktsbilde over aktivitetsnivået for hjemmesykepleien i Sandnes kommune. Utover i rapporten kommer vi tilbake med henvisninger til enkelte av disse oversiktene. Dette tallmaterialet inngår i faktagrunnlaget som våre vurderinger og anbefalinger i senere kapitler er basert på. Ett hovedpunkt synes likevel klart allerede nå: Gitt lavere dekningsgrad på sykehjem og forventet demografisk og helsemessig utvikling, må en øke innsatsen på de lavere trinnene av kommunens omsorgstrapp tilsvarende, jf. framstillingene over.

¹⁴ NB! Dette gir ikke grunnlag for å hevde at kommunen har en høyere terskel for tildeling av tjenester enn andre kommuner; en slik påstand krever nærmere vurderinger av hvorvidt terskelen i de ulike kommunene er plassert på et «objektivt sett» riktig nivå, hvorvidt innbyggere får dekket tilsvarende omsorgstjenester utenom kommunale tilbud, hvorvidt de har en generelt sett bedre helse osv. Vi kommer tilbake til enkelte av disse forholdene senere i rapporten.

3 ORGANISERING AV TJENESTENE

I dette og de påfølgende kapitlene (kap. 4-6) skal vi belyse den første hovedproblemstillinga:

- Hvordan er det tilrettelagt for at kommunen skal kunne bidra til å nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo hjemme?

Som nevnt innledningsvis er dette et gjennomgående tema i rapporten. Her i kapittel 3 ser vi på kommunens organisering av sine tjenester. I lys av det overordnede målet om at flest mulig eldre skal kunne bo hjemme, tar vi i dette kapitlet for seg følgende problemstilling fra oppdraget:

- Hvordan fungerer organiseringen av pleie- og omsorgsfeltet og hjemmesykepleien?

3.1 REVISJONSKRITERIER

Krav til kommunens organisering av sine tjenester følger blant annet av kapittel 3 av helse- og omsorgstjenesteloven (hol.). Om kommunens ansvar heter det i § 3-1, hhv. første og tredje ledd:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

(...)

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Kommunen har en plikt til å ha en hensiktsmessig organisering og et system av prosedyrer som skal gi riktige tjenester til riktig tid. Dette er nærmere omtalt også i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (kvalitetsforskriften) § 3, som presiserer krav til at:

- *tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes*
- *det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*

Hjemmetjenester (herunder hjemmesykepleien) er omfattet av kravene i lov og forskrift, jf. blant annet hol. § 3-2. Kommunen har iht. kommuneloven stor grad av frihet til å organisere tjenestene sine slik den selv mener det er mest hensiktsmessig. De må like fullt organiseres slik at de på en god og helhetlig måte tilfredsstiller kravene til helse- og omsorgstjenester i lov og forskrift.

Dette gjelder også kommunens organisering med tanke på lovpålagt eller frivillig samarbeid med andre kommuner, regionale helseforetak, andre offentlige myndigheter eller med private som har avtale om å levere helse- og omsorgstjenester som kommunen er ansvarlig for, se blant annet hol. § 1-2, § 3-1 og kapittel 6.

Ut fra dette er det utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha en organisering på området som er tilpasset innbyggernes behov, og som er velegnet for å kunne nå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme
- Kommunens mål er godt forankret og etterlevd i organisasjonen

3.2 KOMMUNENS ORGANISERING AV TJENESTENE

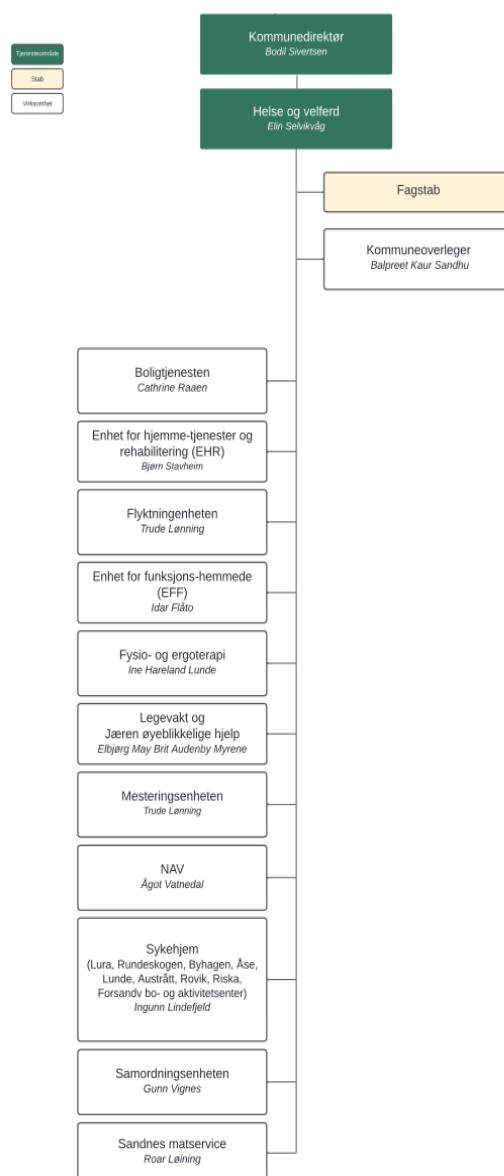
I Sandnes kommune er hjemmesykepleien lagt til virksomheten «Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering» (EHR), under direktørområdet «Helse og velferd».

Som det framgår av organisasjonskartet¹⁵ til høyre: EHR er én av elleve virksomheter på direktørområdet og har en virksomhetsleder som øverste leder. I likhet med andre rapporterer virksomhetsleder EHR til direktør for Helse og velferd, som igjen rapporterer til kommunedirektøren.

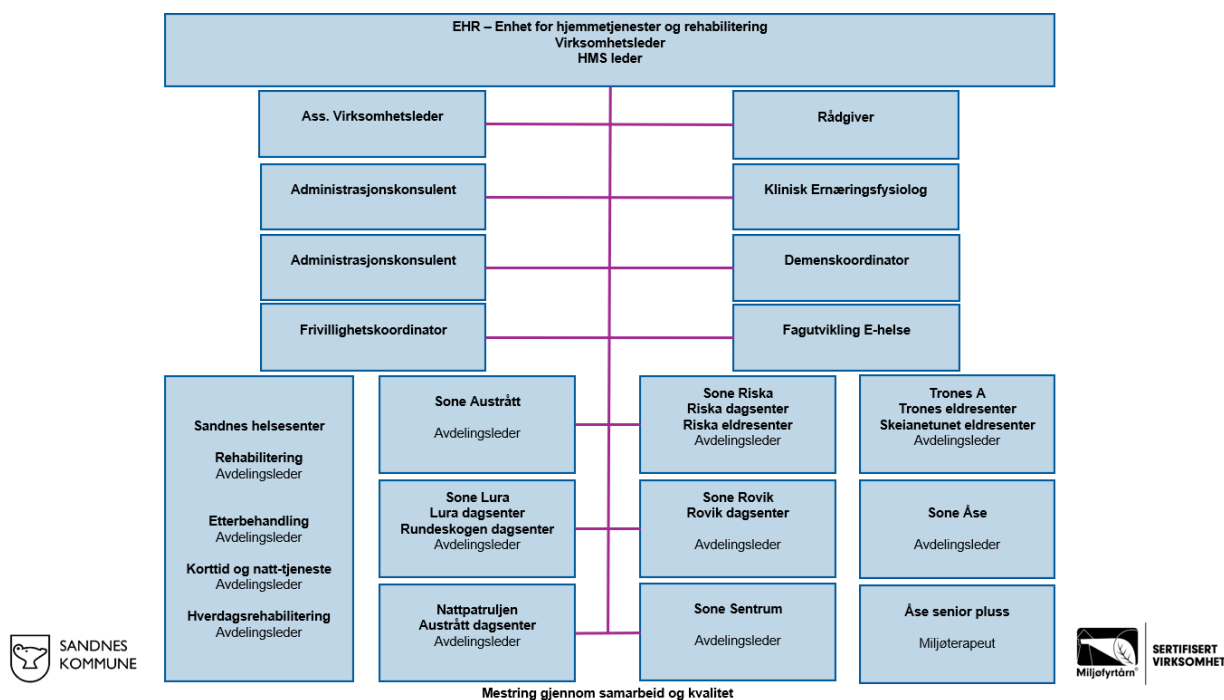
Virksomhetsleder inngår også i ledergruppa til direktør Helse og velferd, og har utstrakt samarbeid og faste møtepunkt med andre virksomheter og ledere på direktørområdet. Særlig sentralt står samarbeidet med Samordningsenheten, som har ansvar for saksbehandling, tildeling av tjenester og koordinering av tilbud til tjenestemottakere i kommunen.

Vi kommer i kapittel 4 tilbake til både fakta og vurderinger knyttet til samhandling og koordinering av tjenester i hjemmesykepleien.

Figuren nedenfor viser organisasjonskartet innad i EHR (tilsendt av kommuneadministrasjonen). Som det framgår av figuren: Virksomhetsleder har stabsressurser direkte under seg. Disse ressursene består av både fag- og administrativt ansatte, inkludert en assisterende virksomhetsleder. Leder og stab bistår igjen avdelingene og tjenesteytere som ligger til EHR.



¹⁵ Organisasjonskartet er fra kommunens nettsider, versjon pr. 18. september 2024 ([lenke](#) med bedre oppløsning).



I kompetanseplanen for 2024 beskrives EHRs organisering, avdelinger og stillingskategorier som følger (s. 2):

EHR består av 7 soner i hjemmetjenesten, inkludert Nattpatrulje, 5 dagsenter, 3 eldresenter og 4 avdelinger på Sandnes helsesenter. Virksomheten har ca 300 årsverk og årlig budsjett på ca 250 mill. Vår ansattgruppe består av sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere, bioingeniør, helsefagarbeidere, aktivitører, assistenter og merkantilt personell. I tillegg har virksomheten ulike stabsfunksjoner som demenskoordinator, frivillighetskoordinator, hukommelsesteam, klinisk ernæringsfysiolog, fagutvikling velferdsteknologi. Alle soner er lokalisert ved bo- og aktivitetssenter.

3.2.1 NÆRMERE OM DAGENS ORGANISERING PÅ OMRÅDET

Hjemmesykepleien ligger til hjemmetjenestene og er altså organisert i sju geografisk inndelte soner, under felles ledelse i EHR. Dette er ei organisering som ble vedtatt av Sandnes bystyre i 2018 (sak 32/18). Før dette hadde pleie- og omsorgstjenestene hatt en sonestruktur med lokal ledelse, som også omfattet blant annet sykehjem og oppfølging av funksjonshemmede.

Svakheter ved gammel organisering hadde blitt påpekt i en analyserapport fra Agenda Kaupang i 2013. I ettertid startet kommunen et utviklingsarbeid på området, i og med prosjektet «Innovasjon i omsorg». Dette munnet ut i at rådmannen da anbefalte omorganisering av omsorgstjenestene, jf. nevnte bystyresak 32/18. Anbefalinga var å samle alle hjemmetjenester og korttids rehabilitering i en enhet etter tjenestemodell, og sykehjemstjenestene i to enheter (pga. størrelse).

Slike grep har ikke Sandnes kommune stått alene om. Et fellestrekk ved kommune-Norges organisering av pleie- og omsorgstjenester de siste ti-femten årene har vært at en i større grad samler faglige og administrative oppgaver i en sentral enhet (men gjerne beholder lokalt inndelt tjenesteutøvelse). Viktige momenter for slike tiltak har blant annet vært et kvalitativt likeverdig

tjenestetilbud for alle innbyggere, mer forutsigbar og enhetlig søknadsbehandling og tildeling av kommunale tjenester, bedre ressursbruk m.m.

Disse momentene var blant flere som ble anført i rådmannens saksframlegg i 2018 (s. 2):

Organisering i tjenestemodell vil gi:

- *Samlet fag- og oppgavefokus*
- *Tydelig styringslinje som kan ha samlet trykk på utviklingsoppgaver, f.eks velferdsteknologi*
- *Fleksibel og effektiv ressursbruk*
- *Samlet utvikling av rutiner, dokumentasjon og kvalitetsarbeid*
- *Likere praksis*
- *Mulighet for sentralisering av for eksempel turnusplanlegging*

Flere momenter ble også nevnt. Videre var begrunnelsen direkte rettet mot det som står sentralt for denne revisjonen, nemlig å ha ei organisering som var framtidsrettet og i tråd med et mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme:

Å samle hjemmetjenestene sammen med kortidsrehabilitering og dagsentertjenestene under samme leder, vil gi tydelig faglig fokus på at fremtidige omsorgstjenester i størst mulig grad skal skje hjemme og at de utfordringene eldrebølgen vil medføre i hovedsak skal løses gjennom å bistå pasientene til å mestre egen hverdag. Hjemmetjenestesonene og dagsentrene vil fortsatt ha tilhold på bo- og aktivitetssenterne (s. 2).

Ut fra saksframlegg og arbeidsgruppas rapport er det tydelig at organisering av hjemmetjenestene under felles ledelse var et etterspurt tiltak:

Omsorgstjenestene har hatt flere ulike organisatoriske løsninger gjennom årene. De nær 20 siste årene har en hatt distriktsinndeling der institusjonstjenestene, hjemmetjenester og tjenester til funksjonshemmede ble ytt fra samme enhet, inndelt i fire eller fem geografiske distrikt (s. 1).

(...)

Det var meget raskt enighet i gruppen om at alle hjemmetjenester bør skilles ut og samles i egen enhet. Å samle hjemmetjenestene under samme leder vil gi tydelig faglig fokus på at fremtidige omsorgstjenester i størst mulig grad skal skje hjemme og at de utfordringene eldrebølgen vil medføre i hovedsak skal løses gjennom å bistå pasientene til å mestre egen hverdag. Det kan være lettere å få til ønsket endrings- og utviklingsarbeid i en styringslinje fremfor å samordne flere (s. 4).

Som del av denne omorganiseringa ble disse tjenestene samlet i en felles enhet (EHR) fra og med 1. september 2018. Ansvarer lå dermed ikke lenger til ulike soner eller distrikt som skulle sørge for alle tjenester på pleie- og omsorgsområdet. På utredningstidspunktet (desember 2017) inngikk følgende avdelinger og årsverk i EHR¹⁶:

¹⁶ Demenskoordinatorstilling var på trappene og ble innført i april 2023.

Hjemmetjenester / korttidsrehabilitering	
Hjemmetjenester	146,68
Sandnes helsesenter (SHS)	60,09
Trones bolig og eldrecenter	23,82
Nattpatrulje	12,65
Lura serviceleiligheter	1,35
Hverdagsrehabilitering	5,70
Dagsenter	14,80
Eldrecenter	2,50
Demens-team	
Demenskoordinator?	
Virksomhetsleder	1,00
Assisterende	1,00
Administrasjonskonsulent	1,30
Sum årsverk	270,89

Denne tjenestemodellen ble også videreført i nye Sandnes kommune. Som framstilt i kap. 2.2.1: Hjemmesykepleien i kommunen er i dag geografisk inndelt i sju ulike soner for tjenesteutøvelse og oppfølging av den enkelte, men ansvar for oppgavene og helheten er samlet i felles ledelse, både faglig og administrativt sett.

Kommunens egne tall viser at det er i underkant av 300 årsverk tilknyttet EHR, et antall som har vært svakt økende de siste årene:

Pr. 31.12	2019	2020	2021	2022	2023
Sum årsverk	277,16	282,16	279,48	284,86	289,15

Siste tilgjengelige tall fordeler seg slik blant ulike enheter og stillingskategorier i stab EHR:

Fordeling av årsverk pr. 31.12. 2023	
Hjemmetjenester	160,03
Sandnes helsesenter	67,80
Trones bolig og eldrecenter	15,93
Nattpatruljen	11,80
Hverdagsrehabilitering	5,70
Dagsenter	16,85
Eldrecenter	2,04
Virksomhetsleder	1,0
Assisterende virksomhetsleder	1,0
Administrasjonskonsulent	2,0
Demenskoordinator	2,0

Ernæringsfysiolog	1,0
Velferdsteknologi	1,0
Frivillighetskoordinator	1,0
Sum	289,15

Som i mange andre kommuner er søknads- og klagebehandling og tildeling av tjenester i Sandnes løftet ut av den enkelte enhet, og ligger til et eget tildelingskontor innen helse og velferd. I likhet med begrunnelsen for omorganisering av hjemmetjenestene i 2018 er det vektlagt en ensartet og helhetlig praksis innad i kommunen, slik at en unngår lokale og tilfeldige ulikheter i kommunens tjenestetilbud.

Kommunens tildelingskontor er organisatorisk plassert i Samordningsenheten og består av to team: helseteam (TKH) og sosialteam (TKS). Som vi så av direktørområdets organisasjonskart over: Samordningsenheten er en egen virksomhet, med en virksomhetsleder som rapporterer til kommunaldirektør helse og velferd. Virksomhetsleder inngår i direktørens ledergruppe, i likhet med virksomhetsleder EHR. Søknadsbehandling og tildeling av tjenester fra hjemmesykepleien ligger til TKH. Vi kommer i neste delkapittel (kap. 3.3) nærmere inn på dette og på den interne organiseringa av enheten.

Det er utarbeidet retningslinjer og rutiner for både tildeling av tjenester og for samarbeid mellom TKH og andre instanser. I samarbeidsrutinen mellom TKH, EHR og sykehjem heter det (s. 1)

TKH tildeler følgende tjenester:

- *Sykehjem (korttid, rullerende og langtidsopphold, Lindrende enhet og rehabilitering)*
- *Bokollektiv (for mennesker med demens sykdom)*
- *Bofellesskap (for eldre helsesvake og eldre med psykiske lidelser)*
- *Serviceleiligheter og Omsorgsbolig +*
- *Midlertidig botilbud i tilrettelagt leilighet ved Åse bo- og aktivitetssenter*
- *Hjemmesykepleie*
- *Nattpatrulje*
- *Trygghetsalarm med og uten sensorikk*
- *GPS**
- *Aktivitetssenter for eldre*
- *Hverdagsrehabilitering**
- *Praktisk bistand (hjemmehjelp)*
- *Avlastning i hjemmet*

**Søknader om Hverdagsrehabilitering og GPS behandles av leder i Hverdagsrehabilitering. TKH revurderer tjenesten GPS. Virksomhetsleder ved Samordningsenheten er ansvarlig for vedtak.*

Også andre kommunale og ikke-kommunale aktører samarbeider med hjemmesykepleien. Utover frivillige og aktivitetsvenner trekkes disse følgende i EHRs virksomhetsplan for 2024 (s. 7-8):

Sentrale interne samarbeidspartnere:

Kommunaldirektør med fagstab, Kommuneoverlegene, Samordningsenheten med Tildelingskontoret, Sykehjem, Mestringsenheten, EFF - Enhet for funksjonshemmede, Fysio- og ergoterapitjenesten og syn/hørselskontakt, Sandnes Matservice, AKS, Frivillighetssentralen, Byggdrift og Sandnes eiendom

Sentrale eksterne samarbeidspartnere:

Helse Stavanger HF, Fastleger, Rogaland tannhelsetjeneste, NAV, Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem (USHT), Universitetet i Stavanger, VID – Vitenskapelige høyskole, Tolketjenesten, Videregående skoler, SESAM – Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling, Rogaland brann og redning, Apotek. Frivillige organisasjoner og enkeltpersoner

**listen er ikke uttømmende og viser bare et utdrag*

3.2.2 VURDERINGER BLANT LEDERE OG ANSATTE

Over har vi gitt ei overordnet framstilling av kommunens organisering av hjemmesykepleien og dens relasjon til andre samarbeidende instanser. Revisjonen er naturlig nok begrenset til formålet og hovedfokuset som er gitt i oppdraget og til revisjonskriteriene som er formulert for hvert kapittel.

Målet med dette kapittelet (kap. 3) er å undersøke hvorvidt kommunens organisering på området er hensiktsmessig. Som klarlagt i forbindelse med formuleringene av våre revisjonskriterier i kap. 3.1 må «hensiktsmessig» her forstås både ut fra a) innbyggernes behov og b) kommunens mål om at flest mulig eldre kan bo lengst mulig hjemme.

Ansvarlig administrativ ledelse (kommunaldirektør helse og velferd og virksomhetsleder EHR) er i intervju tydelig på at begge disse forholdene er klart forbedret i dagens organisering. Momenter som framheves med tanke på punkt a) om innbyggernes behov er hvordan ny organisering gjør at en blant annet unngår ulikheter i tjenestetilbud mellom bydelene, og at en bedre sikrer en god og rettferdig ressursfordeling.

Samtidig er administrativ ledelse klar på at området er i betydelig endring, både demografisk sett og som følge av nedgangen i kommunal sykehjemdekning. Dette forventes å påvirke hvordan tjenestetilbudene kan og vil dekke innbyggernes behov i årene framover. Her er vi over i punkt b) om kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Administrativ ledelse vurderer at dagens organisering gjør kommunen betraktelig bedre rustet til å arbeide i tråd med målet. Virksomhetsleder EHR er i intervju tydelig på at arbeidet som gjøres på området i dag ikke hadde vært mulig uten de organisatoriske endringene vi har omtalt over.

Videre beskriver ledelsen at kommunens mål er godt forankret og etterlevd i organisasjonen, og at det inngår i både planer og praksis på området. Prosjektet «Sandnes blir eldre» er et konkret og svært håndfast uttrykk for dette; andre eksempler er referanser til målet i planverk, arbeidsrutiner og vedtaksutforming. (Mer om dette senere.) Ansatte på lavere nivå som revisjonen har intervjuet

bekrefter i stor grad dette inntrykket: Målet er styrende for kommunens praksis på området, og er godt innarbeidet og etterlevd i hjemmesykepleien som organisasjon.

Vi kommer tilbake til våre vurderinger av dagens organisering i kap. 3.4, og går nærmere inn på innhold og innretning av tjenestetilbudet andre steder i rapporten. Her og nå kan vi imidlertid slå fast at ansvarlig administrativ ledelse ikke er i tvil om at selve organiseringa av tjenestene er klart forbedret og hensiktsmessig med tanke på hvordan innbyggernes behov og kommunens mål skal imøtekommes. Ansatte lenger ned i organisasjonen gir også uttrykk for det samme.¹⁷ Ledelsen er tydelig på at en desentralisert sonemodell ikke ville ha gitt hjemmesykepleien enhetlig retning og styring i sitt utviklingsarbeid, herunder innsatsen for å realisere målet.

Dette gjelder på overordnet nivå. For å undersøke hvordan kommunens organisering på området fungerer i praksis, er det nødvendig å se på innretning ved tildeling av hjemmesykepleietjenester. I neste delkapittel (kap. 3.3) gir vi en nærmere beskrivelse av organisering og arbeidsflyt ved den konkrete tildelinga av tjenestene.

3.3 TILDELING AV TJENESTER

3.3.1 INTERN ORGANISERING VED SAMORDNINGSENHETEN

Som omtalt i forrige delkapittel: Tildeling av kommunale helse- og sosialtjenester i Sandnes skjer ikke lenger i de sonene som har ansvar for tjenesteutførelse. I likhet med mange andre kommuner har Sandnes et tildelingskontor (Samordningsenheten) som står for søknads- og klagebehandling, med tilhørende vedtak. Bakgrunnen for sentralisering av tildelingene er blant annet å sikre en mer enhetlig og likeverdig praksis, slik at alle kommunens innbyggere får det samme tjenestetilbudet.

Angående tjenestetildeling er Samordningsenheten fordelt på to avdelinger: tildelingskontoret for hhv. helse (TKH) og sosial (TKS). Ansvar for tildeling av hjemmesykepleier ble i 2016 overført fra sonene, og er nå plassert i TKH. Her er samtlige saksbehandlere sykepleiere av utdanning (og en vernepleier). På det administrative nivået er det ved Samordningsenheten én virksomhetsleder, to avdelingsledere, én rådgiver, to administrasjonskonsulenter og en jurist (til å følge opp avtaler med private leverandører).¹⁸

Etter overføring av tildeling til TKH var det lagt opp til at saksbehandlere forholdt seg til brukere i en bestemt sone, og at en slik bygget en relasjon til hver enkelt avdelingsleder i de ulike sonene (tidl. tittel: soneledere). I dag har en gått over til at saksbehandlere har ansvar for faste datoer ut fra stillingsstørrelse, slik at alle saksbehandlere forholder seg til alle avdelingsledere.

¹⁷ Informasjon fra intervju tilsier her – ikke helt unaturlig – at ansatte på lavere nivå har et noe mindre aktivt forhold til hvordan det organisatoriske rammeverket virker inn på denne måloppnåelsen. Deler av dette kan også tilskrives at flere av informantene har forholdsvis kort arbeidstid i kommunen, og ikke har jobbet under en annen organisering.

¹⁸ I tillegg til de to nevnte avdelingene er det i Samordningsenheten team/ansatte som arbeider med personer med funksjonsnedsettelse, heldøgns bemannede boliger til funksjonshemmede, BPA, avlastning, fritidskontakt, dagaktivitetssenter, pårørendeveiledning, osv. Det er også ei avdeling for koordinerende enhet, ansvar på systemnivå, individuelle planer, kreft- og barnekoordinator m.m. Alt i alt utgjør dette om lag 35 årsverk.

I intervju omtaler virksomhetsleder ved Samordningsenheten disse endringene som ei forbedring. Dette gjelder både sentraliseringa av tildeling og den interne organiseringa som går på relasjonen mellom saksbehandler, mottaker og lokal avdelingsleder.

En viktig, positiv konsekvens ved samordning av tjenestetildeling i en felles enhet har ikke bare vært mer enhetlig praksis i saksbehandlinga, men også bedre muligheter for å koordinere tilbudet, ettersom Samordningsenheten sitter med samlet oversikt og ansvar på området. Virksomhetsleder framhever at denne endringa har ført til mer enhetlige og bedre tilpassede tjenester til den enkelte brukeren. Det er dermed større sjanse for at tilbudet blir plassert på riktig trinn i omsorgstrappa, og at en kan supplere det ut fra Samordningsenheten kjennskap til hele kommunens tiltaksvifte.

Virksomhetsleder vurderer også ny, intern organisering av saksbehandleres oppgaver, ansvar og relasjoner som positiv. En fordel med tidligere organisering med større grad av personlig relasjon til soner og soneledere var at man kjente hverandre godt og kunne få et nært samarbeid. Samtidig var det også svakheter, særlig ved fravær eller utfordringer i samarbeidet/bredden i kompetansen. Den nye organiseringa hvor alle forholder seg til alle har ifølge virksomhetsleder vært ei endring til det bedre.

3.3.2 TJENESTETILDELING: FAG OG ØKONOMI

Ny organisering av tjenestetildeling har også følger for faglig forankring og utforming av tilbudet som hjemmesykepleien gir. På det individuelle nivået – for den enkelte pleieren og brukeren – er det vedtaket fattet av TKH som setter rammene for tilbudet kommunen gir. På overordnet nivå er det også praksis ved TKH som legger føringene for samlet tjenestetilbud og samlet ressursbruk.

For eksempel vil en innstramning av praksis for tildeling av en bestemt tjeneste eller oppfølging av ei brukergruppe få tilsvarende følger for brukere, hjemmesykepleiere og generell ressursbruk. Dette gjelder også motsatt vei: Dersom TKH skulle plassere et tilbud lenger opp i omsorgstrappa enn tidligere, vil dette generelt sett føre til økt aktivitet og ressursbruk. Samordningsenheten (ved TKH) har også et viktig ansvar for å sørge for dialog og samarbeid med ulike involverte, blant andre brukeren, pårørende, fastlege, kommunale tjenesteytere osv. Ettersom Samordningsenheten også har hele omsorgsfeltet i sin portefølje, letter og forbedrer dette koordineringsarbeidet.

Dette blir i intervju med virksomhetsleder ved Samordningsenheten framhevet som vesentlig for den faglige kvaliteten i tjenestetilbudet. For å gi kommunens innbyggere riktige tjenester til riktig tid er det avgjørende at tildelende og samordnende enhet fungerer som den skal, med veletablerte og gode rutiner for sitt arbeid. For å sikre riktig ressursbruk er det viktig med enhetlig praksis ved tildeling, og at denne følger de juridiske, politiske, faglige og økonomiske føringene på området.

Virksomhetsleder ved Samordningsenheten oppgir i intervju at avdelingene har et svært bevisst forhold til dette i sitt daglige virke. Å tildele tjenester iht. LEON-prinsippet og finne riktig trinn i omsorgstrappa blir omtalt som noe de ansatte har langt framme i pannebrasken. Virksomhetsleder opplever at alle saksbehandlere er godt drillet i dette, og at en er klar over demografisk utvikling på området. Videre oppgis ansatte også å være godt kjent med kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. (Mer om dette siste i neste underkapittel.)

Riktig ressursbruk handler om flere forhold. Utover økonomi forstår vi med ressursbegrepet også kapasitet og kompetanse. Ressurser handler slik sett om både penger, plasser og personale, jf. vår

footnote om dette i kap. 1.3. Disse tre typene eller forståelsene av ressurser står også i et gjensidig forhold til hverandre: Uten kompetente fagansatte hjelper det lite med god tilgang til økonomiske midler eller sykehjemsplasser, og vice versa. I kommune-Norge er det ofte begrenset med tilgang til alle tre ressurstypene, med ulike variasjoner og ulikt omfang i de ulike kommunene.

Informasjon fra intervju med ledere og andre ansatte i hjemmesykepleien tilsier at en i Sandnes opplever å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på arbeidsplassen pr. i dag. Dette forutsetter i en viss grad en rekke andre forhold, som generelt godt arbeidsmiljø, stabilitet og tilstedeværelse blant ansatte (særlig de mest erfarne og kompetente) m.m. (Mer om dette i kap. 5.)

På ledernivå bekreftes det imidlertid at sykefraværet er økende (2019: 8,2 %, 2023: 11,2 %),¹⁹ og at en her merker utfordringer med å få tak i tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse. For å kompensere for sykefravær har det blitt en økning i bruk av overtidstimer blant sykepleiere, med dertil økte kostnader. Dette er da vurdert som nødvendig for å gi det tilbudet brukere skal ha.

Avdelingsleder i hver sone har budsjettansvar (i tillegg til personal- og faglig ansvar) for egen enhet. Tildeling av budsjettmidler er aktivitetsbasert: Økonomirådgiver tar ut «produksjonstall» i desember hvert år, som danner grunnlaget for tildelt budsjett. Dette justeres så månedlig, ut fra en tilsvarende gjennomgang av samme aktivitetstall (fra pasientjournalssystemet PROFIL). Dersom ei sone en måned har høyere aktivitet enn forrige måned (eller motsatt), justeres budsjetttildelinga til sonen tilsvarende.

Økonomirådgiver i kommunen beskriver både fordeler og ulemper med en slik tildelingsmodell, men at den er veletablert og vurdert som den mest hensiktsmessige måten å fordele midlene på. I en tidligere forvaltningsrevisjon av kvaliteten i eldreomsorgen i Sandnes var ei av anbefalingene å tilpasse eksisterende modell på sikt, for å stimulere satsing på blant annet hverdagsmestring (jf. Rogaland Revisjon 2019b: 9).

Økonomirådgiver viser til at dette er en løpende diskusjon, men som i dag blir adressert gjennom overordnet tildeling i kommunens handlings- og økonomiplan (HØP). I år er det lagt opp til ei økt satsing på hjemmetjenester og dagsenter, nettopp for å vri kommunens innsats over mot trinnene som er et stykke ned på omsorgstrappa. Dette er et konkret eksempel på politiske og økonomiske prioriteringer som er ment å bidra til å realisere kommunens mål.²⁰

3.3.3 MÅLSTYRING OG FORVENTNINGER

For å oppnå målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, må en styre etter dette målet og omsette det i praksis. Som vi har sett over: Gjennom deres rolle som tildelende og koordinerende enhet har Samordningsenheten en sentral oppgave, og TKH står for den praktiske gjennomføringen av dette i form av vurderinger og vedtak.

Virksomhetsleder beskriver selv at de har en «pådriverrolle» i dette arbeidet og alltid undersøker hva en kan få til i hjemmet først. I denne sammenhengen oppgis det at hjemmesykepleien har et

¹⁹ For årlig utvikling, se «Appendiks» til sist i rapporten. Akkumulerte sykefraværstall pr. oktober 2024 oppgis å være 11,1 %.

²⁰ Nærmere vurderinger av kommunens tildelingsmodell ligger ikke til vårt mandat og vi går ikke nærmere inn på dette her. For nærmere oversikt over ulike pågående tiltak, se vår senere gjennomgang, jf. blant annet kap. 4.2 og 6.1.

bevisst fokus på å lære eldre til selv å klare enkle oppgaver i hjemmet også når funksjonsnivået er nedadgående (gå ut med søppelet, ordne mat og praktiske ting osv.).

Et ofte anvendt begrep her er å «jobbe med hendene på ryggen». Med dette menes i vår kontekst at hjemmesykepleien gjerne kan ha et tidsavgrenset vedtak på å bistå eldre i sitt eget hjem, men i praksis kun er til stede og gir råd slik at eldre fortsatt makter å gjøre enkle oppgaver selv. Tanken bak denne tilnærminga er å innvilge noen få vedtakstimer i en begrenset periode for å unngå, eller i det minste utsette, et «permanent» hjelpetiltak. Dette er ment å redusere samlet ressursbruk, samt virke helsefremmende for de eldre (ved å opprettholde et visst fysisk aktivitetsnivå).

Slike opplæringsvedtak over en begrenset tidsperiode beskrives i intervju som en etablert praksis kommunen har gode erfaringer med.²¹ Fra appendikset bakerst i rapporten har vi hentet følgende tjenestedata på området, som viser utviklinga i antall opplæringsvedtak pr. år:

Pr. 31.12	2019	2020	2021	2022	2023
Antall opplæringsvedtak gjennom året	-	-	152	202	279

Ansatte i hjemmesykepleien forteller at enkelte brukere (og pårørende) ikke helt ser hensikten med å få hjelp som i stor grad består av å få brukeren til å «gjøre jobben selv». Ikke alle brukere blir selvhjulpne i løpet av vedtaksperioden heller. Ansatte beskriver likevel innføringa av slike avgrensede opplæringsvedtak som jevnt over positiv. Denne praksisen trekkes av ansatte også fram som nært knyttet til kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne klare seg lengst mulig hjemme.

En annet bidrag til å nå dette målet vil ifølge virksomhetsleder være at en framover fortsetter med færre «små vedtak», dvs. at eldre som trenger litt hjelp klarer seg selv (og settes i stand til dette), mens hjemmesykepleien prioriterer eldre med mer omfattende behov og «større vedtak». Dette er i stor grad i tråd med dagens situasjon på sykehjemmene, hvor pasienter oppgis å ha et betydelig lavere funksjonsnivå enn for noen år siden. Dette handler både om at kommunen nå tildeler plass på sykehjem klart senere enn før, og at sykehusene skriver ut sine pasienter langt tidligere/sykere enn hva de brukte å gjøre.

Samordningsenheten og TKH er klar over at den demografiske utviklinga går i motsatt retning av hva føringene om lavere sykehjemdekning tilsier. Samlet ressursbruk og timetall for vedtak i hjemmesykepleien er også på vei oppover, som vi så i forrige kapittel. Virksomhetsleder oppgir at de bruker tid på å arbeide med folks forventninger til tilbudet og hvilke grep en selv kan gjøre. Dette gjelder både overfor brukere og pårørende, som gjerne bruker betydelig med tid og krefter på å følge opp sine nærmeste allerede.

Virksomhetsleder oppgir at noe av den viktigste innsatsen framover vil være å arbeide med folks tankesett og forventninger. For å kunne gi et tjenestetilbud innenfor dagens ressursrammer også i framtida, er det helt avgjørende å ta høyde for den demografiske utviklinga og de følgene den får. Det arbeides allerede med å få brukere (og pårørende) til å tenke ansvar om egen helse på en helt annen måte enn i dag; kommunen tilbyr blant annet godt besøkte informasjonsmøter om hvordan

²¹ Tiltaket ble også anbefalt i den allerede omtalte forvaltningsrevisjonen fra 2019 (jf. Rogaland Revisjon 2019b: 9).

en skal forberede seg best mulig på egen alderdom (for eksempel ernæring, fysisk aktivitet, flytte ut av hus en ikke kan bebo i høy alder/ved lavt funksjonsnivå osv.).

Forventningene om hva kommunen kan og skal tilby i årene framover, må følgelig tilpasses den utviklinga som alt er i ferd med å skje. Tildeling av tjenester skjer allerede i dag i tråd med målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme og klare seg selv i størst mulig grad. Planlegging og etablering av nye sykehjemsplasser skjer, men ikke i et omfang tilsvarende forventet framtidig behov, jf. over. Videre tildeles plass på sykehjem og andre institusjoner med heldøgns bemanning på et senere stadium enn før.

Tilsvarende forholdet hjemmesykepleien seg til innbyggere med stadig lavere funksjonsnivå. Gitt samme ressursbruk og helsetilstand i befolkningen vil trinnene i omsorgstrappa nødvendigvis bli satt stadig høyere, sammenlignet med tidligere. Da må også forventningene til tilbudet justeres i samme grad. Virksomhetsleder beskriver dette som et viktig arbeid for Samordningsenheten framover.

3.4 VURDERING AV KOMMUNENS ORGANISERING

Som omtalt over: Med «hensiktsmessig» organisering mener vi i hovedsak de to forholdene som inngår i revisjonskriteriene: Er hjemmesykepleiens organisering hensiktsmessig med tanke på 1) å tilby de tjenestene som en som kommune skal tilby, og 2) å bidra til målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme? Dette er de to spørsmålene som ligger til grunn for de to revisjonskriteriene vi i dette kapittelet vurderer kommunens praksis opp mot.

Vi vurderer at kommunens organisering er godt tilpasset begge disse forholdene, og dermed kan beskrives som hensiktsmessig med tanke på våre to revisjonskriterier. Dersom vi starter med det siste spørsmålet, mener vi at det er liten tvil om at dagens organisering er godt tilpasset målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Vi begrunner dette med den sentrale posisjonen som målet har i planverk og forankringen det har i alle ledd av organisasjonen. Med endringene som leder fram til dagens organisasjonsmodell (fra og med 2018) mener vi at kommunen har innrettet seg godt for et enhetlig og systematisk arbeid på området. Vi vurderer at dette utviklingsarbeidet allerede er godt i gang og at EHR har etablert dette i sin praksis i dag. Vi viser videre til ansvarlig ledelses egne vurderinger av dette forholdet: Kommunen hadde ikke fått til dagens innsats på området med tidligere organisering.

Her trekker vi fram hvordan dagens organisering klargjør ansvar og ledelse. Videre samkjører og sentraliserer kommunen en rekke oppgaver som er relevante for å nå målet. Et klart eksempel på dette er den avgjørende rollen og funksjonen som Samordningsenheten har med å koordinere og forvalte kommunens tiltaksvifte. Dermed sørger en også for en enhetlig og likeverdig tildeling av tjenester til hver enkelt bruker, med en tilpasset fordeling av begrensede ressurser samlet sett.

Det har her også vært en stor fordel å ha en samlet ledelse i EHR: Vi stiller oss bak vurderingene til virksomhetsledere om at en desentralisert sonemodell ikke hadde gitt samme retning og fokus til dette arbeidet, og at de organisatoriske endringene har vært viktige og positive for kommunens innsats for å realisere målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Angående første spørsmål har vi ingen indikasjoner på at kommunen ikke er organisert på en slik måte at den ikke kan tilby tjenestene den skal iht. lovverk og politiske målsetninger. Vi vurderer

at organiseringa på området er godt forankret i kommunen og i tjenesteområdet som helhet, og at den er innrettet slik at kompetente, faglige vurderinger ligger til grunn for vedtak og oppfølging.

Vi støtter oss her særlig på informasjon fra intervju, hvor vurderingene til ansatte på alle nivå tilsier at dagens organisering gjør både dem selv og andre i stand til å følge opp pasienter i tråd med krav og vedtak. Samtlige informanter som har gjort seg opp en mening om saken beskriver ny organisering som en forbedring fra tidligere: Endringer av organisering har ifølge de samme kildene ført til en mer rettferdig ressursfordeling på området, samt bedre ivaretatt prinsippet om likeverdige tjenester til alle kommunens innbyggere.

Vi begrunner dette også med organisasjonsteori²² og vår egen erfaring: Opprettelse av en felles koordinerende enhet (som Samordningsenheten) er en viktig og ofte avgjørende bidragsyter for å oppnå disse målene. Dagens organisering setter også kommunen langt bedre i stand til å kunne gi riktige tjenester til riktig tid (ev. riktig funksjonsnivå): Samordningsenheten vil her sørge for at en har en felles, etablert og likeverdig praksis på området.

Revisjonen kan bare i begrenset grad si noe om hvorvidt samtlige eldre med behov for tjenester vil bli «fanget opp» av systemet. For eldre som ikke er inne i systemet fra før, vil det alltid være et spørsmål om kommunen har god nok oversikt til å nå ut til alle. Informasjon fra intervju tilsier at enkelte eldre/pårørende ofte venter for lenge med å ta kontakt om hjelpebehov, og dermed ikke får tjenester de ellers hadde fått (ved kjent behov). Kommunen har imidlertid gode rutiner for å gi beskjed til Samordningsenheten og andre instanser ved kjennskap til behov (og endringer i disse). Hvorvidt kommunen her skiller seg negativt eller positivt ut sammenlignet med andre kommuner, har vi ikke grunnlag for å uttale oss om.

Vi kommer tilbake til noe av dette senere, men kan i hovedsak kvittere ut slike bekymringer som mindre relevante fra et rent organisatorisk ståsted: Det er ikke grunnlag for å hevde at måten som kommunen har valgt å organisere sine virksomheter på, har negativ innvirkning på deres evne til å tilby de tjenester som kommunen skal tilby på området. Vi mener langt heller at kommunen har en hensiktsmessig organisering: Vi framhever her rollen og funksjonen til Samordningsenheten, og de organisatoriske endringene som samlet hjemmesykepleiesonene under felles ledelse i EHR.

Ut fra dette har revisjonen ikke konkrete anbefalinger om forbedring av kommunens organisering av sine tjenester på området.

I neste kapittel (kap. 4) skal vi se nærmere på hvordan samhandling og koordinering av tjenester mellom ulike instanser fungerer i Sandnes kommune. Da kommer vi også inn på forhold som er relatert til spørsmålet om kommunen gir de tjenestene de skal tilby, nemlig hvorvidt kommunen også evner å gi gode tjenestetilbud når involvering av flere aktører er nødvendig for å dekke de ulike brukernes behov.

²² For en god oversikt over historisk utvikling og sentrale momenter, se: Gjerde et al. (2016).

4 SAMHANDLING OG KOORDINERING AV TJENESTENE

I dette kapitlet blir følgende problemstilling behandlet:

- Hvordan fungerer samhandling og koordinering mellom hjemmetjeneste og andre sentrale helse- og omsorgstjenester?

Som nevnt i kap. 3 vurderes hvert kapitels problemstilling i lys av kommunens overordnede mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

4.1 REVISJONSKRITERIER

Kommunen har en plikt til å samordne sine tjenester og skal samarbeide med andre tjenesteytere om tilbudet der det er behov for dette, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-4:

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Kommunen skal samordne tjenestetilbudet etter første ledd.

Kommunen har dermed en plikt til å sørge for samhandling mellom ulike kommunale deltjenester og med andre tjenesteytere der hvor dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. Ved uklarheter eller uenigheter rundt hvem som skal samordne tjenestetilbudet inntreer en plikt for kommunen til å bestemme hvilken instans som skal samordne tjenestetilbudet til en mottaker som trenger helhetlige og samordnede tjenester, jf. andre ledd sitert over.

Dette må igjen ses i sammenheng med hol. § 4-1 som oppsetter krav om at kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud jf. § 4-1 første ledd bokstav a.

Dette må også sees i lys av kravene om å «utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester» (jf. hol § 7-1), å tilby koordinator «ved behov for langvarige og koordinerte tjenester» (jf. hol. § 7-2) og i tillegg «ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet» (jf. hol. § 7-3).

Til sammen stiller dette krav til et individuelt tilpasset og samordnet tilbud når flere instanser er involvert i oppfølging av pasienter og brukere som mottar tjenester iht. loven. Dette gjelder også for mottakere av hjemmetjenester i kommunen.

Ut fra dette er det utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen har en etablert struktur og god praksis for å gi et helhetlig og samordnet tilbud til brukere av hjemmesykepleien
- Arbeidet med samhandling og koordinering av tjenestene er satt i sammenheng med kommunens mål om at flest mulig eldre kan bo lengst mulig hjemme

4.2 SAMHANDLING OG KOORDINERING I HJEMMESYKEPLEIEN

Som omtalt over: Sandnes kommune har delt inn sine hjemmesykepleietjenester i sju ulike soner, som hver har sin avdelingsleder som rapporterer til virksomhetsleder EHR. (Hjemmesykepleien i tidligere Forsand kommune er organisert noe ulikt, sammen med lokalt sykehjemtilbud.)²³ Hver avdelingsleder er ansvarlig for oppfølging av innbyggere i sin sone. Av nøkkeltallene vi la fram i kap. 2 ser vi at de geografiske inndelte sonene har omtrentlig samme størrelse/aktivitetsnivå, eller i det minste ikke avviker betydelig fra hverandre.

Innad i EHR ligger ansvar for og arbeid med samhandling og koordinering av hjemmesykepleien i stor grad til virksomhetsleder og assisterende virksomhetsleder EHR, og deres arbeid ut mot de enkelte avdelingslederne i sonene. Avdelingslederne har på sin side ansvar for den daglige driften i sine soner, og er derfor på langt nær like involvert i det konkrete arbeidet med samhandling og koordinering av hjemmesykepleietjenestene på et overordnet, kommunedekkende nivå.

Dette følger av organisering og innretning av hjemmesykepleien. Selv om virksomhetsleder EHR har felles samarbeidsmøter med avdelingslederne, er dette heller et forum for erfaringsutveksling og samkjøring enn samordning og koordinering på tvers. Avdelingslederens innsats skjer primært i sonene og er rettet mot den direkte oppfølginga av ansatte og brukere der. Som vi kommer inn på i senere delkapitler, omfatter dette samarbeid og koordinering med andre instanser. Derimot ligger konkret samhandling og koordinering innad i hjemmesykepleien til virksomhetsleder EHR.

For å utføre dette arbeidet er det også tilknyttet enkelte stabsfunksjoner til virksomhetsleder i EHR, som framstilt i organisasjonskartet i kap. 3.2.²⁴ Hva vi her omtaler som «stab EHR» består av seks ansatte med følgende funksjoner og stillingstitler: klinisk ernæringsfysiolog, fagutvikling demens, demenskoordinator, fagutvikling velferdsteknologi, frivillighetskoordinator, samt en avdelingsleder som også har oppgaver knyttet til hverdagsrehabilitering.

Oppgaver knyttet til disse funksjonene ligger altså ikke til sonene, men er kommunedekkende (og omfatter også andre tjenester enn hjemmesykepleien). Stab EHR har ingen formell myndighet til å bestemme forhold lokalt, men har en viktig koordinerende rolle på sine områder. De er i praksis personene som driver viktige satsinger i kommunen, med gode tilbakemeldinger fra andre ansatte og brukere/pårørende. (Se også kap. 6.) Videre får de et viktig innblikk i hvordan tjenestetilbudet

²³ Sammenlignet med øvrige soner har Forsand forholdsvis store geografiske avstander og få brukere. Ved kommunesammenslåinga valgte en å beholde samdrift av lokal hjemmetjeneste med sykehjemsenheten, da dette ble vurdert som mer hensiktsmessig enn å innføre tilsvarende sonemodell for hjemmesykepleien også i Forsand. En har likevel tilgang til samme stabsfunksjoner fra EHR som øvrige soner (ernæringsfysiolog, demenskoordinator osv.).

²⁴ Dette da i tillegg til assisterende virksomhetsleder og to administrasjonskonsulenter. Som det framgår av kartet og av omtale under: Oppgaver knyttet til hverdagsrehabilitering er lagt til en avdelingsleder med en tilleggsportefølje.

er i sonene, og samarbeider tett med både virksomhetsleder og ansatte ute i sonene. Her er de et bindeledd for virksomhetsleder og assisterende virksomhetsleder i oppfølging av tjenestene i felt.

I våre intervju med virksomhetsleder og stab EHR framkommer det ikke informasjon som tilsier at det er systematiske utfordringer med samhandling og koordinering innad i hjemmesykepleien – alle beskriver organisering og samarbeid internt som godt. Tankegangen om hverdagsmestring er satt i system og kjennetegner mye av innsatsen. Enkelte beskriver utfordringer med å få nok tid til å gi de tilbudene som ikke er nødvendig helsehjelp, og at omfanget gjerne blir redusert i takt med knapphet på ressurser.

Arbeidet med hverdagsrehabilitering er ett eksempel på dette. Kandidater for å motta oppfølging blir kartlagt og vurdert med tanke på å få et tidsavgrenset vedtak om hverdagsrehabilitering (fire uker). Dette skal gjerne «få i gang» brukere etter utskrivning fra helseinstitusjon eller etter negativ endring i funksjon. Oppfølging kan likevel bli avhengig av ressurstilgangen i sonene (ev. sentralt) og vil tilsvarende mangle kontinuitet.

Ifølge avdelingsleder med ansvar for hverdagsrehabilitering handler det ikke om manglende vilje til å samarbeide ute i sonene, men hvorvidt kabalen går opp i hverdagen. Og ved ressursknapphet, i sonene eller sentralt, er det fort tilbud som ikke gir nødvendig helsehjelp som blir nedprioritert. Dette gjelder blant annet hverdagsrehabilitering, selv om det er vesentlig for arbeidet med målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Slik vil viktige tilbud for målet være sårbare for endringer i ressurstilgang på feltet.

Vi har i kap. 3.3.3 sett at antall opplæringsvedtak har økt markant de siste årene. Tilsvarende har det også vært en klar økning i aktivitet på områdene tilknyttet de ulike stabsressursene i EHR. Fra appendikset bakerst i rapporten har vi hentet følgende utvalg av slike aktivitetstall:

Pr. 31.12	2019	2020	2021	2022	2023
Antall frivillige	60	50	50	61	65
Antall henvisninger til hukommelsesteamet	90	60	57	82	109
Utførte demensutredninger av hukommelsesteamet, inkl. demenskoordinator	54	47	49	70	86
Antall på venteliste til utredning i hukommelsesteamet	13	6	8	15	24
Antall personer med demens i Tidlig innsats	54	66	81	102	132
Antall som har tiltakspakke demens	2	6	14	15	32
Antall aktivitetsvenner for personer med demens	4	-	1	10	11
Antall henvisninger til hverdagsrehabilitering	413	397	476	472	470

Antall gjennomførte hverdagsrehabiliteringer	266	221	320	317	316
Antall elektroniske medisindispensere i drift (E-dosetter)	24	41	43	82	130
Totalt antall utmatninger fra E-dosetter		-	-	53 600	80 000
Antall GPS i drift	0	3	11	26	21
Antall brukere av Lysthuset gjennom året	-	-	-	11	15
Antall brukere av hjemmeavlastning	-	-	-	3	5

Som vi husker fra beskrivelsen av utviklinga av timeverk i hjemmesykepleien: Disse aktivitetene kommer i tillegg til en markant økning i timeverk blant eksisterende brukere. Den innsatsen som vises i datautvalget over kommer altså på toppen av arbeidet som hjemmesykepleierne gjør basert på tildelte vedtakstimer fra tildelingskontoret (TKH). Den ekstra aktiviteten vi ser over springer i stor grad ut av innsatsen fra det vi over har omtalt som stab EHR.

Vi ser her en klar økning i aktivitet knyttet til utredning og oppfølging av brukere med demens. I noe mindre grad ser vi også økning innen frivillighet (inkl. Lysthuset) og hverdagsrehabilitering, mens det har vært en klar økning i bruk av E-dosetter og GPS. Slik satsing på velferdsteknologi har her gitt konkrete resultater, men fagutvikler med ansvar på området uttaler at en fortsatt har et godt stykke igjen å gå i kommunen. Tilsvarende tilbakemeldinger kommer også fram i intervju og annen korrespondanse med stab EHR: Tiltakene hjelper og avlaster hjemmesykepleierne i det daglige arbeidet deres, men behovet for mer støtte og oppfølging er økende.

Overordnet beskriver virksomhetsleder og stab EHR god intern samhandling og koordinering i hjemmesykepleien, med en veletablert tanke om hverdagsmestring som sentral for arbeidet. Dette gjelder også blant avdelingsledere og andre ansatte i hjemmesykepleien som er intervjuet i denne forvaltningsrevisjonen: Innsatsen er satt i system, og det er i hovedsak en helhetlig tilnærming til utviklingsarbeidet i EHR. I tillegg beskriver de ansatte et godt arbeidsmiljø, med et velkoordinert samarbeid innad i sonen.²⁵

Samtlige ansatte vi har intervjuet har god kjennskap til framtidig utfordringsbilde og kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. De mener det er høy bevissthet om målet blant ansatte, og at dette er vel forankret i egen praksis. Samtlige ansatte med erfaring fra både tidligere og ny organisering omtaler dagens innretning av tjenestene som bedre egnet til å ivareta dette målet.

Det som anføres av utfordringer knyttet til samhandling og koordinering tilskrives andre forhold enn forhold innad i hjemmesykepleien og EHR. Dette omtaler vi nærmere i de neste delkapitlene,

²⁵ Mer om ansattes rammebetingelser til å utføre sitt arbeid i kap. 5.

som tar for seg samhandling og koordinering med andre kommunale instanser (kap. 4.3) og med andre aktører utenfor kommunens myndighet (kap. 4.4).

4.3 SAMHANDLING OG KOORDINERING I KOMMUNEN

Den viktigste samhandlingsaktøren for hjemmesykepleien er Samordningsenheten. Vi har i kap. 3.2 og 3.3. beskrevet dens funksjon og rolle. Som vi omtalte der: Alle vedtak som skal følges opp av hjemmesykepleien blir vedtatt av Samordningsenheten, nærmere bestemt av tildelingskontoret og dets helseteam (TKH).

Vedtaksstypen og -omfang fastsettes dermed av TKH, og blir førende for oppgaver og ressursbruk i hjemmesykepleien. TKH har også en koordinerende funksjon når brukere har behov for tjenester fra flere ulike instanser innad i kommunen. Saksbehandlere ved TKH har oversikt over hele den kommunale tiltaksvidden; de har dermed en avgjørende oppgave i å finne riktig nivå og omfang av tjenestetildeling, sett ut fra helhetlige hensyn til både bruker og samlet ressursbruk i kommunen.

For at hjemmesykepleien skal kunne gjøre jobben sin, må det være et godt samarbeid mellom EHR og Samordningsenheten. I intervju framhever begge virksomhetslederne nødvendigheten av dette. Godt samarbeid mellom virksomhetene er også helt avgjørende for tilbudet som hver enkelt bruker mottar. Uten god kommunikasjon og avklarte roller mellom de ulike aktørene, vil tilbudet svært fort bli ukoordinert og mangelfullt.

Begge virksomhetslederne vurderer samhandling og koordinering de to virksomhetene imellom som god. Det kan være enkelte tilfeller av faglig uenighet om hvordan brukere skal følges opp og – kanskje særlig – av hvilken instans i kommunen, men overordnet dialog- og samarbeidsklima blir omtalt i positive ordelag. Det er etablert faste månedlige møter mellom Samordningsenheten og EHR, hvor kommuneoverlegen også deltar. Virksomhetsleder EHR viser videre til skriftlige samarbeidsrutiner for samarbeid med andre instanser og aktører i kommunen.

Ny organisering framheves av begge virksomhetsledere som vesentlig for god samhandling og koordinering av tjenestene. Tidligere organisering med ulike ledere innenfor hjemmesykepleien ga her et annet utfordringsbilde, og klart større vansker med å sikre et enhetlig, koordinert tilbud for alle brukere. Dette tilskrives ulike praksis og ulike kulturer mellom soner og avdelingsledere. Samarbeidet beskrives også som langt bedre og lettere å få til nå som EHR er én samlet enhet. At EHR har blitt en stor virksomhet beskrives ikke negativt; langt mer har felles tilnærming til saker og en enhetlig tankegang i hjemmetjenestene lettet samarbeid og koordinering av tilbudet.

Virksomhetsleder i Samordningsenheten beskriver og et godt samarbeid mellom saksbehandlere i TKH og hjemmesykepleien. Dette betyr ikke at det ikke kan være vanskelige saker eller unntak fra hovedinntrykket, men at dette nettopp er unntaksvis. Videre vurderer virksomhetsleder at det er rom for å snakke sammen og være uenig, med en felles «vi-tankegang» i bunn. Det er ikke lagt opp til at det i praksis skal være tette skott mellom tildeler og utfører, noe en kanskje kan oppleve i større grad i enkelte andre kommuner. Virksomhetsleder omtaler en slik kultur for samarbeid som avgjørende for å få tilbudet til å virke: «Du kan ha så mange samarbeidsrutiner og systemer du vil, men har du ikke kultur for samarbeid, fungerer det ikke» (fra intervju).

Som omtalt i kap. 3.3.1 forholder saksbehandlere seg ikke lenger kun til enkelte soner eller avdelingsledere, men tar utgangspunkt i brukerlister, uavhengig av brukers sonetilhørighet. Dette gjør at alle saksbehandlere har kontakt med alle avdelingsledere og alle soner. Dette omtales som en overveiende positiv endring, med et godt og velfungerende samarbeidsklima. Saksbehandlere oppfattes å gi tilbud som er faglig fundert og løsningsorientert, hvor målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme er innarbeidet praksis. Basert på våre intervju oppfatter vi at dette målet er godt kjent og forstått av alle aktører på området.

Gjennomgående beskriver øverste ledelse på området at samhandling og koordinering med ulike instanser i kommunen fungerer godt. Samarbeidet mellom EHR og Samordningsenheten trekkes som nevnt fram som det klart viktigste, og fungerer svært godt. Sett fra EHR sitt ståsted framstår koordinering med Mestringsenheten som det kommunale området hvor det oftest blir utfordringer og/eller uenighet ved oppgavedeling. Virksomhetsleder EHR beskriver et godt samarbeid, men at det iblant kan bli utfordringer med god koordinering og god ressursutnyttelse når brukere skal ha tjenester fra begge virksomhetene.

Særlig trekkes koordinering av oppgaveløsning overfor brukere med psykiske helseutfordringer fram som et gjentakende tema. Ett eksempel på dette er gjerne at ansatte i hjemmesykepleien har ansvar for å dele ut medisiner og sørge for at brukere får i seg disse, men at ansatte får «mye mer på kjøpet», og samtidig må gjøre oppgaver som en mener ikke ligger til hjemmesykepleien.

Andre ansatte tilknyttet hjemmesykepleien er i intervju mer entydige i sine beskrivelser av disse utfordringene. Både avdelingsledere og andre ansatte i sonene mener at det er her at de opplever flest vansker med å få til et godt koordinert tilbud til brukerne. Samarbeidet om enkeltbrukere blir omtalt som ikke alltid så godt, og at en ikke alltid får til et helhetlig perspektiv. Ansatte beskriver i praksis mangler ved kulturen for samarbeid på tvers av ulike utførende enheter.

Eksempler som trekkes fram følger blant annet i forlengelsen av beskrivelsen over om å få «mer på kjøpet» enn hva de har i tildelt oppgave: Ansatte beskriver å måtte gå inn to stykker i et hjem kun for å gi – ut fra deres ståsted – enkel praktisk bistand til en bruker med relativt store psykiske hjelpebehov. Fra deres perspektiv kunne og burde dette heller ha vært gitt av Mestringsenheten samtidig med deres oppfølging (dusjing, sårstell osv.). Ansatte i hjemmesykepleien opplever da å få flere oppgaver i fanget, og å mangle nødvendig faglig kompetanse og personlig relasjon til den enkelte brukeren til å gjøre dette på en god måte.

Avdelingsledere trekker videre fram at Mestringsenhetens tilbud gjerne avsluttes når det er faglig grunnlag for dette, men der tjenestemottaker fortsatt har behov for noe oppfølging. Dette gjør at hjemmesykepleien ofte får ansvar for brukere der hjelpebehovene – ut fra deres ståsted – primært bunner i utfordringer med psykisk helse, noe ansatte opplever å ikke ha tilstrekkelig kompetanse i. Å få generell veiledning på området av Mestringsenheten oppleves også som ikke tilstrekkelig.

Til dels kan utfordringene med god koordinering føres tilbake til variasjoner i hjelpebehov hos ulike brukere og hva som faller over og under terskelen for kommunal hjelp. Ansatte beskriver en praksis hvor utførere har ulike oppgaver og vedtak på samme bruker, med relativt begrenset grad av samhandling og samarbeid på tvers av de utførende enhetene og ansatte. Ett eksempel som en pleier trekker fram er at en ikke blir koblet godt på samarbeidsmøter hvor en annen enhet har hovedansvar, men hjemmesykepleien også har konkrete oppgaver og tjenester de skal bidra med.

Ansatte tilskriver også utfordringene delvis kommunens organisering og innretning på området: Primæransvar for brukerne bestemmes av hvilken kommunal enhet som har flest timeverk knyttet til den enkelte bruker. Da blir også tilnærming og oppfølging fort deretter. Her peker noen ansatte på baksidene ved å la timeverk avgjøre primært oppfølgingsansvar. I våre intervju er flere ansatte i hjemmesykepleien av den oppfatning at deres enhet får ansvar for brukere som heller burde ha vært lagt til en annen enhet.

På overordnet nivå har hjemmesykepleien og Mestringsenheten en samarbeidsavtale om hvordan samhandling og koordinering skal skje. Ansatte i hjemmesykepleien oppgir at denne er revidert i løpet av de siste årene, men viser til at det fortsatt er utfordringer om innretning og utforming av dette samarbeidet i konkrete saker.

Enkelte ansatte peker også på brukere med funksjonshemming som en annen brukergruppe hvor det kan bli lignende utfordringer i koordinering av samarbeid og oppfølging, da mellom EHR og Enhet for funksjonshemmede (EFF).

Dette er de mest framtrepende utfordringene som trekkes fram av ansatte i intervju. Generelt sett er det flest positive betraktninger om samarbeid og koordinering med andre enheter i kommunen, som fysio-/ergotjenesten og sykehjemmene. Det som gjerne trekkes fram av utfordringer på disse arenaene handler ofte om tilpasninger i hjemmet og mangelen på dette: Avdelingsledere og andre ansatte i hjemmesykepleien oppgir at de gjerne skulle ha hatt bedre tid til å gå gjennom behov og mulige tilpasninger i hjemmet før de på relativt kort varsel overtar ansvaret for brukerne. Én av de intervjuede avdelingslederne trekker fram at en i sonen bruker forholdsvis mye tid på å søke, bestille og hente hjelpemidler fra fysio-/ergotjenesten, og kunne tenke seg tettere samarbeid her.²⁶

Av andre kommunale instanser og aktører som hjemmesykepleien samarbeider med nevnes også fastleger og timebaserte miljøterapeut tjenester. Fastlegeordningen er et kommunalt ansvar, hvor mye av samarbeid og koordinering skjer gjennom kommuneoverlegen. I interne gjennomganger ved EHR vurderes samarbeidet med fastlegene som stort sett godt. Området som har skapt størst utfordringer har vært demensproblematikk, men dette omtales nå å være i bedring og skal heller ikke ha bunnet i organisatoriske forhold.²⁷

Siden april 2023 har kommunen også hatt en egen prosjektlederstilling i prosjektet «Sandnes blir eldre». Arbeidet med dette startet i 2021, og har vært ment å samle trådene og gi retning til felles innsats i lys av de demografiske endringene som kommer. I samtale med prosjektleder framheves dette: Kommunen må finne en ny måte å innrette sitt arbeid på – en vet at det ikke er ansatte eller (andre) ressurser til å gi tjenestetilbud på samme måte som en gjør i dag. Prosjektleder har også i oppgave å samle tjenestedata på en god måte, til å arbeide systematisk med framtidig utvikling og behov.

²⁶ Tettere samarbeid med tjenesten nevnes her også i forbindelse med ansattes arbeidsmiljø. Mer om dette i kap. 5.

²⁷ Jf. ledelsen ved EHR sin gjennomgang/egenvurdering for 2023. Denne omtaler et «stort sett godt samarbeid med fastlegene, unntatt av enkelttilfeller som har krevd en del ressurser. Det merkes generelt økt interesse og initiativ fra fastleger [hvor demenskoordinator] tidligere har strevd med å komme i posisjon. Det arbeides med kvalitetssikring i fastlegesamarbeid med kommuneoverlegen i form av møter og informasjon og nyhetsbrev til fastlegene. I forhold til legesamarbeid opplever legene demens som et vanskelig tema, og de uttrykker generelt ønske om tydelig kommunikasjon, vurderinger og samarbeid fra HUK [hukommelsesteam]/DK» (Sandnes kommune 2023b: 8)

Prosjektleders arbeid er på flere måter fortsatt i en startfase, men er i gang og er sentrert rundt fire tema. Dette omtales som fire bein som prosjektarbeidet skal stå på:

- Tjenesteutvikling
- Digitalisering og teknologi
- Bolig
- Aldersvennlig samfunn

Det er etablert arbeidsgrupper til alle disse fire temaene, i tillegg til ei overordnet prosjektgruppe.

Prosjektleder framhever at dette er et stort og viktig arbeid, hvor den kanskje viktigste utfordringa er å få alle utenfor kommunedirektørens ansvarsområde til å skjønne hvor stor og krevende denne omstillinga vil bli. Det beskrives et mulig «forventningsgap» mellom hva brukere og pårørende, i tillegg til innbyggere og politikere generelt, ønsker og forventer av framtidige tjenester, og hva en realistisk kan tilby. Dette samsvarer med tilsvarende bekymringer uttrykt på ledernivå i kap. 3.

Våre intervju med stab EHR tilsier at de rådfører seg tett med sentraladministrasjonen, og ut fra behov har dialog og samarbeid med andre enheter i kommunen. Naturlig nok er da dette arbeidet noe mer personavhengig og rettet mot enkeltsaker enn hva andre kommunale samarbeid er. Stab EHR omtaler samarbeidet med andre aktører og instanser i kommunen som jevnt over meget bra, og at alle ønsker å hjelpe til og drar i samme retning. Én av de ansatte i stab oppgir at noe uklare rammer for samarbeidet iblant kan skape noe uklarhet, og at effekten av ulike tiltak dermed blir tilsvarende svekket. Likevel er det generelle inntrykket av samarbeid og koordinering med andre kommunale instanser overveiende positivt.

4.4 SAMHANDLING OG KOORDINERING MED ANDRE

Hjemmesykepleien har også flere kontaktpunkt med ikke-kommunale instanser om brukere. Mest framtrødende er Stavanger universitetssykehus (SUS) i forbindelse med innleggelse og utskrivning av pasienter. Andre instanser som nevnes i intervju er eksterne aktører som en bestiller varer fra, og faglige nettverk som Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) og Utviklingssenter for sykehus og hjemmetjenester (USHT). Det er også etablert ulike nettverk med tilsvarende aktører i andre kommuner (blant annet virksomhetsledere for hjemmesykepleien i nabokommuner, og e-helsenettverket).²⁸

Av disse virker det vanligste og det viktigste samarbeidet å være med SUS. Da er det heller ikke overraskende at informasjon fra intervju tilsier at det er her samarbeid og koordinering framstår som mest utfordrende. Virksomhetsleder EHR beskriver samarbeidet med SUS som både bra og krevende.

Utfordringene handler typisk om pasienter som skrives ut fra SUS når vedkommende ikke har en helse- og funksjonstilstand som mottakende enhet (her: EHR) opplever som god nok, noe som ut fra EHRs ståsted tilsier fortsatt sykehusopphold. Virksomhetsleder bekrefter at det har blitt sendt

²⁸ I tillegg kommer kontakt ut til pårørende og andre. Mer om dette i kap. 6.

avviksmeldinger til SUS på bakgrunn av dette, og at det også har blitt sendt bekymringsmelding til kommuneoverlegen. Disse blir fulgt opp iht. standard rutiner.

Med tanke på målet om at flest mulig eldre skal kunne klare seg lengst mulig hjemme melder det seg her også et eget moment: Ansatte i hjemmesykepleien trekker fram forventningsavklaringer som en viktig del av dette bildet, og at deres opplevelse er at sykehuset iblant lover pasienter mer enn hva hjemmesykepleien kan tilby. Særlig merkbart blir dette når TKH og EHR mottar melding om utskriving på kort varsel, og en ikke får tid til å kartlegge hjem, behov og muligheter, ei heller foreta nødvendig opplæring av ansatte osv. Da forskyver fort problemet seg, og veien videre til et høyere trinn i den kommunale omsorgstrappa går desto raskere.

I intervju med ansatte er folks forventninger til tjenestene et gjennomgangstema. Dette handler gjerne om aktører som ansatte i hjemmesykepleien ikke arbeider med direkte. Opplevelsen er at det kan være et stort spenn mellom hva aktører på «utsida» tror og forventer om tjenestetilbudet, noe ansatte som arbeider med tematikken i det daglige mener ofte kan være urealistisk. Dette kan gjelde både brukere og pårørende, men også den allmenne befolkninga (inkludert politikere).

For at kommunen skal realisere målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, peker flere ansatte på et stort behov for å arbeide forebyggende i samfunnet generelt sett. Til dels handler dette også om en viss realitetsorientering av folks krav og forventninger. Ett eksempel som trekkes fram er framtidige brukere og pårørendes vilje til å gjøre nødvendige endringer i bo- og livssituasjon: Forbereder innbyggerne seg godt nok for egen alderdom?

Et annet eksempel er folks (manglende) bevissthet om hva eldrebølgen gjør med tjenestetilbudet, når den demografiske utviklinga også sees i lys av lavere dekningsgrad på sykehjemmene: Dette vil nødvendigvis sette preg på framtidens tilbud. Som omtalt i forrige kapittel er denne utviklinga allerede i gang: Pasienter på sykehjem har i dag langt lavere funksjonsnivå enn for relativt få år siden. Denne utviklinga er ventet å fortsette, og vil nødvendigvis føre til at hjemmesykepleien (og andre) forholder seg til stadig lavere funksjonsnivå blant sine brukere, med de følger det får.

I begge disse eksemplene peker de ansatte i praksis på et behov for bredt anlagt folkeopplysning, både om dagens situasjon og om forventet utvikling i årene framover. Ikke alle deler av dette kan eller skal ligge til hjemmesykepleien å ta ansvar for.

Vi kommer tilbake til noen sider av dette i kap. 6. Der diskuterer vi brukeres opplevelse av tilbud og tilrettelegging, og hvilke tiltak kommunen allerede er i gang med i den sammenhengen.

4.5 VURDERING AV SAMHANDLING OG KOORDINERING

Vi vurderer at hjemmesykepleien i hovedsak har god samhandling og koordinering av tjenestene. Vi mener at kommunen ivaretar kravene i begge revisjonskriteriene vi har satt opp: På overordnet nivå er det en etablert struktur og god praksis for å gi et helhetlig og samordnet tilbud til brukere i hjemmesykepleien; videre er arbeidet med samhandling og koordinering av tjenestene også satt i sammenheng med målet om at flest mulig eldre kan bo lengst mulig hjemme.

I positiv forstand framhever vi særlig samhandling og koordinering innad i hjemmesykepleien, og samarbeidet med Samordningsenheten. Vi vurderer at de ansatte i begge virksomhetene er bevisst både utfordringsbildet og kommunens mål, og at dette er godt innarbeidet i daglig praksis. Basert

på informasjon fra intervju mener vi at kommunen ikke bare har en hensiktsmessig organisering av sine tjenester (jf. kap. 3), men at det også er en god kultur for samarbeid mellom tildelende og utførende enhet.

Stabsressursene i EHR framstår som svært viktige for kvalitetsutvikling av tjenestetilbudet, og for å realisere kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Vi ser på deres innsats og samarbeid med hjemmesykepleien som vesentlig, særlig i lys av den forventede demografiske og helsemessige utviklinga på området, samt lavere dekningsgrad på sykehjem. Vi har ikke konkrete punkter til forbedring på dette området, men anbefaler økt satsing på områdene som disse ressursene skal dekke. Uten bedre vilkår for hverdagsrehabilitering, frivillighet, arbeid opp mot demens, velferdsteknologi og ernæring (og ev. annet), vil ikke innbyggerne holde seg på lavere trinn i omsorgstrappa. Framover må de lavere trinnene klart styrkes, etter vår vurdering.

Prosjektet «Sandnes blir eldre» er et eksempel på et kommuneovergripende tiltak som er spesifikt rettet mot de demografiske og helsemessige utfordringene kommunen blir å stå overfor. Dette er et forholdsvis nylig oppstartet prosjekt, hvor det er for tidlig å vurdere arbeidet som er igangsatt. Det er like fullt et klart eksempel på et organisatorisk tiltak for å samordne kommunal innsats på området. Prosjektet er ventet å gi viktige bidrag til dette arbeidet.

Av forbedringspunkter trekker vi fram samarbeidet mellom ulike utførende virksomheter. Særlig framtreddende på intervju av ansatte «ute i felt» er grenseoppgangene mellom hjemmesykepleien og Mestringsenheten. Her gir ansatte uttrykk for at tjenestetilbudet til enkelte brukere ikke alltid er like godt koordinert, og at samhandlinga ikke alltid fungerer til hva de mener er det beste for brukeren.

Fra vårt ståsted dreier dette seg delvis om hvem (hvilken kommunal tjeneste) som skal gi brukere med sammensatte behov tilbud om hva til hvilken tid. Her vil det nødvendigvis være tilfeller med ulike brukere og varierende behov som gjør det utfordrende å finne riktig utførende enhet. Dette synet trekkes også fram av områdeledelsen, i sine vurderinger.

Vi understreker at vi i denne sammenhengen kun har intervjuet ansatte i EHR/hjemmesykepleien, Følgelig har vi ikke andre enheters syn på saken. Det er nærliggende å tro at en der vil kunne ha samme innvendinger: Hjemmesykepleiens ansatte ønsker i praksis at annen utførende enhet (her: Mestringsenheten) skal gjøre oppgaver som der ikke oppleves som del av deres stillingsinstruks.

Denne beskrivelsen samsvarer med de delene av samarbeidet som er omtalt som krevende: Det er i flere tilfeller reell uenighet om hvordan samarbeidet skal løses i praksis. Noen slike uenigheter og uklarheter i grenseoppganger er ikke til å unngå. Virksomhetsleder EHR er klar på at dialogen og samarbeidet generelt sett er godt, selv om det iblant er krevende og saker med reell uenighet.

Det synes likevel klart at kulturen for samarbeid mellom enkelte enheter i kommunen har rom for forbedring. Ansatte i hjemmesykepleien beskriver begrenset grad av samarbeid og samhandling på tvers av utførende enheter, når enkeltbrukere mottar tjenester fra ulike kommunale instanser. Den svært positive omtalen av samarbeidet og fellesskapskulturen mellom hjemmesykepleien og Samordningsenheten (TKH) som vi refererte til over, finner vi ikke igjen i samme grad i saker med flere utførende enheter involvert. Mangel på felles møtepunkt og felles oppgaveløsning går her igjen i omtalen fra ansatte vi har snakket med.

Ut fra våre intervju dreier ikke utfordringene her seg bare om kultur eller uenigheter i enkeltsaker, men kan delvis også tilskrives organisatoriske forhold: Ansatte i hjemmesykepleien

er i intervju klare på at tildeling av brukeransvar ut fra timeverk oppleves som ikke alltid samsvarende med faglige vurderinger. Sammenholdt med det faktum at hjemmesykepleien og Mestringsenheten (og EFF) har ulike tildelende enheter (TKH og THS i Samordningsenheten), har utfordringene knyttet til samhandling i tjenestetilbudet også en organisatorisk komponent.

Vi har ikke holdepunkter for å mene at det som her er av utfordringer fører til avvik eller mangler ved tilbudet. Vi anbefaler likevel at kommunen foretar gode vurderinger av følgende forhold, sett opp mot brukeres rett til et faglig forankret, samordnet og helhetlig tjenestetilbud:

- Mulige tiltak for å bedre kulturen for samarbeid mellom utførende enheter
- Mulige tiltak for å bedre organisering av samhandling og koordinering på tvers av ulike utførende enheter, inkludert tildeling av brukeransvar
- Tiltak for å styrke lavere trinn i omsorgstrappa²⁹

Tiltak for å bedre samarbeid med ikke-kommunale aktører (her: SUS, jf. kap. 4.4) krever en noe annen tilnærming, all den tid en kun har beslutningsmyndighet over den ene samarbeidsparten. Vi understreker likevel at kommunen her både har en plikt og en rett til å koordinere innsatsen når samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-4, første og andre ledd.

Ansvar for å samordne og koordinere tjenestetilbudet ligger altså til kommunen. Vi erfarer at kommunen har faste rutiner og praksis for å melde avvik når en opplever dette ved utskriving av pasienter. I takt med generell demografisk utvikling og lavere dekningsgrad på sykehjem kan hjemmesykepleien forvente seg stadig større hjelpebehov blant sine brukere. Dette vil igjen stille høyere krav ikke bare til ansattes kompetanse m.m., men også til samhandling og koordinering med SUS (og andre).

²⁹ Da blant annet gjennom økt kommuneovergripende innsats, for eksempel gjennom oppgaver som stabsressursene i EHR (og andre) står for. Vi spesifiserer denne anbefalinga i konklusjonen (jf. kap. 7), etter vår øvrige gjennomgang.

5 PLEIERE OG RAMMEBETINGELSER

I dette kapitlet blir følgende problemstilling behandlet:

- Hvordan er pleiernes rammebetingelser for å kunne jobbe i tråd med målet?

Som påpekt over kan rammebetingelser omfatte flere ulike forhold. Vi vil i denne rapporten dele dem i tre hovedgrupper. Dette gjøres for å systematisere mangfoldet av forutsetninger som virker inn på hjemmesykepleierne og deres arbeidssituasjon. Ved hjelp av dette kan vi så undersøke om det er enkelte områder hvor kommunens hjemmesykepleie er særlig godt eller mangelfullt rustet for å arbeide i tråd med målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Vi vil derfor kategorisere og se nærmere på følgende tre grupper av føringer eller forutsetninger som legger rammer for hvordan hjemmesykepleien utfører sitt arbeid, jf. kap. 1.3:

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

Perspektivet i dette kapitlet er i hovedsak perspektivet til de ansatte i hjemmesykepleien, slik dette framkommer i intervju med et utvalg av dem. I tillegg suppleres dette med informasjon fra intervju med andre ansatte, dokumentgjennomgang, henvisninger til lov- og planverk m.m.

5.1 REVISJONSKRITERIER

Som det framgår av problemstillinga, er fokuset i kap. 5 rettet mot rammebetingelser for å oppnå kommunens mål, og ikke pleiernes rammebetingelser rent generelt. Det sistnevnte temaet favner klart videre, og ville ha krevd en separat gjennomgang og en egen forvaltningsrevisjon. Vi må her nøye oss med en undersøkelse av i hvilken grad hjemmesykepleiernes rammebetingelser fremmer eller hemmer kommunens mål.

Dette gjelder også revisjonskriteriene vi skal bruke for å vurdere kommunens praksis på området. For å følge de tre hovedgruppene vi bruker i dette kapitlet: Av strukturelle føringer foreligger det en rekke rettsstatlige minstekrav til ansattes arbeidsbetingelser. Arbeidsmiljøloven har her en tydelig formålsparagraf, som skal «sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger» (aml. § 1-1 a).

Arbeidssituasjonen til ansatte i hjemmesykepleien fører som kjent til enkelte særutfordringer: De ansatte utfører sitt arbeid hjemme hos tjenestemottakerne, og har i praksis sin arbeidsplass i «de tusen hjem», som en pleier omtalte det i intervju. Dette kan gjøre arbeidsplassproblematikk særlig krevende, og utfordre arbeidsgiver på tilpasninger og tiltak som her er nødvendige for å holde seg innenfor lover og regler på feltet. Like fullt: De samme lovkravene ligger fortsatt til grunn.

Kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme er derimot «kun» et mål. Utover de lovfestede og ulovfestede krav som ligger til brukermedvirkning og -ønsker, har det ingen videre vekt i en *juridisk* avveining av konkrete rettigheter til ansatte og brukere. Det er et

kommunalt vedtatt *politisk* mål for kommunens tjenestetilbud. Selv om begge disse dimensjonene er normative og befinner seg på et strukturelt nivå, har vi her et viktig skille mellom juridiske og politiske føringer: Det politiske målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme må utformes og gjennomføres (og revideres) på en annen måte enn juridiske krav og rettigheter.

Målet er derfor først og fremst en strukturell rammebetingelse i den grad det inngår i kommunens rutiner, planverk, organisering og andre føringer for hvordan de kommunale tjenesteaktørene skal utføre sitt arbeid. Det er også i en slik forstand vi skal revidere de strukturelle føringene: I hvilken grad er målet etablert i hjemmesykepleiens daglige praksis, i form av rutiner, planer, organisering m.m.? Uten en god omsetning fra teori til praksis vil ikke kommunen nå målet sitt.

Av ressursmessige føringer er det ofte kostnader som trekkes fram i kommunale sammenhenger. Med «ressursbruk» refererer vi imidlertid også til andre begrensede ressurser i kommune-Norge, som ansatte med riktig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbudet. Uten fagansatte på jobb og nok plasser på sykehjem, skoler, barnehager osv., hjelper god kommuneøkonomi fint lite. Også det motsatte er tilfelle: Nok fagansatte og god kapasitet er til liten nytte dersom kommunen ikke har råd til å drifte tjenestetilbudet. De tre sidene av «ressursbruk» er med andre ord gjensidig avhengige av hverandre.

Dette gjelder også for hjemmesykepleien: Ett aspekt ved kommunens ressursbruk her er den rent kostnadmessige. Men også kompetente ansatte og kapasitet til å gi tilbudet til x antall brukere er begrensede ressurser. Med «kapasitet» forstår vi her også at ansatte har tilstrekkelig tid til å gjøre oppgavene sine på en god måte. Som vi skal gå nærmere inn på under: Denne faktoren framheves av ansatte i hjemmesykepleien som den kanskje viktigste. Dersom det skorter på en eller flere av disse rammebetingelsene, vil det ikke bare bli utfordrende å oppnå kommunens mål, men også å skulle oppfylle lovpålagte krav som både brukerne og de ansatte har.

Den siste forståelsen av ressursbruk vi legger til grunn i våre undersøkelser, er de arbeidsrelaterte føringene. Med dette mener vi arbeidsmiljø mer generelt og forhold direkte knyttet til utførelsen av pleiernes arbeid hos den enkelte brukeren. Arbeidsplassen i brukerens hjem er det mest konkrete eksempelet på dette, men også fysiske og digitale hjelpemidler som kommunen bidrar med, er omfattet: Ulike tekniske tilpasninger av baderom og senger er eksempler på fysisk utstyr som hjemmesykepleien trenger i sitt arbeid; trygghetsalarm og automatiske medisindispensere er tilsvarende eksempler på digitale hjelpemidler.

Disse tre hovedgruppene av føringer vil bli brukt til å undersøke de ansattes rammebetingelser for å utføre sine arbeidsoppgaver. Som nevnt over er disse forutsetningene nødvendige for at pleierne skal kunne gjøre jobben sin og – med tanke på vårt tema – arbeide i tråd med kommunens mål.

Ut fra dette er det utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunens mål om at flest mulig eldre kan bo hjemme lengst mulig er godt etablert i hjemmetjenesten som organisasjon, og er godt kjent blant pleierne
- Pleierne har rammebetingelser som gjør det mulig å etterleve dette målet i praksis

5.2 INTERVJU MED ANSATTE

Vi har gjennomført to gruppeintervju med ansatte i hjemmesykepleien. Begge ganger intervjuet vi tre kolleger med noe ulik stillingstittel, utdanning og oppgaver (heretter: informantene).³⁰ Som utførere i hjemmesykepleien har informantene god kjennskap til alle de ulike sidene ved pleiernes rammebetingelser. Informantene ble i intervju stilt de samme spørsmålene, som handlet både om kommunens mål og hvordan de selv opplever rammebetingelsene for å utføre sitt arbeid.

Først og fremst oppgir alle informantene at de kjenner godt til målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, og at de opplever at hjemmesykepleiens arbeid er rettet inn mot dette målet. På spørsmål om hvordan en arbeider med dette, trekker informantene fram følgende eksempler (i tilfeldig rekkefølge):

- Overgangen fra hjemmesykepleievedtak til opplæringsvedtak for «mindre» brukerbehov
- Arbeid med «hendene på ryggen» som del av opplæringsvedtakene
- Ekstra fokus på hvem som trenger hjelp til behov og hvem som i stor grad klarer seg selv
- Praksis med å melde tildelingskontoret (TKH) ved endringer i brukerbehov
- Flere prosedyrer og større grad av brukeroppfølgning skjer i hjemmet
- Arbeid koblet tettere på hverdagsrehabilitering
- Arbeid med forventningsavklaring hos brukere og pårørende
- Arbeid med å trygge brukere i eget hjem (samtaler, trygghetsalarm, andre hjelpemidler)
- Interne diskusjoner om hva endringer i brukerbehov skyldes og hvordan tenke langsiktig

I hovedsak uttrykker informantene seg positivt om arbeidet som gjøres for å realisere kommunens mål: Alle er klar over den demografiske utviklinga og hvilken vei det da vil gå med brukerbehov (i lys også av lavere sykehjemdekning). Informantene ser nødvendigheten av å innrette arbeidet ut fra målet om at flest mulig skal kunne bo lengst mulig hjemme.

I intervju uttrykkes det også stor grad av tilfredshet med rammebetingelsene: De ansatte opplever i hovedsak at forutsetningene er på plass for å gjøre oppgavene sine og arbeide i tråd med målet. På spørsmål om hva en tenker er de viktigste forutsetningene for at ansatte i hjemmesykepleien får gjort jobben sin, trekkes følgende momenter fram (i tilfeldig rekkefølge):

- Tid
- Nok ansatte på jobb/lavt sykefravær/riktige ansatte på vakt
- Ledelse som hører på sine ansatte/god ledelse
- Gode, avgrensede vedtak
- Godt samarbeid med andre aktører (blant andre fastleger)
- Gode hjelpemidler og god opplæring
- Anledning til å gå med to ansatte i hjem der det er behov for det (brukers/egen sikkerhet)

De tre første punktene trekkes fram av flere, og framstår som de mest vektlagte blant utvalget av informanter.

³⁰ Se «Referanser» for nærmere detaljer.

I intervju omtales de fleste av disse sju forutsetningene som dekket i det daglige. Tid er det ene punktet hvor informanter i varierende grad mener det er mangler eller utfordringer. Et lite antall informanter mener at det generelt er for lite tid til å gi den omsorgen som brukerne trenger, da gjerne sett i sammenheng med ensomhet og manglende kontakt med andre som gjentakende trekk blant mange brukere (og ikke eksplisitt til oppfølging av vedtak). Beskrivelser av hvordan ansatte og ledelsen i sonen samarbeider om å håndtere og følge opp slike tilfeller er like fullt positive.

Andre informanter sier eksplisitt at de mener de har tid til å gjøre det en skal, i tråd med vedtak.³¹ Tilfeller av manglende tid til brukere blir da heller knyttet til perioder med fravær blant enkelte ansatte. Her er omtalen av manglende tid primært avgrenset til konkrete forhold, og handler ofte om når på dagen enkelte brukere får besøk (da prioritert ut fra behov).

Flere informanter mener hjemmesykepleien i deres sone generelt sett er godt/tilstrekkelig bemannet. Utfordringer er her først merkbare i takt med fravær blant ansatte, og da gjerne ut fra deres kompetanse og erfaring. Så lenge arbeidsmiljø, samarbeid og tilstedeværelse³² er på plass, oppleves forutsetningene for å kunne gjøre jobben sin å være til stede. Disse forholdene blir i hovedsak omtalt positivt, og tid til god oppfølging av brukere blir kun unntaksvis utfordrende.

Tid blir også trukket fram av avdelingsleder som en viktig rammebetingelse for å realisere målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. For å kunne arbeide forebyggende og med «hendene på ryggen», må pleierne ha tid nok til å legge dette inn i sine hjemmebesøk. Som i andre kommunale tjenester vil det fort være denne typen tilnærming og tiltak som legges bort ved strammere rammer, all den tid dette ikke er en lovpålagt del av tjenestetilbudet. Da vil en derimot ta bort en viktig forutsetning for å realisere målet om å kunne bo lengst mulig hjemme.

Øvrige punkter beskrives generelt i positive ordelag: Lydhør og tydelig ledelse som tar hensyn til både brukere og ansatte framheves som en viktig faktor. Samarbeid mest eksterne aktører (særlig fastleger) og utvikling i bruk av hjelpemidler omtales også fordelaktig. Med tanke på de ansattes arbeidssituasjon framheves dette siste punktet om hjelpemidler i hjemmet. Dette oppgis å være et viktig HMS-tiltak for de ansatte.

Disse punktene omtales mest i generelle ordelag i intervju. Utover deres betydning for å ha en god arbeidsplass og et velfungerende tjenestetilbud, blir disse punktene i begrenset grad koblet direkte til arbeidet med å ivareta kommunens mål. Av forhold som nevnes i den sammenhengen kan vi trekke fram arbeidet med hverdagsrehabilitering og den økte bruken av opplæringsvedtak. Sammen med utvikling i bruk av hjelpemidler nevnes disse eksplisitt som viktige bidragsytere til å få flere eldre til å kunne bo lengre hjemme. Å avhjelpe ensomhet eller gi variasjon i hverdagen gjennom besøk på dagsenter eller andre tiltak blir også trukket fram av noen informanter.

Enkelte forbedringspunkt blir også trukket fram. Som nevnt i kap. 4 mener flere informanter at en har rom for forbedring i samordning av tjenestetilbudet mellom utførende enheter (der brukere får oppfølging fra flere instanser). Ansvar for brukere der ansatte mener at Mestringsenheten ville ha

³¹ Som uttalt av én informant: «Tidsfaktoren ligger til vedtaket og er ikke overhengende, føler ikke jeg ikke har tid til å gjøre det jeg skal».

³² Sykefraværet varierte noe mellom de to sonene vi hadde informanter fra. Den ene sonen hadde her et fravær godt under gjennomsnittet. Omtalen av bemanningssituasjon, tid til å gjøre oppgaver osv. varierte da tilsvarende i intervju.

vært et faglig bedre alternativ trekkes fram, likeledes manglende påkobling i samarbeidsmøter der Mestringsenheten har primæransvar for bruker.

Et annet forbedringspunkt som nevnes spesifikt er samarbeid med fysio-/ergotjenesten, blant annet når en skal gjøre tilpasninger i hjemmet. Informanter vurderer ei organisatorisk endring om å samle ansatte i den tjenesten i egne fagmiljø som forståelig, men påpeker at dette også har ført til lengre avstand mellom de ansatte: Det var lettere å ta kontakt og samordne tilbud da fysio- og ergoterapeuter arbeidet på samme sted som ansatte i hjemmesykepleien. Med stadig større fokus på tilrettelegging i brukernes hjem, oppgir informanter at denne endringa skaper noe vanskeligere vilkår for å gjøre gode tiltak og tilpasninger – i det minste fordrer den et annet samarbeid på tvers av enheter som ikke lenger er samlokalisert.

Informantene ble avslutningsvis spurt om hvordan de tror utfordringsbildet til hjemmesykepleien vil se ut tre til fem år fram i tid. Her svarer informantene at de tror de negative utviklingstrekkene bare vil fortsette innen demografi, helsetilstand og dermed brukerbehov. Angående forutsetninger for å kunne utføre arbeidet sitt da nevnes økt kompetanse og videreutdanning blant ansatte og økt bruk av teknologiske hjelpemidler som forventede positive bidrag.

I hovedsak tegnes likevel et noe usikkert og til dels pessimistisk bilde. Informantene beskriver ei demografisk utvikling som samstemmer med beskrivelsene våre i tidligere kapitler: Brukerne blir stadig sykere og har større hjelpebehov, med en tilsvarende økning i terskelen for å bli omfattet av tjenestetilbudet, også i hjemmesykepleien. Informantene mener at det gjøres et godt arbeid med å tilpasse innsatsen til utviklinga, men særlig økningen i brukere med demens forventes å skape utfordringer. I dagens situasjon oppgis rammebetingelsene å være stort sett gode, men det forventes at disse må bedres i takt med forventet utvikling på området.

Disse faktabeskrivelsene står ikke i motstrid med tilsvarende intervju med virksomhetsleder EHR og avdelingsledere for hjemmesykepleien i to soner. Ordvalg og vurderinger varierer noe, men de konkrete beskrivelsene av tingenes tilstand stemmer rimelig godt overens. Naturlig nok kommer det overordnede systemperspektivet og de økonomiske sidene bedre fram i intervju med ledelsen.

Av forhold som her tas opp, kan nevnes rammebetingelser relatert til:

- opplæring og videreutdanning av ansatte
- bemanning (inkludert vikarbruk, innleie, sykefravær osv.)
- kapasitet i kommunal bygningsmasse når aktivitetsnivået øker
- økonomiske rammer til utstyr (senger, datautstyr, andre tekniske hjelpemidler)
- sikkerhetstiltak ansatte (økt bemanning ved enkelte hjemmebesøk, ev. bruke vektere)
- systemarbeid (kommuneovergrepene tiltak for oppfølging av demens, frivillige, osv.)

For de fleste av disse forholdene beskrives utfordringer i takt med økte behov. Rent økonomisk sett er det ofte et spørsmål om prioriteringer, og enkelte tiltak er sårbare ved sykefravær (særlig tiltak på systemnivå som i stor grad hviler på enkeltpersoner, jf. siste kulepunkt over). Opplæring av ansatte og bruk av assistenter som ikke alltid har riktig kompetanse er et punkt som framheves. I takt med at aktivitetsnivået øker beskrives også utfordringer med å ha tilstrekkelig fysisk plass i byggene hvor lokal hjemmesykepleie holder til: Det er heller ikke slik at alle sonene har mulighet til å utvide bygningsmassen når timetallene og behovet for ansatte øker.

Vi går i neste delkapittel inn på våre vurderinger av de ansattes rammebetingelser, og prøver der å sortere punktene fra gruppeintervjuene i de tre skisserte hovedgruppene av føringer på området.

5.3 VURDERING AV RAMMEBETINGELSER

Vi vurderer at det første revisjonskriteriet helt klart er oppfylt: De ansatte har god kjennskap til kommunens mål, og dette er godt forankret i hjemmesykepleien. Våre informanter uttaler også at målet er styrende for deres egen og kollegers daglige praksis. Informasjon fra våre intervju tilsier at pleiere har god kjennskap til utfordringsbildet med demografisk og helsemessig utvikling blant eldre, samt følgene av lavere sykehjemdekning. Ut fra dette mener vi at første revisjonskriterium er oppfylt: Kommunens mål er godt etablert i hjemmesykepleien og er godt kjent blant pleierne.

Dette leder til det mer åpne spørsmålet i andre revisjonskriterium: Har pleierne rammebetingelser som gjør det mulig å etterleve dette målet i praksis? Svaret på dette spørsmålet er sammensatt og mer krevende å gi. Vi forsøker her å vurdere saken ut fra de tre hovedgruppene rammebetingelser som vi har referert til over: 1) strukturelle, 2) ressursmessige og 3) arbeidsrelaterte føringer.

5.3.1 STRUKTURELLE FØRINGER

Som eksempler på strukturelle føringer har vi over nevnt nasjonalt lov- og regelverk, kommunale planer og organisering. Alle disse er grunnleggende sett normative rammebetingelser og befinner seg på et overordnet nivå: De legger klare føringer for hvordan hjemmesykepleiens tjenestetilbud kan, bør og skal være, i form av rettigheter, plikter, mål, regler, organisatoriske innretninger osv.

Kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne klare seg lengst mulig hjemme er selv ei slik strukturell, normativ føring. Det er ei politisk vedtatt kommunal målsetting, innenfor rammene av nasjonalt lov- og regelverk. Vi har allerede vist hvordan målet i stor grad følges opp av pleiere i deres daglige praksis, jf. over. Mest interessant for vårt revisjonskriterium er dermed spørsmålet om kommunen har organisatorisk innrettet seg slik at målet lar seg realisere på en hensiktsmessig og god måte.

Våre intervju med ansatte i hjemmesykepleien på dette punktet støtter opp om våre funn i kap. 3: Kommunens interne organisering av hjemmesykepleien er hensiktsmessig både med tanke på tjenestetilbudet rent generelt, og målet om at flest mulig eldre skal kunne klare seg lengst mulig hjemme. Som vist i kap. 5.2 mener også informantene at målet er veletablert i organisasjonen og i pleiernes daglige praksis. Vi sier oss enige i denne vurderinga, jf. også vår konklusjon i kap. 3.

Som påpekt i kap. 4 er det i hovedsak god samhandling og koordinering av tjenestetilbudet (der dette trengs). Vi fant likevel enkelte utfordringer med samarbeidet på tvers av ulike enheter innad i kommunen og med SUS, og anbefalte i kap. 4.5 at kommunen vurderer mulige tiltak for å bedre samarbeidet. Vi var der av den oppfatning at utfordringene både hadde ei praktisk side (kultur for samarbeid) og ei organisatorisk side, i form av innretning av samarbeid og fordeling av oppgaver og ansvar.

Dette siste poenget tas også opp av pleierne vi intervjuet, jf. kap. 5.2. I all hovedsak ble dagens rammebetingelser omtalt positivt. De to forbedringspunktene som ble anført, handlet begge om samhandling og koordinering med andre kommunale enheter (Mestringsenheten og fysio-/ergo-

tjenesten). Samarbeid med SUS ble ikke eksplisitt trukket fram av pleiere i våre intervju (men av ansatte høyere opp i organisasjonen, jf. kap. 4).

Begge disse forbedringspunktene har ei generell side rettet mot tjenestetilbudet som sådan, og ei mer spesifikk side rettet mot kommunens mål om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Med andre ord: Forbedring på disse to områdene kan forventes å føre til et bedre tilbud generelt sett, og til bedre etterlevelse av kommunens mål.

Samlet sett mener vi at de strukturelle føringene er på plass, slik at ansatte i hjemmesykepleien i stor grad kan etterleve kommunens mål. Organisering innad i hjemmesykepleien er helt tydelig innrettet mot dette målet, og ansatte opplever at de følger og kan følge dette målet i det daglige.

Vi gjentar likevel anbefalinga fra kap. 4.5 om at kommunen bør vurdere mulige tiltak for å bedre organisering av samhandling og koordinering på tvers av ulike utførende enheter. Dette blir pekt på av ansatte i diskusjonen om forutsetninger for å gi et helhetlig og samordnet tilbud. Selv om våre informanter ikke kobler dette direkte til egne rammebetingelser, er dette et klart eksempel på ei strukturell føring av stor betydning for pleieres mulighet til å realisere kommunens mål.

5.3.2 RESSURSMESSIGE FØRINGER

Med ressursmessige føringar mener vi her ikke bare kostnader og finansiering av tjenestene, men også andre begrensede ressurser som ansattes tid, kompetanse og kapasitet. Dette handler først og fremst om ulike nødvendige forutsetninger for at pleierne skal kunne utføre sine arbeidsoppgaver på en god måte.

Der de strukturelle føringene legger normative rammer for hvordan arbeidet skal utføres, handler ressursituasjonen heller om de formelle betingelsene for hva som faktisk kan og skal gjøres. Vi kan formulere poenget med de ressursmessige føringene på denne måten: I den grad ansatte ikke har nødvendige ressurser til å utføre arbeidet, lar arbeidet seg heller ikke gjøre.

Angående kostnader og finansiering var ikke dette en rammebetingelse som ble tatt eksplisitt opp av pleiere som vi intervjuet. Ikke helt overraskende var dette et mer presserende tema for lederne som selv satt med økonomisk ansvar på området, jf. kap. 3. For pleierne viste de økonomiske føringene seg heller i form av å ha nok ansatte på jobb, da forstått både som kompetanse (riktig utdanning og erfaring) og kapasitet (antall). Enkelte informanter har pekt på gode erfaringer med videreutdanning som virkemiddel for å heve kompetansen i tråd med økte krav på området. Dette blir også framhevet som viktig av ledere på området: Mer spesialiserte tilbud i framtida vil kreve mer spesialisert kompetanse blant ansatte i hjemmesykepleien.

I tillegg til tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på jobb, framsto tid som den viktigste ressursen for de ansatte. Som nevnt over mente et mindretall av informantene at en på generell basis hadde for liten tid til å følge opp brukere. Andre informanter mente en hadde tilstrekkelig med tid slik det var i dag, men kunne uttrykke bekymring for framtidige ressursrammer, gitt demografisk og helsemessig utvikling i brukergruppa.

Vi vurderer at informasjon fra intervju samsvarer med utviklinga skissert i kap. 2: Nøkkeltallene på området tilsier ikke økning i antall vedtak i hjemmesykepleien, men at brukerne sett under ett får et gradvis lavere funksjonsnivå. Dette krever flere timeverk og til dels mer spesialiserte tilbud.

Ut fra vår vurdering er de ressursmessige føringene ikke en større utfordring for pleierne i dagens situasjon: Rammene gjør det mulig for pleierne å utføre arbeidsoppgavene sine slik de skal, også

med tanke på arbeid opp mot kommunens mål. Tingenes tilstand i dag henger imidlertid sammen med flere andre forhold som virker inn, blant annet lokal ledelse, sykefravær og arbeidsmiljø. Så lenge summen av disse forholdene fortsetter å være gode/akseptable, vil ansattes ressursrammer gjerne oppleves som – og også være – tilstrekkelige.

Gitt forventet demografisk og helsemessig utvikling i årene framover, må en imidlertid forvente at det også er behov for å gjøre nødvendige tilpasninger av kommunens ressursmessige føringer. En konsekvens av stadig lavere dekningsgrad på sykehjem blir da nødvendigvis større aktivitet på lavere trinn i omsorgstrappa. Ansatte omtaler også at forventningene til tilbudet øker, særlig blant pårørende som ikke lenger klarer å følge opp et familiemedlem i samme grad som før.

At hjemmesykepleien her vil være en viktig aktør ligger allerede som et utgangspunkt for denne revisjonen. Da må også ressursrammene tilpasses i tråd med dette. Vi formulerer ingen konkret anbefaling på området, men vil understreke viktigheten av at ansvarlig ledelse både på politisk og administrativt nivå følger nøye med på videre utvikling.

5.3.3 ARBEIDSRELATERTE FØRINGER

Med dette viser vi til ulike forhold som virker inn på ansatte når de rent konkret skal utføre sine arbeidsoppgaver. Det klareste eksempelet på dette er selve stedet hvor arbeidet skal gjøres, dvs. arbeidsplassen. I hjemmesykepleiens tilfelle er dette hjemme hos brukeren, noe som fort legger like mange føringer på arbeidet som det er brukere. Andre eksempler på arbeidsrelaterte føringer er arbeidsmiljøet (fysisk og psykisk), samt tilgangen til relevante fysiske og digitale hjelpemidler (både i hjemmet og eget utstyr).

På generelt grunnlag påpeker vi at det er krevende med gode, arbeidsrelaterte rammebetingelser i hjemmesykepleien: De ansatte utfører sine arbeidsoppgaver i «de tusen hjem», og har i praksis et tilsvarende antall steder som sin primære arbeidsplass. Tilrettelegging for både brukere og pleiere blir derfor både mer komplisert og må skje på et annet vis enn hva som for eksempel er tilfelle ved et sykehjem. Som arbeidsgiver får dermed kommunen flere arbeidsrelaterte føringer som blir mer utfordrende å løse på en god og hensiktsmessig måte.

Dette tatt i betraktning vurderer vi at Sandnes kommune har stort sett gode rutiner og god praksis for å ivareta ansattes rammebetingelser på området. Vi begrunner dette i informasjon fra utvalget av informanter blant utførere, og fra intervju med ledelse sentralt og ute i sonene. Informasjonen tilsier at det er iblant utfordringer med god tilrettelegging i enkelte hjem, men at det i hovedsak er gode rutiner for oppfølging og kvalitetsforbedring, samt praksis for å gjøre lokale tilpasninger. Vi legger her særlig vekt på beskrivelsene fra pleierne vi har snakket med.³³

Vi vurderer at det er enkelte forhold innad i hjemmesykepleien som virker å ha særlig positiv innvirkning på dette. Tilstrekkelig med tid ved hjemmebesøk, lydhør og tydelig lokal ledelse, god bemanning/lavt sykefravær, kompetente ansatte og trivsel på jobb er kjennetegn som trekkes fram i intervju. Våre informanter beskriver et godt arbeidsmiljø med gode og kompetente kolleger.

Av overordnede tall for sykefravær, ser vi at dette er stigende (jf. utsnitt under fra «Appendiks»).

³³ Vi tar forbehold om representativitet i utvalget, men mener denne styrkes av stor grad av på sentrale punkter. Som én informant påpekte: Opplevelser vil kunne variere noe mellom pleiere. I hovedsak vurderer likevel informantene at rammebetingelsene er gode. På mange områder er vurderingene mer positive enn tilsvarende utsagn fra egen ledelse: Disse handler gjerne om økonomiske og organisatoriske forhold som de ansatte har noe mindre kjennskap til.

Pr. 31.12	2019	2020	2021	2022	2023
Sykefravær (i prosent)	8,2	10,6	10,9	10,9	11,2

Vår informasjon fra intervju peker ikke i en bestemt retning på utviklinga: Selv om ledelse oppgir at en arbeider med å få ned sykefraværet, er det ikke identifisert klare årsaker til økningen. Vi går ikke nærmere inn på vurderinger av dette, også av den grunn at det ligger noe på sida av mandatet vårt. Vi registrerer likevel at det er forholdsvis store forskjeller i sykefravær mellom sonene; vi er også tydelige på at det framover vil være viktig å motarbeide dagens utvikling på området. Dette er viktig ikke bare for å gi et kvalitativt godt tjenestetilbud, men særlig for den enkelte ansatt.

Som påpekt også i kap. 4 og kap. 5.3.1: De største utfordringene informantene peker på handler om samhandling og koordinering med andre enheter. For kort tid til å gjøre gode kartlegginger av arbeidsplassen (dvs. brukers hjem) ved utskrivning fra SUS eller sykehjem er ett eksempel som pleierne framhever. Da er det tilsvarende større fare for at en ikke rekker å få på plass nødvendige tiltak og tilpasninger i en startfase. Tiltak for å bedre dette framheves som en anbefaling fra vår side, jf. også under.

Utfordringer med disse og andre arbeidsrelaterte forhold blir i intervju med både pleiere og ledere først og fremst tatt opp i konteksten av samhandling og koordinering, jf. kap. 4. Dette handler til dels om samarbeid og ansvar for brukere når oppgavene er delt mellom flere utførende enheter, som hjemmesykepleien og Mestringsenheten eller fysio-/ergotjenesten. Her framstår samarbeidet som tidvis utfordrende, jf. også punktene om strukturelle føringer i kap. 5.3.1. Tettere samarbeid med fysio-/ergotjenesten framheves av ansatte som et forbedringspunkt.

I hovedsak vurderer vi likevel de arbeidsrelaterte føringene for de ansatte som gode/tilstrekkelige. I de to sonene hvor vi har gått i dybden med våre undersøkelser, framstår både rutiner og praksis for oppfølging og kvalitetsforbedring som gode. Erfaringsmessig skal det likevel ikke mye til før det kan dukke opp forhold som kan skape utfordringer og bli krevende. Med forventet økning i aktivitetsnivå pga. demografisk og helsemessig utvikling, samt lavere dekningsgrad på sykehjem, kan situasjonen se annerledes ut om få år. Dette er også framhevet av informantene som svar på vårt spørsmål om hvordan de tror tingenes tilstand ser ut tre til fem år fram i tid.

Vi har i dette delkapittelet også vist til enkelte forhold som ansatte framhever som særlig positive for å ha en god arbeidsplass og for å kunne fortsette å arbeide i tråd med kommunens mål.

5.3.4 OPPSUMMERING

Vi mener at begge revisjonskriteriene i dette kapittelet er oppfylt: Kommunens mål er godt etablert i hjemmesykepleien, både i organisasjonen og blant pleierne, jf. første kriterium. I sum er vi også av den oppfatning av pleierne pr. i dag har de rammebetingelser som behøves for å kunne arbeide i tråd med kommunens mål, jf. andre revisjonskriterium. Disse betingelsene må en likevel forvente endrer seg i takt med demografisk og helsemessig utvikling, og må tilpasses deretter.

Hovedpunktene fra kap. 5 kan sammenfattes med tabellen under. Denne gir en oversikt over de viktigste hovedtrekkene og utfordringene her og nå, og på noe sikt (tre til fem år, jf. spørsmål stilt om dette). Tabellen viser til de tre hovedgruppene av føringer som vi har brukt til å kategorisere ulike forhold og forutsetninger knyttet til de ansattes rammebetingelser. For oversikts skyld har vi også listet opp de mest framtreddende eksemplene på de ulike typene føringer.

Tabell 5.3.4.1. Oppsummering av ansattes rammebetingelser ut fra typer føringer

	STRUKTURELLE FØRINGER	RESSURSMESSIGE FØRINGER	ARBEIDSRELATERTE FØRINGER
<i>Eksempler</i>	<ul style="list-style-type: none"> - nasjonalt lov- og regelverk - kommunalt planverk - organisering 	<ul style="list-style-type: none"> - tid - finansiering - kapasitet - kompetanse 	<ul style="list-style-type: none"> - arbeidsplass - arbeidsmiljø - fysiske og digitale hjelpemidler
<i>Positive trekk</i>	<ul style="list-style-type: none"> - god intern organisering - god forankring av målet, del av daglig praksis 	<ul style="list-style-type: none"> - ansatte opplever å ha tilstrekkelig tid, kapasitet og kompetanse til å gjøre oppgavene 	<ul style="list-style-type: none"> - gode rutiner og god praksis for oppfølging og kvalitetsforbedring - godt arbeidsmiljø
<i>Utfordringer i dag</i>	<ul style="list-style-type: none"> - samarbeid med andre enheter (praktisk og organisatorisk) 	<ul style="list-style-type: none"> - enkelte ansatte beskriver liten tid til å gjøre «mer» enn vedtaket sier 	<ul style="list-style-type: none"> - ikke utover hva en kan og må forvente i hjemmesykepleien
<i>Utfordringer på sikt</i>		<ul style="list-style-type: none"> - mer spesialiserte tilbud vil kreve mer spesialisert kompetanse 	

Usikkerhet knyttet til demografisk og helsemessig utvikling anføres som ei utfordring på sikt rent generelt, dvs. for alle tre gruppene. Dette handler altså om uvisshet ved en framtidig situasjon, og ikke om hvordan kommunen i dag har forberedt og innrettet seg. Kommunens målrettede arbeid med at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme er nettopp et eksempel på hvordan en forbereder seg på et mulig, men også sannsynlig framtidsscenario som vil bli krevende.

Som allerede nevnt mener vi at dette målet er godt etablert i organisasjonen og blant pleierne, og vi har derfor ingen anbefalinger om tiltak som bør iverksettes i så måte, jf. kap. 3 og kap. 5.2.

Våre anbefalinger om ansattes rammebetingelser er da følgende, jf. vår gjennomgang over:

- Kommunen bør vurdere mulige tiltak for å bedre organisering av samhandling og koordinering på tvers av ulike utførende enheter, jf. kap. 5.3.1, se også kap. 4.5
- Kommunen bør vurdere mulige tiltak for å sørge for bedre kartlegging av brukeres hjem før hjemmesykepleien skal utføre hjelp, særlig i forbindelse med utskriving av pasienter fra SUS eller sykehjem

Helt overordnet er det forståelig at enkelte ansatte bekymrer seg for framtidige rammebetingelser. Gitt forventet demografisk og helsemessig utvikling, sett i sammenheng med lavere dekningsgrad på sykehjem, vil dagens utfordringer bare fortsette.

Vi opplever at både ledelse og andre ansatte i hjemmesykepleien er klar over utfordringsbildet, og at en arbeider målrettet med dette (innenfor sine rammer). Utover å følge nøye med på videre utvikling, har vi ingen konkrete anbefalinger om tiltak i så måte. På et mer overordnet nivå er det et politisk spørsmål å gjøre nødvendige prioriteringer ut fra framtidige behov og utviklingstrekk. Slike spørsmål er ikke gjenstand for revisjon.

6 BRUKERES OPPLEVELSE AV TILBUD OG TILRETTELEGGING

I dette kapitlet blir følgende problemstilling behandlet:

- Hvordan opplever brukerne tjenestetilbudet og kommunens tilrettelegging for at de skal kunne bo hjemme lengst mulig?

Selv om brukere har rettigheter og andre normative krav på området, er problemstillinga rent deskriptiv. Revisjonen har her i oppgave å gi en rent faktisk beskrivelse av hvordan brukere (ev. verger eller pårørende) *opplever* kommunens tilbud og tilrettelegging. Undersøkelsene er ment å gi et godt bilde av fakta og et godt grunnlag for vurdering av problemstillinga. Vurderingene er derimot ikke knyttet opp mot et sett av revisjonskriterier om hvordan forholdene skal/bør være.³⁴

Revisjonen måler dermed ikke opplevelsene opp mot en lovbestemt eller annen normativ praksis, men tar sikte på å gi et representativt bilde av hva brukere og andre mener. Dette grunnlaget kan bidra til større innsikt og ev. kommunale tiltak på området, men munner altså ikke ut i konkrete vurderinger eller anbefalinger fra revisjonens side.

Datagrunnlaget i dette kapitlet består av informasjon fra intervju og plan- og møtedokumenter. Det er etablert flere møtepunkter med brukerrepresentanter, og EHR har et eget brukerråd som gir innspill til hjemmesykepleiens arbeid, på vegne av ei stor og mangfoldig brukergruppe. Spesifikt til temaet i dette kapitlet har vi hatt individuelle intervju med to brukerrepresentanter derfra, og hatt et gruppeintervju med pårørende til eldre med demens. Vi har også besøkt et aktivitetstilbud for eldre med demens (Lysthuset). Helt overordnet har vi i våre intervju spurt alle informanter om deres erfaringer med tjenestemottakere.

6.1 FAKTA

I forbindelse med vår forvaltningsrevisjon i 2019 av kommunens eldreomsorg ble det særlig sett på tiltak for å styrke hverdagsmestring blant eldre (jf. Rogaland Revisjon 2019b: 25 ff.). Her ble blant annet økt brukerinvolvering trukket fram som en viktig del av det pågående utviklings- og omstillingsarbeidet:

En sentral verdi i omstillingen av eldreomsorgen er økt brukerinvolvering og innflytelse på eget pasientforløp. Dette ble vektlagt ved at medarbeiderne startet sine samtaler med pasientene med spørsmålet «Hva er viktig for deg?», i stedet for «Hva er i veien med deg?» (ibid.: 42)

I interne kontrakter med alle enheter på direktørområdet helse og velferd ble denne endringa av spørsmålsstilling i møte med brukere vektlagt: «*Brukernes egne behov og mestringsopplevelse settes i fokus ved å stille spørsmålet «hva er viktig for deg» ved utforming av tjenestetilbud og tiltak*» (jf. ibid.: 41). Denne tilnærminga går igjen også i kontrakter vi har gått gjennom for 2023. Denne tilnærminga er ment å aktivere og forplikte både tjenesteyter og tjenestemottaker: Ansatte

³⁴ Som omtalt også i kap. 1.

helsepersonell skal ha fokus på hva som er viktig for brukeren, og dermed også skape motivasjon for hverdagsmestring. Til samme tid får brukeren en aktiv rolle i denne måloppnåelsen (jf. *ibid.*: 42). Dette skal igjen også bidra til å realisere kommunens mål om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Som vi har sett i tidligere kapitler, handler dette blant annet om å aktivere brukeren i det daglige, ved å «arbeide med hendene på ryggen». Dette er en hovedregel for pleieres tilnærming, men kan nok i praksis variere noe fra pleier til pleier og fra hjem til hjem. Dette ble påpekt i vår revisjon i 2019, og bekreftes i intervju med pleiere også i denne revisjonen: Særlig ved travle arbeidsdager vil enkelte ansatte iblant velge raskeste løsning, var våre informanters erfaring. Noen brukere vil også gjerne «være pasienter» (*ibid.*) og er mindre interessert i hjelp til å mestre selv, som omtalt i vår gjennomgang i 2019.

Informasjon fra våre intervju tilsier likevel at slike beskrivelser er i mindretall. Ansatte evner i betydelig grad å aktivere brukeren og arbeide med hendene på ryggen, jf. også økt forekomst av opplæringsvedtak. Brukere gjør oppgaver og øvelser som hjemmesykepleiere legger opp til. Det vil nødvendigvis være enkelthistorier med variasjoner og unntak hva gjelder oppfølging, men vi har gjennom våre undersøkelser ikke oppdaget forhold som tilsier systematiske utfordringer eller noe som ikke må betraktes som påregnelig for en tjeneste som hjemmesykepleien.

I intervju med brukere er beskrivelsen av hjemmesykepleien svært positiv. Vi har intervjuet tre eldre som får oppfølging av hjemmesykepleien. Dette er bare et lite utvalg blant de mer enn tusen tjenestemottakerne i kommunen, og en må ta tilsvarende høyde for graden av representativitet i deres utsagn. Nedenfor supplerer vi også disse utsagnene med tilbakemeldinger og innspill som brukerrepresentanter har mottatt fra andre tjenestemottakere.

I all hovedsak er utvalget meget fornøyd med hjelpa de mottar. Også her er det enkelthistorier som skiller seg fra hovedinntrykket, men både tjenesten og de enkelte pleierne omtales klart fordelaktig: Oppfølginga er en «veldig godt fornøyd med», og pleierne er «rett og slett engler». Brukerne stiller seg særlig positive til pleiere som «tar seg god tid og snakker [med meg], og spør hvordan jeg har det».

På spørsmål om hvilke sider av tilbudet de er fornøyde med, er utvalget av brukere veldig godt fornøyde med tingenes tilstand generelt: De ønsker egentlig ingen endringer, men vil ha pleiere «som setter seg ned med oss». På spørsmål om negative sider er de samstemte i at det ikke må bli for mange forskjellige pleiere som fra gang til gang kommer på hjemmebesøk: Dette kan skape forvirring. Andre momenter trekkes ikke fram.

På spørsmål om hvilke andre tjenester de benytter seg av, trekkes særlig dagsentertilbudet fram. Her er omtalen svært positiv: De eldre kan komme dit enkelte dager i uka til mat, aktiviteter m.m. Ikke minst møter de andre eldre i tilsvarende situasjon. Den sosiale delen blir framhevet i særlig stor grad: Dagsentertilbudet har gjort en av dem vi intervjuet «til et helt nytt menneske». En får kommet seg ut av eget hjem, brutt opp ensomhet og monotoni, og opplevd aktiviteter og andre mennesker. Oppfatninga blant vårt utvalg var at uten et slikt tilbud hadde det gått raskt nedover med dem, både mentalt og fysisk.

Tilrettelegging for et aktivt og godt liv tar ulike former. Andre tilbud og tjenester som trekkes fram er kommunal vaskehjelp hver tredje uke, samt TT-kort for å komme seg ut og rundt i byen. (Dette siste tilbudet er fylkeskommunalt.) Angående hjelpemidler og særlige tilrettelegginger i

hjemmet omtales trygghetsalarm positivt, det gjøres også tildeling av egen seng tilpasset sykdom og behov.

Intervju med brukerrepresentanter gir både innblikk i enkelthistorier og et mer systematisk oversiktsbilde. Brukerrepresentantene tar opp mange av de samme momentene som utvalget vårt gjorde i intervju, og utfyller også disse. Representantene gir blant annet svært positiv omtale av hjemmebesøk og kartlegginger gjort av hjemmesykepleien eller demenskoordinator i en tidlig fase. Rollen til demenskoordinator blir framhevet av begge representantene, og en ser for seg at denne rollen blir stadig viktigere og får flere oppgaver framover.

Brukerrepresentantene får mange tilbakemeldinger fra brukere og pårørende, og sitter dermed på et godt grunnlag for å kunne uttale seg generelt om utfordringer. En gjentakende tilbakemelding er at det ikke må bli for mange ulike pleiere innom fra gang til gang, slik også brukerutvalget vårt uttalte i intervju. Dette er særlig viktig for hjemmeboende med demens. Andre utfordringer som trekkes fram har også blitt nevnt av andre informanter i tidligere kapitler: for tidlige utskrivinger fra sykehus, eneboende som ikke vil innse eget funksjonstap/hjelpebehov og får hjelp «for seint», stor belastning på pårørende, eneboende som mangler nettverk osv.

Enkelte andre utfordringer de vektlegger befinner seg i større grad på et systemnivå: To tema som har blitt diskutert i EHRs brukerråd er behovet for kompetanse til å ivareta stadig sykere brukere i eget hjem, og kommunens innsats for å håndtere det økende antallet hjemmeboende med demens.

I intervju legger den ene brukerrepresentanten stor vekt på forebyggende arbeid og tidlig innsats. Tett samarbeid med blant andre fysio-/ergotjenesten for å unngå fall og andre fysiske utfordringer i hjemmet trekkes fram. Med tanke på målet å skulle bo lengst mulig hjemme beskrives utrygghet som den kanskje viktigste faktoren å motvirke: Generelt sett ønsker eldre å bo hjemme så lenge de føler seg trygge. Gode rammebetingelser for ansatte framheves av representanten som viktig, videre at eldre som trenger sykehjemsplass også får dette.

Utover egen situasjon trekker den andre brukerrepresentanten fram pårørende sin rolle, også i det forebyggende arbeidet: Kompetente ansatte fra kommunen har en autoritet som hjelper pårørende å tilnærme seg behovsproblematikken tidlig. Særlig overgangene mellom ulike diagnoser, vedtak, ev. også institusjonsopphold, pekes på som viktige. Videre er grenseoppgangene mellom frivillig og tvang og mellom samtykke-/ikke samtykkekompetent ofte krevende, også for pårørende.

Som ett av flere tiltak for å bedre realisere målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme trekker begge brukerrepresentantene fram velferdsteknologi og andre hjelpemidler. I tillegg til fysiske tilrettelegginger blir digitale og tekniske hjelpemidler som komfyrvakt og trygghetsalarm framhevet som gode og enkle løsninger. Bruk av GPS-sporing av hjemmeboende personer (med hjelp av en GPS-klokke) er et annet hjelpemiddel, men reiser også en rekke tekniske, juridiske og etiske spørsmål.³⁵ Overordnet inntrykk blant brukerrepresentantene er at kommunen arbeider godt på området, med ansatte i stab og i hjemmesykepleien som legger ned en betydelig innsats.

³⁵ Ansvarlig for fagutvikling velferdsteknologi i EHR oppgir at det i skrivende stund er tolv tjenestemottakere i hjemmesykepleien som bruker en slik GPS-klokke (se også «Appendiks»). Samtidig er det iblant utfordringer med funksjonalitet, for eksempel ved tekniske oppdateringer. Samtykkeproblematikk m.m. oppgis å være gjenstand for møtediskusjon både internt og i eksterne nettverk. Det er pr. dags dato ikke bruk av kameraovervåking/-tilsyn i hjem. Sandnes oppgis på disse områdene å være kommet noe kortere enn en del andre kommuner.

Én av brukerrepresentantene er tydelig på at kommunen må øke innsatsen på velferdsteknologi, og følge opp brukere og pårørende når fallende funksjonsnivå også påvirker digital kompetanse.

Mer og bedre involvering av pårørende og venner utover bare den nærmeste understrekes som viktig, også for å ha flere å spille på lag med når funksjonsnivået går stadig nedover. Dette vil da kunne avlaste både kommunale tjenester og de nærmeste pårørende. Den første representanten ser her et økt fokus på pårørende og deres rolle, og kunne tenke seg mer informasjon ut til pårørende om hvem de kan kontakte om ulike problemstillinger.

Gruppeintervju med pårørende (ektefeller til menn med demens) ga et innblikk i tilbud til brukere og pårørende på et foreløpig lavt trinn i omsorgstrappa. Ektefellene benyttet seg blant annet av et lavterskel aktivitetstilbud ved Austrått bo- og aktivitetssenter (Lysthuset), og flere av dem hadde kortvarige, rullerende opphold på aktivitetssenter eller andre institusjoner. Slike avlastende tiltak ble beskrevet som svært viktige/avgjørende for at ektefellene fortsatt kunne bo hjemme, og for at de selv maktet å bære en stor omsorgsbyrde over tid. Pårørendekurs, samtalegrupper og annen oppfølging fra demenskoordinator ble også svært positivt omtalt.

De samme informantene ytret også ønske om et til dagsenter for å aktivere ektefellen og avlaste dem selv – som nå er på trappene, jf. kap. 3.3.2 – og gjerne et kveldstilbud. Enkelte informanter var klar over at det nylig hadde vært et slikt kveldstilbud i sone Lura, men at det nå er avviklet. Andre informanter var ikke klar over at det hadde vært et slikt tilbud, og ønsket at de hadde visst om dette før. Generelt ga informantene uttrykk for at de ønsket et utvidet tilbud til pårørende, slik at de maktet å stå i utfordringene som følger med å ha en tilsyns- og pleietrengende ektefelle. Til samme tid var en også bekymret for at kommunen kom til å kutte i eksisterende tjenestetilbud på grunn av svakere kommuneøkonomi.

Pensjonistalliansen i Sandnes har i et eget plandokument gitt kommunen innspill på området (jf. Pensjonistalliansen 2023). Denne sammenslutninga består av et knippe organisasjoner som arbeider for bedre levekår og vilkår for eldre: Pensjonistforbundet, Fagforbundet, «Vi over 60», Eldrerådet, Senior Norge, Sanitetsforeningen og Datastuen. Blant hovedpunktene som på vegne av eldre her er spilt inn på et overordnet nivå finner vi blant annet tiltak for å unngå ensomhet og mental uhelse, samt høyne den digitale kompetansen. Koordinering og samordning av den frivillige innsatsen på området er også et sentralt punkt for Pensjonistalliansen, som understreker at alle organisasjonene i alliansen vil delta og bidra i dette (jf. *ibid.*: 3).

I sum ser vi at det fra brukere, brukerrepresentanter og pårørende generelt etterspørres flere tiltak og ressurser. Samtidig ser vi at alle involverte er positive til den innsatsen som allerede gjøres, og at de gjerne vil bidra i det videre arbeidet. Vi oppsummerer innspillene i neste delkapittel, hvor vi også forsøker å gi noen overordnede kommentarer til brukernes opplevelse av kommunens tilbud og tilrettelegging.

6.2 OPPSUMMERING

Brukere og pårørende beskriver i all hovedsak et godt tjenestetilbud. Brukere trekker særlig fram oppfølging fra pleierne og dagsentertilbudet som avgjørende for å leve aktive liv og å kunne bo lengst mulig hjemme. Det generelle inntrykket er at det også arbeides godt med tilrettelegging i kommunen, både innen hjemmesykepleien og med en økning av innsatsen og tiltakene på andre

trinn i kommunens omsorgstrapp. Ansatte får generelt sett svært gode skussmål for arbeidet sitt, og brukerrepresentanter opplever at det jobbes godt med ulike satsinger på området.

Samtidig opplever både brukere og særlig pårørende en krevende situasjon for seg og sine, hvor de gjerne skulle hatt mer støtte og oppfølging fra kommunen og andre. Flere uttrykker bekymring for at en i framtida ikke vil ha like gode ordninger som i dag, og er redd for at det blir kutt i tilbud og tilrettelegging (i takt med flere eldre og svakere kommuneøkonomi). Ensomhet blant eldre blir også pekt på som ei stor utfordring, og som nødvendig å etablere gode virkemidler mot.

Blant tiltakene som framheves som viktige, ser vi mange aktiviteter som ikke faller inn under den tradisjonelle hjemmesykepleien, og som gjerne ikke betraktes som del av det lovpålagte tilbudet i kommunen: Særlig pårørende trekker fram betydningen av samtalegrupper, avlastningstilbud og lavterskeltilbud for brukere og dem selv, oppfølging fra demenskoordinator, samkjøring av tilbud osv. Dette er tilbud på lavere trinn av omsorgstrappa; flere av dem er tiltak som kommunen er i ferd med å vri sin innsats over mot (men hvor det gjerne etterspørres enda større satsing på disse).

Mer spesifikt rettet mot hjemmesykepleien vektlegger brukere at det er nok tid ved hjemmebesøk og minst mulig variasjon og ustabilitet i hvilke pleiere som kommer innom. Blant tiltak på høyere nivå i omsorgstrappa nevnes tilstrekkelig antall sykehjemsplasser, slik at eldre får plass når det er behov for dette.

Basert på kommunens stadig lavere dekningsgrad på sykehjem, er ikke det siste momentet ventet å bedre seg framover. Derimot er vridningen i kommunens tilnærming med flere tiltak på lavere nivå noe mange stiller seg bak, særlig blant pårørende som står med en betydelig omsorgsbyrde i sin hverdag.

Et gjennomgående trekk i vårt møte med involverte aktører er at det ikke noe sted står på folks vilje eller ønske om å bidra: Alle involverte strekker seg svært langt for å legge til rette for at eldre skal klare seg selv best mulig, lengst mulig. Et enda bedre samarbeid med frivillige vil kunne være av stor betydning, og kommunen oppfordres av aktørene til å se på flere muligheter i så måte.

I det fortsatte utviklingsarbeidet med tilbud og tilrettelegging for brukere framstår stabsressursene i EHR som helt sentrale: arbeidet med hverdagsrehabilitering og rollene som demenskoordinator, frivillighetskoordinator, ernæringsfysiolog og videreutvikling av velferdsteknologi forventes å bli svært viktige for framtidens tjenestetilbud. Dagsentertilbud og andre felles aktiviteter for eldre blir også vektlagt, blant annet i brukerintervju. Dette støtter opp om våre vurderinger i andre kapitler om behovet for å styrke lavere trinn i kommunens omsorgstrapp. Mer om dette også i kap. 7.

7 KONKLUSJON

Vår gjennomgang leder samlet fram til den siste av problemstillingene i oppdraget: I hvilken grad oppnår Sandnes kommune å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig? Dette blir i praksis en oppsummerende konklusjon for denne forvaltningsrevisjonen, med utgangspunkt i våre vurderinger av de øvrige problemstillingene i de foregående kapitlene.

Vurderingene av hjemmesykepleien i kap. 3-6 har tatt for seg følgende hovedpunkter:

- Organisering
- Samhandling og koordinering
- Pleiernes rammebetingelser
- Brukernes opplevelse

Som vi har sett: Våre hovedinntrykk og vurderinger er overveiende positive. Kommunen har en hensiktsmessig organisering på området, og målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme er vel etablert i organisasjonen og godt kjent blant ansatte på alle nivå. Både innad i hjemmesykepleien og overfor tildelingskontoret beskrives et godt samarbeid. Informasjon fra intervju tilsier at det er enkelte utfordringer med samarbeid på tvers av utførende enheter, jf. våre forbedringspunkt og anbefalinger under.

Vi mener at pleiernes rammebetingelser for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver er tilstrekkelige pr. i dag. Pleierne vi har intervjuet trekker også fram et godt arbeidsmiljø og at kommunens mål er en integrert del av deres daglige praksis. Flere uttrykker derimot en viss grad av bekymring for framtidige rammebetingelser, gitt dagens utvikling innen demografi og helse, sett i sammenheng med stadig lavere dekningsgrad på sykehjem.

Brukere og pårørende gir i stor grad uttrykk for det samme: I hovedsak opplever mange dagens tjenestetilbud som godt, men flere ser med bekymring på framtida. For den enkelte bruker er det særlig viktig med en mest mulig stabil arbeidsstyrke. Overordnet trekker en fram betydningen av å unngå ensomhet og av tilbud på lavere trinn i kommunens omsorgstrapp. Pårørende vektlegger også behovet for avlastende tiltak for seg selv: Et enda bedre samarbeid med frivillige vil kunne være av stor betydning, og kommunen oppfordres til å se på flere muligheter i så måte.

Som påpekt i kap. 6: Et gjennomgående trekk i vårt møte med involverte aktører er at det ikke noe sted står på folks vilje eller ønske om å bidra: Alle involverte strekker seg svært langt for å legge til rette for at eldre skal klare seg selv best mulig, lengst mulig. Samtidig opplever en at mange innbyggere har større forventninger til tjenestene enn hva som realistisk kan tilbys, særlig i lys av forventet utfordringsbilde (demografi, helse og sykehjemdekning), jf. kap. 3, 4 og 5.

EHR har selv iverksatt en rekke tiltak for å øke kommunens innsats lenger ned i omsorgstrappa, og slik forebygge og forhindre unngåelige opphold på sykehjem eller andre institusjoner. Egne dagsenter for personer med demens skal være under planlegging. Virksomhetsleder EHR oppgir videre at de vurderer å åpne et forsterket dagtilbud, samt styrke samarbeidet med frivilligheten. Å styrke dagtjenester og lavterskeltilbud på denne måten vil kunne gi viktige bidrag til kommunens samlede innsats. Dette er også tiltak som er etterspurt av brukere og pårørende.

I sum tilsier dette at kommunen allerede har gjort gode og viktige grep for å realisere målet om at flere eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Særlig vektlegger vi her organisatorisk innretning i hjemmesykepleien, og et nært og godt samarbeid med tildelingskontoret (Samordningsenheten). Pleiere, brukere og pårørende beskriver i hovedsak et bra tjenestetilbud med en god organisering rundt, selv om flere uttrykker noe bekymring for hva framtida vil bringe. Ledere og andre ansatte i hjemmesykepleien virker imidlertid å være svært opptatt og dedikert i utviklingsarbeidet. Målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme framstår her som en sterkt medvirkende faktor.

Med andre ord: Sandnes kommune evner i betydelig grad å realisere målet om at flere eldre kan ha et aktivt liv og klare seg selv best mulig. Våre vurderinger av de avtalte problemstillingene er klart positive. Samtidig er det klart at realisering av målet også avhenger av flere forhold som en bare i begrenset grad kan styre: Demografisk og helsemessig utvikling kan en ikke vedta seg bort fra, og forventes å skape utfordringer for alle kommuner framover. Bekymringene for framtidige rammebetingelser på området lar seg ikke enkelt avfeie, og kommer til å utfordre alle kommuner.

Sandnes kommune har imidlertid en god og hensiktsmessig organisering av sin hjemmesykepleie, noe som vurderes som en svært viktig bidragsyter til å realisere målet om at flest mulig eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme. Målet er også godt forankret i organisasjonen og spiller en sentral rolle i utviklingsarbeidet internt i hjemmesykepleien. Anbefalingene under peker på enkelte sider ved dagens praksis hvor vi mener at våre undersøkelser tilsier at det er rom for forbedring. Dette handler til dels om samarbeidet mellom ulike utførende enheter. På et overordnet nivå vurderer vi likevel at både kommunen og hjemmesykepleien arbeider godt og langsiktig med målet. Hvorvidt dette arbeidet alene er tilstrekkelig for å møte framtidens utfordringer, er et annet spørsmål.

Anbefalinger

Basert på våre undersøkelser og vurderinger har vi i tidligere kapitler formulert anbefalinger som vi råder kommunen til å vurdere innført. Basert på summen av forhold i kap. 2 til 6 omformulerer vi ei av anbefalingene fra kap. 4: Å styrke lavere trinn i omsorgstrappa framstår som helt sentralt for kommunens arbeid med å realisere målet om at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme, sett i lys av forventet demografisk og helsemessig utvikling, samt lavere dekningsgrad på sykehjem.

Vi spesifiserer dermed vår tredje anbefaling under, og mener at kommunen må styrke lavere trinn i omsorgstrappa, blant annet gjennom ytterligere satsing på forebyggende arbeid, flere dagtilbud, økt kommuneovergripende innsats (jf. stabsressursene i EHR), og mer samarbeid med pårørende og frivillige. Dette framstår som vesentlig for å møte framtidens utfordringer på området.

Kommunen bør vurdere:

1. Mulige tiltak for å bedre kulturen for samarbeid mellom utførende enheter
2. Mulige tiltak for å bedre organisering av samhandling og koordinering på tvers av ulike utførende enheter, inkludert tildeling av brukeransvar
3. Tiltak for å styrke lavere trinn i omsorgstrappa, blant annet gjennom forebyggende arbeid, flere dagtilbud, økt kommuneovergripende innsats (jf. stabsressursene i EHR), og utvidet samarbeid med pårørende og frivillige
4. Mulige tiltak for å sørge for bedre kartlegging av brukeres hjem før hjemmesykepleien skal utføre hjelp, særlig i forbindelse med utskriving av pasienter fra SUS eller sykehjem

REFERANSER

Skriftlige kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, hol.)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pbrl.)
- Arbeidsmiljøloven (aml.)
- Forvaltningsloven (fvl.)
- Kvalitetsforskriften
- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator
- Meld. St. 15 (2017–2018): *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*
- Meld. St. 24 (2022–2023): *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*
- Norges kommunerevisorforbund (NKRF): RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon
- Tidligere rapporter Rogaland Revisjon
 - Eigersund kommune 2019a: Kvalitet i eldreomsorgen
 - Sandnes kommune 2019b: Kvalitet i tjenestene – eldreomsorg
 - Stavanger kommune 2019c: Kvalitet i tjenestene – eldreomsorg
- Offentlig statistikk
 - SSB tabell 14288 (SSB 2024)
 - ASSS 2024: ks.no/asss-hjem/arlige-publiseringer/asss-2024/artikler/tabeller-og-figurer/asss-samlet/asss-samlet-pleie-og-omsorg/
 - Aldring og helse (2024, 25. september): «Demenskartet». Lenke: <https://demenskartet.no/>
- Sandnes kommune:
 - Sandnes kommune (2023): Handlings- og økonomiplan. Lenke til omtale av helse- og velferdsområdet: <https://pub.framsikt.net/2024/sandnes/bm-2024-yhpsa#/budsa/orgstructuremain/2?scrollTo=t-18>
 - Sandnes kommune (2024a): Handlings- og økonomiplan. Lenke til omtale av helse- og velferdsområdet: <https://pub.framsikt.net/2025/sandnes/bm-2025-h%C3%B8p25#/budsa/orgstructuremain/2>
 - Lokale retningslinjer/mål:
 - Omsorgsplan 2017 – 2030 – «En god hverdag - for alle!»
 - Omsorgsplan 2024 – 2030 – «Sandnes blir eldre!» (Sandnes kommune 2024b, sak 127/24 i kommunestyret)
 - Omsorgstrappen - LEON-prinsippet
 - [organisasjonskart-sandnes-kommune.pdf](#) (versjon pr. 18. september 2024, nettside besøkt 9. desember 2024)
 - Saksframlegg bys 32/18: [Sandnes kommune – Saksdokumenter - Møter - Bystyret 16.04.2018 kl. 17.00 \(360online.com\)](#)
 - Kompetanseplan EHR 2024
 - Samarbeidsrutine mellom Tildelingskontoret- helseteam, EHR og sykehjem
 - Resultatvurdering 2023: Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering
 - EHR – Ledelsens gjennomgang 2023 (Sandnes kommune 2023b)

Pensjonistalliansen i Sandnes (2023): *Plandokument 2024-2026. Anbefalinger til Sandnes kommune (korrigert november 2023)*. Dokument oversendt av Sandnes kommune.

Pensjonistforbundet Sandnes lokallag (2024): *Aktivitetsplan 2024*. Lenke:

https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fassets.ctfassets.net%2Fmqmec82k7bwk%2FKQYIj9nhJcx31wrU1bwa%2F1a698cd1280e3ed52d339c67acef4fde%2Faktivitetsplanlokallaget2024_3222_.docx&wdOrigin=BROWSELINK

Gjerde, I., Torsteinsen, H. og Aarseth, T. (2016): «Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner?». Artikkel i: Amdam, J., Bergem, R. og Båtevik, F. O.: *Offentlig sektor i endring. Fjordantologien 2016*. Oslo: Universitetsforlaget. Lenke: <https://doi.org/10.18261/9788215027722-2016>

Muntlige kilder:

I rapporten inngår verifiserte, semistrukturerte enkeltintervju med følgende personer (rolle):

- Elin Selvikvåg (direktør, helse og velferd)
- Bjørn Stavheim (virksomhetsleder, enhet for hjemmetjenester og rehabilitering)
- Gunn B. Vignes (virksomhetsleder, Samordningsenheten)
- Gørill Turøy Djuvsland (avdelingsleder, Sone Lura)
- Gro Alice Turøy (avdelingsleder, Sone Sentrum)
- Anne Gravidal (medlem brukerråd, EHR; i tillegg nestleder i eldrerådet i kommunen)
- Terje Moen (medlem brukerråd, EHR; i tillegg styremedlem i Sandnes demensforening)

Det er gjennomført et semistrukturert gruppeintervju med brukere av hjemmesykepleien:

- Åsta Gimre
- Anne Helene Rasmussen
- Gerd Irene Riveland

Det er også gjennomført verifiserte, semistrukturerte gruppeintervju med ansatte i to soner:

Sone Lura:

- Astrid Torvanger (sykepleier 1)
- Frida Yoshee (sykepleier)
- Siv Kathrine Hagen (helsefagarbeider)

Sone Sentrum (Trones):

- Anne Syvertsen (sykepleier 1)
- Ruth Helen Osaland (sykepleier)
- Hans-Tore Underhaug (helsefagarbeider)

I rapporten inngår også informasjon fra tilsvarende gruppeintervju med følgende personer (rolle):

- Baktash Shahrestani (klinisk ernæringsfysiolog)

- Elin Hafsøe (fagutvikling e-helse/velferdsteknologi)
- Eli Pihl (demenskoordinator)
- Gjertrud Elise Hadland (fagutvikler demens)
- Ivar Nes (frivillighetskoordinator)
- Tina Bowitz (avdelingsleder, hverdagsrehabilitering)

Videre er det gjennomført samtaler med:

- Tore Frøyland (rådgiver, økonomistyring og analyse)
- Solveig Økland (prosjektleder, «Sandnes blir eldre»)
- Pårørende til eldre med demens (pårørendegruppe, Lysthuset)
- Eldre med demens (besøkende, Lysthuset)

APPENDIKS

Tjenstedata/nøkkeltall, fra Resultatvurdering 2023: Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering

Pr. 31.12	2019	2020	2021	2022	2023
Hjemmesykepleie – antall brukere per 31.12	1012	1065	1083	1063	1023
Timer levert hjemmetjeneste	108 100	106 000	107 600	112 800	121 000
Praktisk bistand – daglige gjøremål- antall brukere per 31.12	266	243	282	262	275
Antall opplæringsvedtak gjennom året	-	-	152	202	279
Sykehjemsplasser – Sandnes helsesenter	40	40	40	40	40
Antall innleggelser på Sandnes helsesenter	439	463	541	581	574
Gj.snittlig liggedøgn SHS	29,4	27,8	25,0	23,9	23,5
Benyttet antall liggedøgn	12 902	11 272	13 551	13 903	13 524
Bofellesskap – Trones bolig- og eldresenter	11	11	11	11	11
Serviceleiligheter	121	121	121	121	121
Dagsenter for eldre, plass per uke/brukere (kun tall på antall brukere t.o.m. 2021)	156	156	163	397/186	397/191
Antall frivillige	60	50	50	61	65
Antall henvisninger til hukommelsesteamet	90	60	57	82	109
Utførte demensutredninger av hukommelsesteamet, inkl. demenskoordinator	54	47	49	70	86
Antall på venteliste til utredning i hukommelsesteamet	13	6	8	15	24
Antall personer med demens i Tidlig innsats	54	66	81	102	132

Antall som har tiltakspakke demens	2	6	14	15	32
Antall aktivitetsvenner for personer med demens	4	-	1	10	11
Antall henvisninger til hverdagsrehabilitering	413	397	476	472	470
Antall gjennomførte hverdagsrehabiliteringer	266	221	320	317	316
Antall elektroniske medisindispensere i drift (E-dosetter)	24	41	43	82	130
Totalt antall utmatninger fra E-dosetter		-	-	53 600	80 000
Antall GPS i drift	0	3	11	26	21
Antall brukere av Lysthuset gjennom året	-	-	-	11	15
Antall brukere av hjemmeavlastning	-	-	-	3	5
MEDARBEIDERDATA					
Antall årsverk og antall ansatte	277,16	282,16	279,48	284,86	289,15
Sykefravær (i prosent)	8,2	10,6	10,9	10,9	11,2