Rogaland Revisjon

Rapport fra forvaltningsrevisjon

Tildeling av helse- og omsorgstjenester

Sveio kommune, 2025

INNHOLD

Oppdraget 5
Sammendrag 6
Kommunedirektørens kommentar 11
Fakta og vurderinger 12
1.1.1 Formålet med prosjektet 12
1.1.2 Metode og revisjonskriterier 12
1.1.3 Oppbyggingen av rapporten 13
1.2 Kommunens helse og omsorgtilbud 14
1.3 Endringer i brukerbehov? 15
1.3.1 Antall innbyggere fordelt på aldersgrupper 15
1.3.2 Antallet brukere av hjemmetjenester 15
1.3.3 Færre med omfattende bistandsbehov 17
1.3.4 Antallet korttids- og langtidsopphold 18
1.3.5 Botid og ventelister 19
1.3.6 Nedstengning og salg av sykehjemsplasser 20
1.3.7 Evne til å ta imot utskrivningsklare pasienter 22
1.3.8 Oppsummering 23
1.4 Utgiftsnivå 24
1.4.1 Utgifter til pleie og omsorgstjenester 24
1.4.2 Prioritering av pleie- og omsorgstjenester 25
1.4.3 Dekningsgrader 25
1.4.4 Utgifter til institusjon og hjemmetjenester 29
1.4.5 Oppsummering av dekningsgrader og utgiftsnivå 31
1.5 I hvilken grad sikres en rettferdig fordeling? 32

1.5.1 Revisjonskriterier 32
1.5.2 Tverrfaglig kartlegging og søknadsbehandling.....34
1.5.3 Dokumentgjennomgang 36
1.5.4 Antallet klagesaker 39
1.5.5 Vurdering.....39
1.6 I hvilken grad sikres en effektiv fordeling? 40
1.6.1 Revisjonskriterier 40
1.6.2 Lavest effektive helse- og omsorgsnivå? 42
1.6.3 Felles leder for økt vektlegging av egenmestring .48
1.6.4 Tilfredshet blant brukerne 48
1.6.5 Tilstrekkelig kompetanse?.....50
1.6.6 Tilsynslege-dekningen i Sveio kommune 52
1.6.7 Vurdering.....54
1.7 Hvordan blir vedtakene fulgt opp?.....55
1.7.1 Revisjonskriterier 55
1.7.2 Oppfølging etter tildeling 55
1.7.3 Vurdering.....57
1.8 Innspill fra bruker, pårørende og verge.....58
1.8.1 Innspill fra leder av eldrerådet og pårørendeforeningen i Sveio kommune 59
Vedlegg 61

OPPDRAGET

Bestilling

Kontrollutvalget i Sveio kommune vedtok i møte 11.11.2024 en forvaltningsrevisjon om kommunens tildeling av helse- og omsorgstjenester.

Formål

Formålet med prosjektet har vært å undersøke hvordan Sveio kommune arbeider med tildeling av helse- og omsorgstjenester, med særlig fokus på tildeling av institusjons- eller hjemmetjenester.

Problemstillinger

- I hvilken grad sikrer tildelingskontoret en rettferdig og effektiv fordeling av helse- og omsorgstjenester?
    - Hvordan samarbeider tildelingskontoret med andre etater i forbindelse med tjenestetildelingen, for eksempel hjemmetjenesten, sykehjemmet og fastleger?
    - I hvilken grad fremgår begrunnelse og omfang i enkeltvedtaket, slik regelverket forutsetter?
- Hvordan blir vedtakene fulgt opp?

Prosjektleder for dette prosjektet har vært forvaltningsrevisor Frode K. Gøthesen. Rapporten er kvalitetssikret av leder forvaltningsrevisjon, Kristine C. Hernes.

SAMMENDRAG

Formålet med prosjektet

Formålet med prosjektet har vært å undersøke hvordan Sveio kommune arbeider med tildeling av helse- og omsorgstjenester, med særlig fokus på tildeling av institusjons- eller hjemmetjenester.

Hovedbudskap/konklusjoner

Sveio fremstår som en kommune med en grundig, behovsbasert og faglig forankret praksis for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Kommunen prioriterer tjenester på lavest mulig omsorgsnivå og legger til rette for egenmestring, samtidig som den har god institusjonsdekning. Det er etablert gode rutiner for samarbeid, oppfølging og dokumentasjon, men det finnes forbedringspotensial knyttet til systematisk årlig revurdering av vedtak og økt bruk av tidsbegrensede vedtak. Brukere og pårørende opplever i hovedsak tjenestene som rettferdige, tilpassede og trygge, men det tas til orde for bedre kommunikasjon med pårørende til sykehjemsbeboerne og flere aktivitetstilbud.

Intervjuer med brukere, pårørende og verge viser at informasjon og veiledning i søknads-prosessen oppleves som god, og vedtak beskrives som tydelige. Det etterlyses imidlertid bedre kommunikasjon og regelmessige pårørendemøter, overfor pårørende til sykehjemsbeboere. Tjenestene oppleves som godt tilpasset brukernes behov, med ros for hjemmelaget mat og fysioterapitilbud, men det uttrykkes et ønske om flere aktivitetstilbud. Generelt rapporteres det om trygghet og tilgjengelighet, blant annet gjennom bruk av trygghetsalarm. Eldrerådet peker på at kommunen er lydhør og legger vekt på brukermedvirkning, men savner at kommunen ikke kan tilby heldøgns omsorgsboliger forbeholdt personer med kognitiv svikt.

Rettferdig og effektiv fordeling?

Sveio kommune har en høy institusjonsdekning for innbyggere over 80 år, målt i antall plasser per innbygger til denne aldersgruppen. Til tross for dette ligger andelen eldre som faktisk har institusjonsopphold på nivå med sammenlignbare kommuner, både i kommunegruppa, Rogaland og landet for øvrig. At antallet tildelte plasser er lavere enn kapasiteten skulle tilsi, kan indikere at kommunen har en restriktiv praksis for tildeling av institusjonsplasser.

Kommunens *Plan for helse og omsorg 2024-32* er tydelig på at kommunen skal tilby tjenester på lavest mulig omsorgsnivå, hvor målet er å utsette behovet for mer omfattende bistand. Det legges vekt på egenmestring, og at de ansatte motiverer brukerne til å ta i bruk egne ressurser.

Helsefremmende tiltak og korttidsopphold blir aktivt benyttet for å styrke brukerens funksjonsevne og forlenge tiden vedkommende kan bo hjemme.

Innhentet tallmateriale viser en økning i antallet tildelinger av hjemmesykepleie, noe kommunen forklarer som en bevisst prioritering for å gi hjemmebasert hjelp til brukere med store pleiebehov. Samtidig har omfanget av praktisk bistand gått ned. Denne nedgangen har frigjort ressurser til å styrke hjemmesykepleien ytterligere. Antallet pasienter med korttids- og langtidsopphold i institusjon har holdt seg stabilt over tid, og målt i gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn, ligger Sveio på nivå med andre kommuner. Kommunen har få fristoverskridelser knyttet til utskrivningsklare pasienter, noe som tyder på god kontroll over behov og kapasitet.

Økonomisk sett har Sveio hatt en økning i utgiftene per innbygger til hjemmetjenester, og ligger nå over snittet i kommunegruppa, fylket og landet. Samtidig er utgiftene til institusjonstjenester per plass fortsatt lavere enn gjennomsnittet. Dette viser en tydelig ressursdreining mot hjemmebaserte tjenester.

Samlet sett tyder dette på at Sveio kommune har en målrettet og effektiv tildelingspraksis, der institusjonsplasser tildeles etter behov og først når andre tiltak er vurdert og benyttet.

Samarbeidet mellom tildelingskontoret og andre helsetjenester

Gjennom bruk av kartleggingsskjema, samtaler med bruker og hjemmebesøk, foruten innhenting av opplysninger fra andre deler av det kommunale tjenesteapparatet, fastlege og spesialisthelsetjenesten, sikrer kommunen at saken er tilstrekkelig opplyst, før vedtak fattes.

Vår gjennomgang av et tilfeldig utvalg vedtak om tildeling, viser at det brukes en felles mal, og at det er en del standardformuleringer som går igjen. Vedtakene inneholder opplysninger om hva vedkommende har av tjenester, samt diagnose og sykdomshistorikk, foruten hvor opplysningene er hentet fra. I vedtaket finner vi også informasjon om funksjonsnivå, gjennom en IPLOS-score som synliggjør brukers funksjonsnivå og aktiviteter i dagliglivet. På denne måten synliggjør kommunen at alle funksjonene til brukeren er vurdert i forbindelse med tildelingen.

Begrunnelse og omfang i enkeltvedtak

Vedtakene inneholder individuelle vurderinger og begrunnelser. Det fremgår tydelig hvilke tjenester brukeren allerede mottar, samt funksjonsnivå og helsetilstand. Begrunnelsene for tildeling av tjenester, inkludert institusjonsplass, er knyttet til konkrete forhold og vurderinger av tjenestebehovet. Dette styrker rettssikkerheten og ivaretar kravene i forvaltningsloven.

At kommunen involverer bruker og/eller pårørende i kartlegging og utforming av tilbudet, bidrar til åpenhet og forutsigbarhet. Samtidig gir vedtakene kommunen rom for fleksibilitet, særlig ved tildeling av helsehjelp i hjemmet, hvor omfanget vurderes fortløpende av utøvende tjeneste.

Organisering og prioritering av omsorgstjenester

Organisatorisk har Sveio samlet hjemmetjenester og institusjonstjenester under én felles leder. Dette bidrar til en helhetlig vurdering av tjenestebehov, ressursbruk og omfang av tjenester, og skaper en kultur der det legges til rette for størst mulig grad av egenmestring. Kombinert med en bevisst prioritering av hjemmesykepleie og helsefremmende tiltak, forsøker kommunen i størst mulig grad å legge til rette for hjemmebaserte tjenester fremfor institusjonsopphold.

Som nevnt har Sveio kommune en svært god institusjonsdekning, mens andelen eldre med institusjonsopphold likevel er på nivå med andre kommuner. Dette, sammen med en grundig og behovsbasert saksbehandling, indikerer at Sveio kommune har en behovsbasert og faglig forankret tildelingspraksis av institusjonsplasser.

Bemanning, kompetanse og heltidskultur

Imidlertid er det verdt å merke seg at kommunen har utfordringer med å rekruttere sykepleiere til sykehjemmet, noe som kan påvirke kommunens kapasitet og prioriteringer. Kommunen har iverksatt tiltak for å møte disse utfordringene, blant annet gjennom ny oppgavefordeling, men er så langt ikke i mål. En løsning kan være tydeligere oppgavefordeling mellom yrkesgruppene og økt spesialisering blant sykepleierne, noe som reduserer behovet for sykepleierkompetanse totalt sett.

Heltidsstillinger gir grunnlag for mer stabilitet i de som er på jobb, ved at færre kommer og går, noe som gir økt kvalitet og kompetansedeling. Her har kommunen en vei å gå når det gjelder å få opp antallet som jobber heltid og få til en økning i den gjennomsnittlige stillingsprosenten.

Tidsavgrensning og fleksibilitet i vedtak

Ved praktisk bistand oppgis ofte et konkret timeantall, som for eksempel 1,5 timer hver tredje uke. Ved hjemmesykepleie beskrives hjelpen mer generelt, som «morgen og kveld», uten spesifisert tidsbruk. Dette gir tjenesteyterne fleksibilitet, og fokuset ligger på at brukeren får nødvendig hjelp, uavhengig av tidsbruk.

Tidsbegrensninger brukes der det er naturlig, som ved sårstell eller korttidsopphold, hvor behovet kan endre seg. For eksempel kan et korttidsopphold innvilges for 14 dager, men justeres ved

behov. Vedtak uten tidsbegrensning inneholder standardformuleringer om at behovet vurderes fortløpende, og eventuelle endringer dokumenteres skriftlig.

Etter vår vurdering bør Sveio kommune imidlertid legge inn tidsbegrensninger i vedtak i større grad enn hva som har vært praksis hittil. Dette fordi tidsavgrensede vedtak har positive effekter, så som bedre forventningsstyring overfor brukere og pårørende, tydeligere rammer for tjenesteomfanget, og kommunen blir i større grad tvunget til å gjøre systematiske evalueringer.

Hvordan vedtakene blir fulgt opp?

Sveio kommune har etablert flere rutiner og tiltak som skal sikre at vedtak om helse- og omsorgstjenester følges opp på en systematisk og forsvarlig måte. Blant annet gjennomføres ukentlige tverrfaglige møter med deltakere fra Tjenestekontor, hjemmesykepleie, sykehjem og rehabiliteringstjenester. Dette legger til rette for en helhetlig vurdering og koordinering av tjenestene.

Tjenestekontoret har tilgang til pasientjournaler, og endringer i pasientens behov dokumenteres fortløpende av utøvende tjeneste. Dette gir et godt grunnlag for løpende vurderinger av om tildelte tjenesteomfang fortsatt er i tråd med brukerens behov. Kommunens mål er at alle vedtak skal gjennomgås minst én gang i året, men erkjenner at dette ikke alltid lar seg gjennomføre grunnet høyt arbeidspress, og er ikke alltid blitt gjort. Dette vurderes som en svakhet, da systematiske revurderinger er viktige for å sikre riktige og nødvendige tjenester til enhver tid.

Når det gjelder dokumentasjon av faktiske tjenesteleveranser, har kommunen etablert rutiner for å sikre at utførelsen er i samsvar med vedtakene. Dersom tjenester ikke leveres som planlagt, skal dette dokumenteres og følges opp i rapporteringsmøter. Dette skal bidra til kvalitetssikring og ansvarliggjøring. Samlet sett viser dette at Sveio kommune har en strukturert og kontrollert praksis for oppfølging av vedtak, som også legger grunnlaget for en behovsbasert tildeling.

Vi anbefaler Sveio kommune å:

- Styrke den systematiske oppfølgingen av vedtak: Sveio kommune bør sikre at alle vedtak om helse- og omsorgstjenester gjennomgås årlig. Dette vil bidra til å opprettholde kvaliteten og sikre at tjenestene er tilpasset brukernes behov.

- Tidsbegrense vedtak for å skape tydeligere rammer og bedre forventningsstyring.

- Se nærmere på oppgavefordelingen mellom de ulike yrkesgruppene assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere, for å spisse sykepleierkompetansen mer. Dette kan redusere behovet for sykepleiere, som det per i dag er knapphet på.

- Forsøke å tilrettelegge for at flere ansatte velger større stillinger.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektøren takkar for ein grundig forvaltningsrevisjon av kommunen si tildeling av helse- og omsorgstenester. Rapporten stadfestar at Sveio i hovudsak har ei behovsbasert, rettvis og fagleg forankra praksis, med god samhandling i tildelingsprosessen og tydeleg dokumentasjon i enkeltvedtak. Stabil institusjonsbruk, få fristoverskridingar og ei medviten dreiing mot heimebasert tenester indikerer god kapasitets- og behovsstyring.

Samtidig peikar revisjonen på forbetringsområde som kommunen vil følgja opp: Meir systematikk i årlege revisjonar av vedtak, større bruk av tidsavgrensa vedtak der dette er tenleg for å styrkje forventningsstyring og evaluering, og ein tydelegare struktur for kommunikasjon med pårørande i institusjon. Rekruttering, oppgåvefordeling og arbeid med heiltidskultur inngår i vårt ordinære forbetringsarbeid.

Kommunedirektøren vil innan 01.05.2026 leggje fram ein kort plan for oppfølging.

FAKTA OG VURDERINGER

1.1.1 FORMÅLET MED PROSJEKTET

Formålet med prosjektet har vært å undersøke hvordan Sveio kommune arbeider med tildeling av helse- og omsorgstjenester, med særlig fokus på tildeling av institusjons- og hjemmetjenester. Prosjektet har tatt utgangspunkt i kommunens ansvar for å sikre at innbyggerne mottar nødvendige helse- og omsorgstjenester på en rettferdig, effektiv og faglig forsvarlig måte.

Undersøkelsen er strukturert rundt problemstillinger knyttet til rettferdig og effektiv fordeling, tverrfaglig samarbeid og kvalitet på vedtakene om tildeling. I tillegg har vi sett nærmere på hvordan vedtakene blir fulgt opp. Gjennom å belyse disse spørsmålene søker prosjektet å gi innsikt i hvordan kommunen ivaretar sitt ansvar for tjenestetildeling, og om det finnes forbedringsområder knyttet til tildelingspraksis, samarbeid og dokumentasjon.

1.1.2 METODE OG REVISJONSKRITERIER

Datakildene består av tilgjengelig dokumentasjon og tallmateriale, supplert med informasjon fremkommet i intervju. Tallene er hentet fra KOSTRA og kommunen, og i den grad det er mulig, har vi gjort sammenligninger med snittet i Rogaland, kommunegruppa og landet[1].

I forbindelse med prosjektet har vi gjennomgått 10 tilfeldig valgte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester, for å få innsikt i hvordan kommunen vurderer og fordeler tjenestene i praksis[2]. For å sikre et tilfeldig utvalg, har vi bedt om de ti siste vedtakene fram mot en bestemt dato. Vedtakene viser hvordan individuelle behov blir vurdert, og om tildelingen skjer i tråd med gjeldende lovverk. En slik gjennomgang gjør det mulig å vurdere om kommunen sikrer en rettferdig og effektiv fordeling. Vedtakene har også gitt oss et grunnlag for å vurdere kvaliteten på saksbehandlingen, herunder om beslutningene er godt dokumentert for brukerne. Dette er viktig for å sikre rettssikkerhet og tillit til forvaltningen.

I tillegg til intervju med ansatte, har vi intervjuet foresatte, bruker eller verge, blant vedtakene vi har plukket ut. Intervjuene omhandlet følgende tema:

---

[1] Mer informasjon om Statistisk sentralbyrå sin inndeling av kommunene i ulike grupper er lagt i rapportens vedleggsdel.

[2] Det totale omfanget av vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester er om lag 300 per kalenderår, jf. tabell 8.

1. Informasjon om veiledning i søknadsprosessen.
2. Vedtakenes utforming og kilde til informasjon, inklusiv begrunnelse og omfang.
3. Brukermedvirkning i forbindelse med utformingen av tjenestetilbudet. Hvorvidt man som bruker, pårørende eller verge har fått tilbud om å bidra i utformingen av tjenestetilbudet.
4. Om tjenestene som gis oppleves som helhetlige, rettferdige og målrettede.
5. Medbestemmelse i den daglige utførelsen av tjenestene.

Datamaterialet baserer seg på muntlige og skriftlige kilder, og i prosjektet har vi vekslet mellom disse. Det innebærer at problemstillingene er belyst gjennom ulike datakilder, for å forsterke datagrunnlaget. Eksempelvis er observasjoner i tallmaterialet og i den skriftlige dokumentasjonen testet ut i intervju med sentrale personer i kommunen.

I arbeidet med rapporten har vi dratt veksler på gjennomført forvaltningsrevisjoner i Randaberg og Eigersund, med beslektede problemstillinger. Våre funn er deretter vurdert opp mot lovbestemmelser og kommunens politiske og administrative vedtak på området. En nærmere omtale av kilder er lagt i rapportens vedlegg.

1.1.3 OPPBYGGINGEN AV RAPPORTEN

I kapittel 1.2 går vi inn på organiseringen av helse- og omsorgssektoren i Sveio. I kapittel 1.3 ser vi nærmere på endringer i brukerbehov, siden utviklingen i antallet brukere og endringer i brukerbehovet har betydning for hvordan kommunen rigger seg med hensyn til kapasitet og tildelingspraksis.

I kapittel 1.4 ser vi på Sveio kommunes utgifter til pleie og omsorg, og sammenligner kommunen med andre. Selv om dette er litt på siden med hensyn til problemstillingene, mener vi dette er relevant for å kunne gi et bilde av kommunens ressursinnsats på området. Kommunens prioriteringer viser hvordan ressurser fordeles basert på nytte, ressursbruk og alvorlighet. Ved å sammenligne dekningsgraden med andre kommuner, kan vi se om kommunen tilbyr tilstrekkelige tjenester til sine innbyggere. Høy dekningsgrad indikerer at flere får tilgang til nødvendige tjenester, noe som er et tegn på effektiv ressursbruk. Produktiviteten måler hvor effektivt kommunen bruker sine ressurser. Ved å sammenligne produktiviteten med andre kommuner, kan vi identifisere områder for forbedring og lære av beste praksis. Dette kan bidra til å optimalisere tjenestene og sikre at ressursene brukes mest mulig effektivt. Spørsmålet er om kommunen sikrer at de som har størst behov får hjelp og om ressursene brukes der de gir størst nytte.

Kapittel 1.5 dreier seg om i hvilken grad kommunen sikrer en rettferdig fordeling, gjennom tverrfaglig kartlegging og søknadsbehandling, og i utforming av vedtak. Hvordan dette samarbeidet foregår vil ha betydning for hvordan kommunen sikrer en helhetlig forståelse av

brukerens behov og dermed en rettferdig fordeling. I kapittel 1.6 undersøker vi hvordan kommunen klarer å utnytte sine ressurser på best mulig måte. Hvert av de to siste kapitlene starter med kildene til revisjonskriteriene vi bruker, og utledning av konkrete revisjonskriterier/ målestokker.

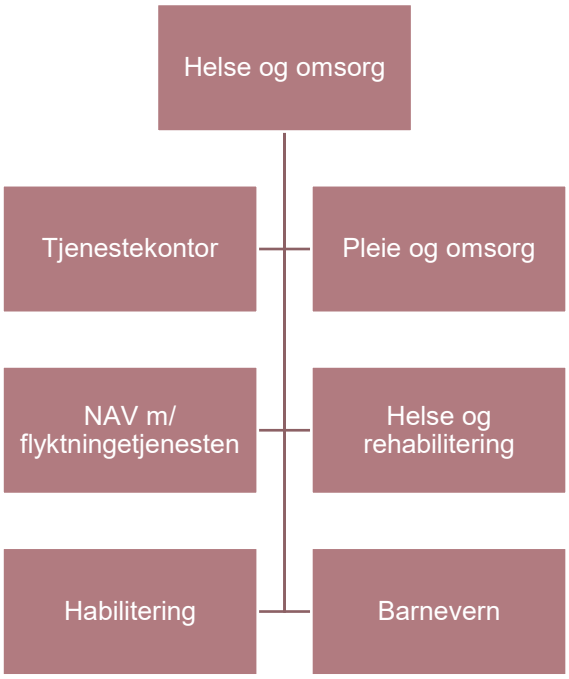
I prosjektet har vi med andre ord sett nærmere på hvordan kommunen forvalter sine ressurser, og om innbyggerne får de tjenestene de trenger på en rettferdig og effektiv måte. Tilgangen på kompetent personell og resultater fra gjennomførte brukerundersøkelser, er også tatt med, da dette også anses å være relevante faktorer i denne sammenheng.

Det siste kapittelet dreier seg om hvordan vedtakene blir fulgt opp. Å følge opp vedtak er avgjørende for å sikre at beslutningene som tas, faktisk blir gjennomført, at tjenestene som leveres holder høy kvalitet og at de oppfyller de standardene som er satt. Dette sikrer at innbyggerne får de tjenestene de har krav på, og at deres rettigheter blir ivaretatt.

1.2 KOMMUNENS HELSE OG OMSORGTILBUD

Sveio kommune er organisert i tre overordnede tjenesteområder: Helse & omsorg, Oppvekst og Teknisk. Tjenesteområdet Helse og omsorg består av flere avdelinger;

Figur 1 - Organisasjonskart for tjenesteområdet Helse & omsorg



(Kilde: Sveio kommune)

Sveio kommune har valgt å opprette et eget Tjenestekontor som håndterer søknader og fatter vedtak om tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. En annen avdeling innenfor tjenesteområdet *Helse og omsorg* er avdeling *Pleie og omsorg. Denne avdelingen består av* Sveio omsorgssenter og Hjemmetjenesten, og yter pleie- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie, praktisk bistand, dagsenter og sykehjem. En tredje avdeling er avdeling *Helse og rehabilitering*, som dekker områder som psykisk helse, legekontor og fysioterapitjenester. En fjerde avdeling er avdeling for *Habilitering.* Denne avdelingen yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, og inkluderer tre bofellesskap, tilrettelagt for ulike aldersgrupper og brukere. Avdelingen har også et fagteam som arbeider med oppfølging og veiledning.

Verdt å nevne er at helsestasjonstjenestene nylig er overført til tjenesteområdet Oppvekst, og er nå en del av avdeling for Barn og unge.

1.3 ENDRINGER I BRUKERBEHOV?

1.3.1 ANTALL INNBYGGERE FORDELT PÅ ALDERSGRUPPER

Innledningsvis kan det være hensiktsmessig å si noe om totalt antall innbyggere fordelt på ulike aldersgrupper i Sveio kommune, sammenlignet med landet som helhet;

Tabell 1 - Aldersfordeling blant innbyggerne i Sveio kommune, sammenlignet med aldersfordelingen på landsbasis. Tall per 01.01.2025

	Antall i Sveio	Prosent	Antall i Norge	Prosent
0-24 år	1754	30,5	1577159	28,2
25-34 år	613	10,7	765730	13,7
35-44 år	772	13,4	759091	13,6
45-69 år	1776	30,8	1729157	30,9
70-79 år	578	10,1	492666	8,8
80 år eller eldre	259	4,5	270537	4,8
Til sammen	5752	100,0	5594340	100,0

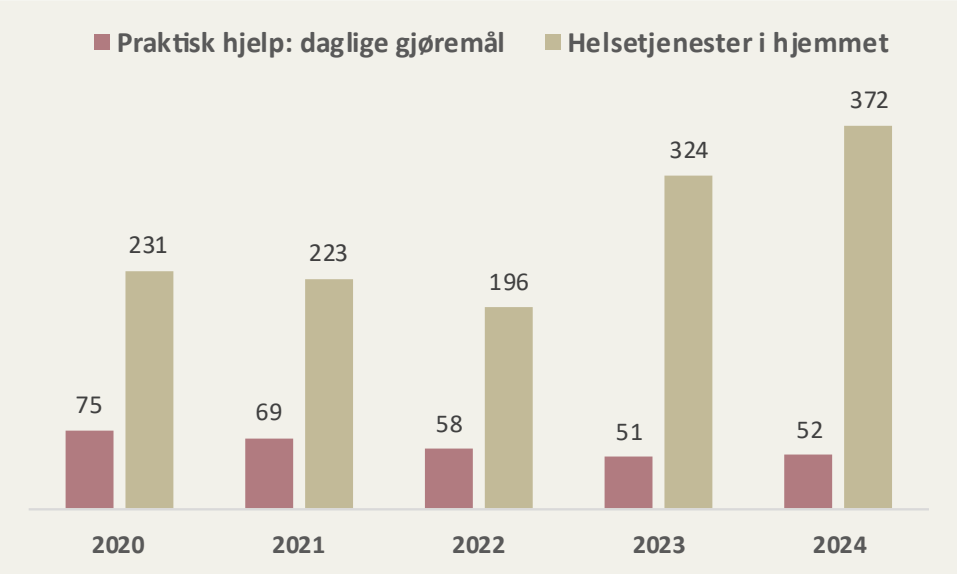
(Kilde: SSB. Tabell 07459)

Sveio kommune har en forholdsvis balansert aldersstruktur, med en jevn fordeling mellom unge, voksne og eldre. Samtidig har kommunen en moderat andel eldre, noe som betyr at behovet for helse- og omsorgstjenester ikke er spesielt stort sammenlignet med mange andre kommuner, men det vil likevel være viktig å planlegge for en gradvis økning i denne gruppen.

1.3.2 ANTALLET BRUKERE AV HJEMMETJENESTER

Figurene nedenfor viser en økning i antallet brukere med behov for helsetjenester i hjemmet. Samtidig ser vi en nedgang i antallet brukere med behov for praktisk bistand, hele tidsperioden sett under ett;

Figur 2 - Antallet brukere med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand i løpet av året i Sveio



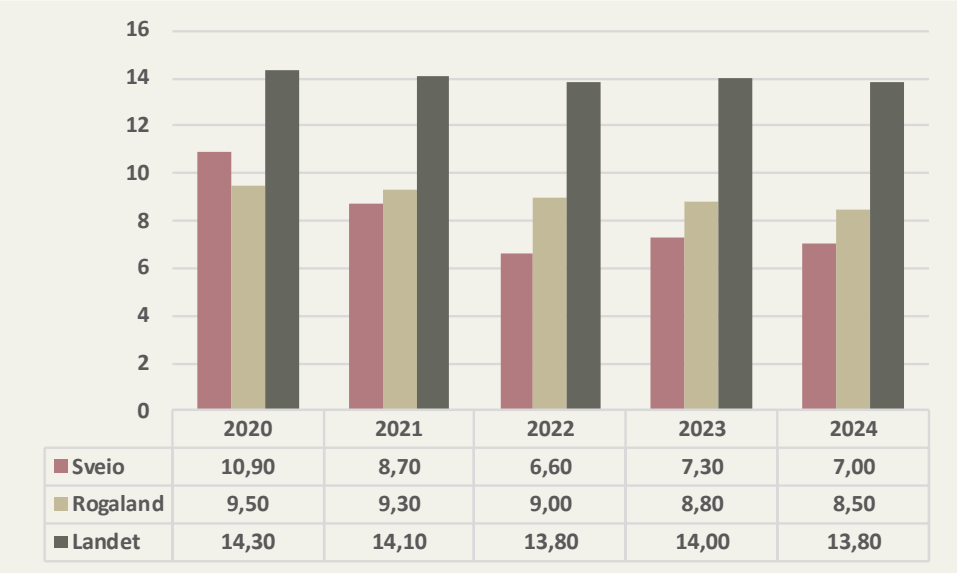
(Kilde: KOSTRA, tabell 11642. Tall for foregående år finnes ikke[3])

I angitte tidsperiode har hjemmesykepleien opplevd en økning i antallet brukere. I samme periode har kommunen hatt en nedgang i antallet brukere av praktisk bistand. I intervju understrekes at kommunen mottar stadig sykere pasienter, og av denne grunn må kommunen være mer restriktiv i tildelingen, og spisse tjenestene inn mot helsetjenester i hjemmet.

Nedgangen i etterspørselen etter praktisk bistand er for øvrig en tendens som også gjør seg gjeldende i andre kommuner;

Figur 3 - Brukere av praktisk bistand (daglige gjøremål) per 1000 innbyggere

[3] «Helsetjenester i hjemmet», som det rapporteres på her, omfatter også rusrelatert helsehjelp og psykiske helsetjenester



	2020	2021	2022	2023	2024
Sveio	10,90	8,70	6,60	7,30	7,00
Rogaland	9,50	9,30	9,00	8,80	8,50
Landet	14,30	14,10	13,80	14,00	13,80

(Kilde: KOSTRA. Tabell 11645. Tall for kommunegruppa foreligger ikke)

Som figuren viser, har antallet mottakere av praktisk bistand gått ned, ikke bare i Sveio, men også i Rogaland og landet. I intervju med de ansatte i kommunen understrekes at nedgangen også er et resultat av en generell holdningsendring blant brukere og pårørende, som i større grad enn tidligere stiller seg positive til å benytte private leverandører.

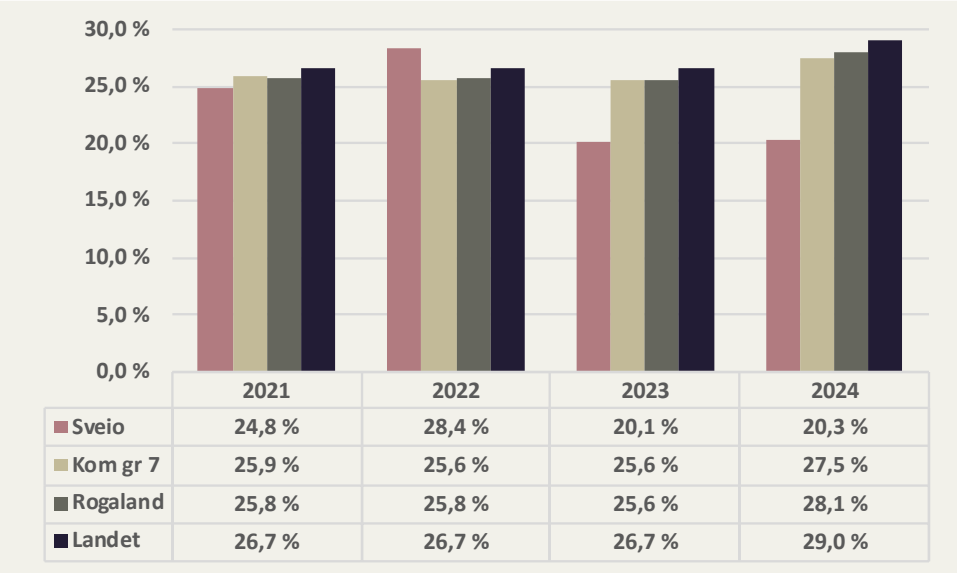
1.3.3 FÆRRE MED OMFATTENDE BISTANDSBEHOV

Pasientenes helsetilstand og behov for pleie, blir ofte målt gjennom IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Kommunen har imidlertid ikke en detaljert oversikt over IPLOS-nivået på de ulike avdelingene, kun per bruker/ pasient.

I Framsikt finner vi indikatoren «andel av alle brukere med omfattende bistandsbehov». Denne indikatoren bygger på tall fra indikatoren «antall tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov", delt på «antall brukere av utvalgte omsorgstjenester" i KOSTRA. Begge disse tallene hentes fra SSB-tabell 12292. Framsikt sin indikator viser hvor stor andel av brukerne av utvalgte omsorgstjenester som har omfattende bistandsbehov

Resultatet gir et mål på hvor stor andel av brukerne som har de mest omfattende hjelpebehovene, og dette kan brukes til å sammenligne situasjonen i ulike kommuner eller følge utviklingen over tid. Indikatoren gir dermed et bilde av hvor krevende brukergruppen er, og kan være nyttig for planlegging og ressursfordeling innen helse- og omsorgstjenestene.

Figur 4 - Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov



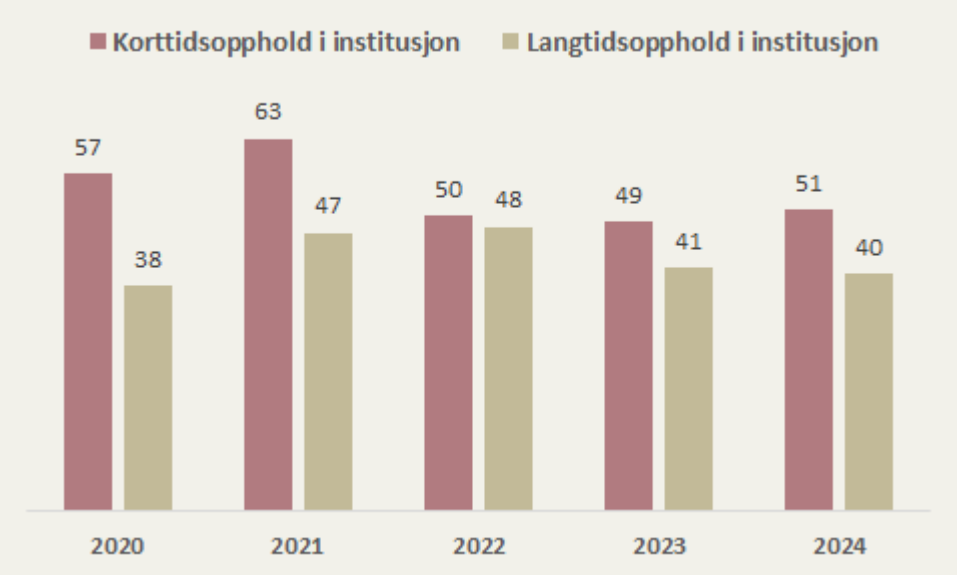
(Kilde: Framsikt)

I motsetning til utviklingen i kommunegruppa, Rogaland og landet, har Sveio de to siste årene opplevd en nedgang i andelen brukere med omfattende bistandsbehov. Sveio ligger nå under snittet i både kommunegruppa, fylket og landet. I intervju understrekes at dette trolig er et utslag av naturlige variasjoner fra år til år.

1.3.4 ANTALLET KORTTIDS- OG LANGTIDSOPPHOLD

Mens antallet personer med korttidsopphold i løpet av året har gått ned, har antallet personer på langtidsopphold holdt seg stabilt (tall for langtidsopphold i 2024 mangler i KOSTRA);

Figur 5 - Antall personer med korttids- og langtidsopphold i Sveio i løpet av året



(Kilde: KOSTRA, tabell 11642)[4]

Vi ser at antallet personer med korttidsopphold har gått litt ned de siste årene, mens antallet på langtidsopphold har holdt seg noe mer stabilt. I intervju understrekes at dette først og fremst er et utslag av naturlige variasjoner fra år til år.

1.3.5 BOTID OG VENTELISTER

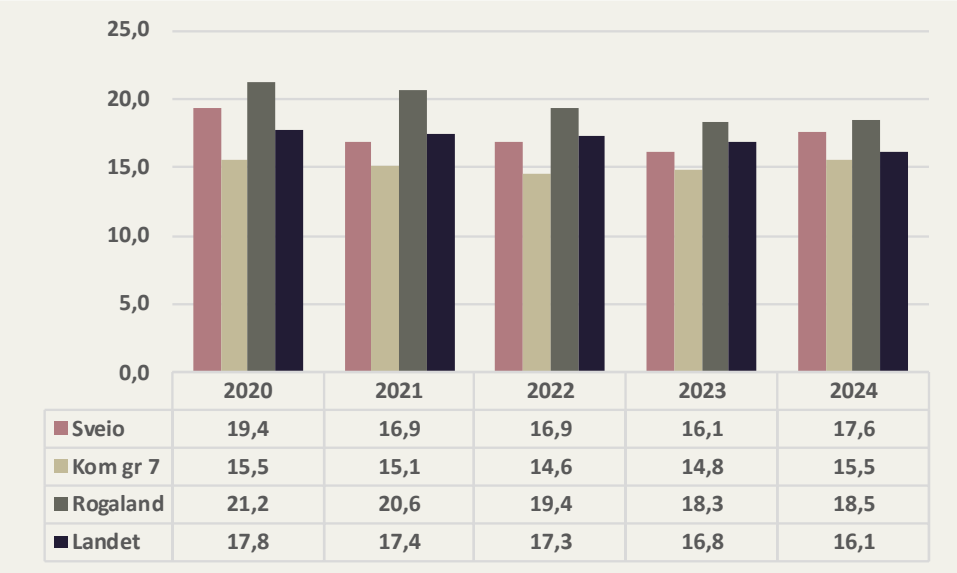
Botid og ventelister sier noe om hvor godt kommunen ivaretar behovene til innbyggerne og hvor det er behov for forbedringer eller økt kapasitet. Lange ventelister kan indikere at kommunen ikke har tilstrekkelig kapasitet til å møte alle som har behov. Gjennomsnittlig botid på langtidsplasser i norske sykehjem er på cirka to år[5]. En forvaltningsrevisjon i Stavanger kommune i 2018/2019 avdekket at gjennomsnittlig botid for langtidsplass gikk ned 1 år i perioden 2010-17. I 2017 var gjennomsnittlig botid 1,4 år. Dette er en utvikling som tilsier at flere bor hjemme en større andel av sine leveår.

Endringer i demografien, med en stadig høyere andel eldre i befolkningen, gir økt press på kommunens langtids- og korttidsplasser. Konsekvensen kan bli at de som får tildelt plass, er sykere enn før. Tallene for Sveio viser imidlertid at kommunen fortsatt klarer å holde antallet døgn på korttidsopphold på linje med resten av landet;

Figur 6 - Gjennomsnittlig antall døgn per korttidsopphold

[4] Indikatoren korttidsopphold består av Tidsavgrensa opphald – 1) utreiing/behandling, 2) habilitering/rehabilitering, og 3) tidsavgrensa opphald – anna. I SSB sin statistikk er kun antallet kategorisert under alternativ to oppgitt.

[5] Kilde: *Kommunale helse- og omsorgstjenester i 2023*, Helsedirektoratet.



(Kilde: KOSTRA. Tabell 12293)

Av figuren ser vi at over tid har det gjennomsnittlige antallet liggedøgn per korttidsopphold holdt seg relativt stabilt.

Tabell 2 - Gjennomsnittlig antall døgn per korttids- og langtidsopphold (oppgitt fra kommunen)

	2022	2023	2024	2025*
Gjennomsnittlig antall liggedøgn korttidsopphold	17	16,2	17,6	17,1
Gjennomsnittlig antall liggedøgn langtidsopphold	209,5	241,8	239,7	126,8

*(Kilde: Sveio kommune. *Tall for 2025 er kun til 11.06)*

På samme måte som for korttidsopphold, har gjennomsnittlig antall liggedøgn per langtidsopphold holdt seg relativt stabilt.

I intervju får vi opplyst at Sveio kommune over lengre tid ikke har hatt noen ventelister på institusjons-/sykehjemsplass. Dette gjelder ikke omsorgsbolig, hvor det per juni 2025 står seks søkere på venteliste. Av disse søker tre om omsorgsbolig for eldre, mens resterende søker om kommunal utleiebolig, hovedsakelig på grunn av utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Kommunen oppgir at gjennomsnittlig botid i omsorgsbolig er 3,8 år.

1.3.6 NEDSTENGNING OG SALG AV SYKEHJEMSPLASSER

Høsten 2025 har Sveio omsorgssenter 41 av 47 sykehjemsplasser i drift. Dette må ses på bakgrunn av at Sveio kommune tilbake i 2013 vedtok å stenge ned seks sykehjemsplasser ved

Sveio omsorgssenter[6]. Bakgrunnen for vedtaket den gang var en kombinasjon av økonomiske utfordringer og lav etterspørsel etter plasser.

I midten av januar 2025 ble Sveio kommune kontaktet av Vindafjord kommune som ønsket å kjøpe to sykehjemsplasser. Nabokommunen hadde da flere innbyggere innlagt ved Helse fonna klare for utskriving, men kommunen manglet tilgjengelige sykehjemsplasser. Sveio kommune sa seg villig, og avtalen som ble inngått, er det lagt inn en mulighet for å si opp på kort varsel, dersom behovet endrer seg i Sveio.

Nabokommunen dekker alle kostnadene, og sikrer dermed Sveio en økonomisk gevinst, sammenlignet med om plassene hadde stått ledige. I intervju understrekes at å kunne hjelpe nabokommunen bidrar til velvilje, som kan være gull verdt om Sveio i neste omgang skulle få et slikt behov.

Tabell 3 - Fordelingen av sykehjems-/ institusjonsplassene ved Sveio omsorgssenter

Type plass	Antall plasser	Navn på avdeling	Bruksområde
Langtidsplass	14	Utsikten	For personer med somatiske behov
Langtidsplass	14	Sørbakken	For personer med demens
Fleksible plasser	11	Vestbakken	Brukes etter behov til korttids- eller langtidsopphold

(Kilde: Sveio kommune)

Av de resterende 39 plassene, er per i dag 28 langtidsplasser. Disse er fordelt på 2 avdelinger, nærmere bestemt 14 plasser i andre etasje (Utsikten), og 14 plasser i første etasje (Sørbakken). Mens førstnevnte er forbeholdt somatikk, er sistnevnte forbeholdt personer med demens. De resterende plassene (39-28 = 11) benyttes vekselvis til korttids- og langtidsplass, avhengig av behov. De fleksible plassene benyttes hovedsakelig til pasienter med behov for avlastning, opptrening etter sykehusopphold, palliasjon/ livets siste fase og langtidsplass.

I intervju fremheves at hvor mange institusjonsplasser Sveio kommune har behov for til enhver tid varierer, men at det jevnt over er 30-35 (av totalt 39) som er i bruk. Samtidig har Sveio kommune blitt noe strengere i tildelingen av institusjonsplasser de senere år. Det understrekes at dette er en ønsket politikk, hvor målsettingen er å tenke lavest mulig omsorgsnivå og at de eldre skal klare seg lengst mulig hjemme. I stedet for å tilby sykehjemsplasser i stort omfang, ønsker kommunen å rette en større del av ressursinnsatsen mot å ruste opp hjemmesykepleien.

[6] Sak 12/289. Behandlet og vedtatt i Kommunestyret 30.09.2013.

Dessuten vil det ikke være en god løsning å ha fullt belegg på sykehjemmet, da flere forhold taler for en viss fleksibilitet: Kommunen må til enhver tid ha mulighet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset som trenger opptrening og avlastning, for å unngå bøter. Behovet kan endre seg raskt, og kommunen er forpliktet til å gi forsvarlige pleie- og omsorgstjenester til sine innbyggere. I intervju understrekes at en opererer med samme vilkår for tildeling av sykehjemsplass uavhengig av tilgjengelig kapasitet til enhver tid.

1.3.7 EVNE TIL Å TA IMOT UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Pasienter som blir værende på sykehus etter at de er medisinsk ferdigbehandlet, kan være en indikasjon på at kommunen mangler nødvendige ressurser eller tjenester[7]. Kommunens evne til å ta imot utskrivningsklare pasienter må for øvrig også ses i lys av utviklingen i brukerbehov. En aldrende befolkning øker presset både på hjemmetjenester og institusjonsplasser, og kan skape flaskehalser i overgangen fra sykehus til kommune. Manglende kapasitet, enten som følge av manglende korttidsplasser eller helsepersonell, kan føre til forsinkelser og redusert pasientflyt.

I kartleggingsarbeidet før utskriving, samarbeider Tjenestekontoret med sykehuset. Her deltar også lege, representanter fra spesialisthelsetjenesten, samt søkeren selv og/eller pårørende. Tema vil være blant annet funksjonsnivået til pasienten, som kan ha bedret seg i løpet av oppholdet på sykehus.

I forbindelse med prosjektet har vi sett nærmere på Sveio kommunes håndtering av utskrivningsklare pasienter de siste årene. Tabellen nedenfor viser både antall pasienter, antall døgn med fristoverskridelser og hvor mye Sveio kommune har betalt i bøter til sykehuset, fordelt på årene 2022, -23 og -24;

Tabell 4 – Antall pasienter, antall døgn og samlede kostnader i forbindelse med fristoverskridelser knyttet til utskrivningsklare pasienter

	2022	2023	2024
Antall pasienter	1	1	3
Antall døgn	2	1	8
Antall kroner i bøter	10 612	5 508	45 012

(Kilde: Sveio kommune)

[7] Kilde: Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23. Helse- og omsorgsdepartementet.

I intervju understrekes at omfanget er relativt lite. Fristoverskridelser skjer gjerne i tilfeller hvor pasienten trenger hjelpemidler, men hvor pårørende ikke har anledning til å hente hjelpemidlene samme dag. Overskridelsene skyldes med andre ord praktiske forhold, og ikke mangel på kapasitet i kommunen.

I intervju understrekes at behovet for hjelpemidler blant pasientene er økende. Kommunen har ansatte i fysioterapi- og ergoterapiavdelingen som har et særskilt ansvar for dette, men når de skal skaffe til veie og installere hjelpemidler på noen timers varsel, kan det by på utfordringer. Eksempelvis må pårørende reise hjem og åpne huset, noe de ikke alltid har anledning til på kort varsel.

Vi får opplyst at kommunen i hovedsak klarer å dekke behovet for tjenester, også i tilfeller hvor det trengs mer omfattende tilretteleggingstiltak i boligen. Dersom boligen til vedkommende ikke skulle være klar, kan kommunen tilby omsorgsbolig eller korttidsopphold i påvente av ferdigstillelse.

Sveio kommune har valgt å påklage flere av bøtene for fristoverskridelse. Etter kommunens oppfatning er noen av bøtene gitt i tilfeller hvor det er sykehuset selv som har valgt å holde pasientene igjen. I flere av tilfellene har sykehuset sendt melding om at pasienten er klar for å skrives ut, men så har sykehuset ombestemt seg like etterpå. Klagesakene er inne til behandling og kommunen avventer svar.

1.3.8 OPPSUMMERING

Sveio kommune har hatt en nedgang i antall brukere med omfattende bistandsbehov, noe som kan tyde på en positiv utvikling i folkehelsen, bedre forebyggende tiltak, eller endringer i demografien. Samtidig har antallet pasienter på korttids- og langtidsopphold holdt seg stabilt, noe som indikerer at behovet for institusjonsbasert omsorg ikke har økt.

Når det gjelder gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per korttidsopphold, ligger Sveio på nivå med gjennomsnittet i sammenlignbare kommuner. Dette tyder på at kommunen har en balansert og effektiv bruk av institusjonsplasser, uten unødvendig lange opphold. I tillegg viser tallene at Sveio har få fristoverskridelser knyttet til utskrivningsklare pasienter, noe som vitner om god samhandling mellom kommune og sykehus, samt effektiv organisering og kapasitet i omsorgstjenestene.

Samlet sett gir dette et bilde av en kommune som har god styring, tilpasser behov og kapasitet.

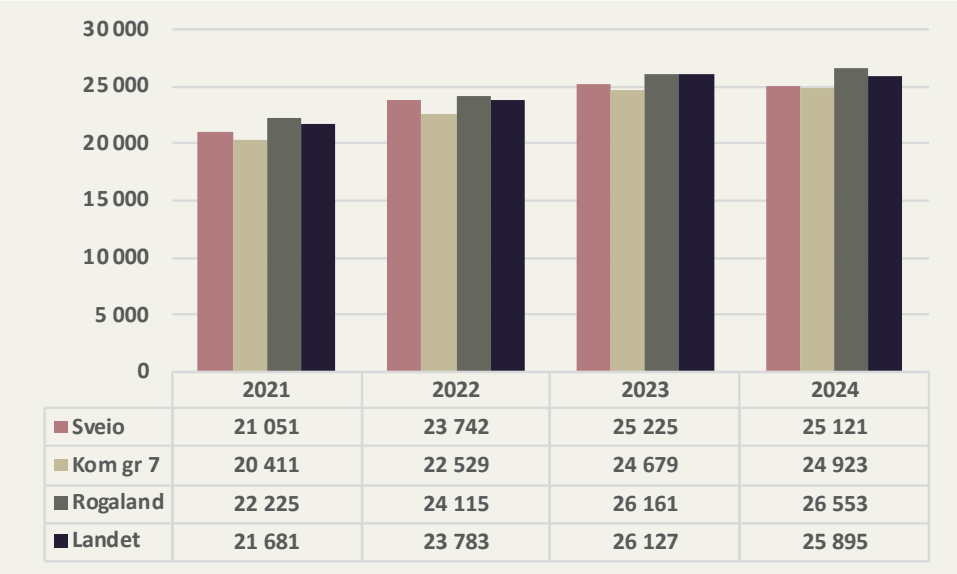
1.4 UTGIFTSNIVÅ

1.4.1 UTGIFTER TIL PLEIE OG OMSORGSTJENESTER

Når vi gjør sammenligninger med andre kommuner, er det viktig å merke seg at tallene i Sveio ofte er små, og at en liten endring i antallet kan gi store prosentvise utslag. Derfor bør vi være forsiktige med å trekke bastante konklusjoner. For å få en bedre forståelse av tallmaterialet, har vi lagt vekt på å hente inn historiske data.

I påfølgende avsnitt presenterer vi Sveio kommunes behovskorrigerte pleie- og omsorgsutgifter. Dette innebærer at utgiftene er justert for forskjeller knyttet til demografi, geografi og sosiale forhold[8]. Ved å korrigere for disse variablene får vi et mer nøyaktig sammenligningsgrunnlag. Figuren under viser at Sveio behovskorrigerte utgifter per innbygger har økt de siste årene;

Figur 7 - Netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie og omsorg, korrigert for utgiftsbehov



	2021	2022	2023	2024
Sveio	21 051	23 742	25 225	25 121
Kom gr 7	20 411	22 529	24 679	24 923
Rogaland	22 225	24 115	26 161	26 553
Landet	21 681	23 783	26 127	25 895

(Kilde: Framsikt)

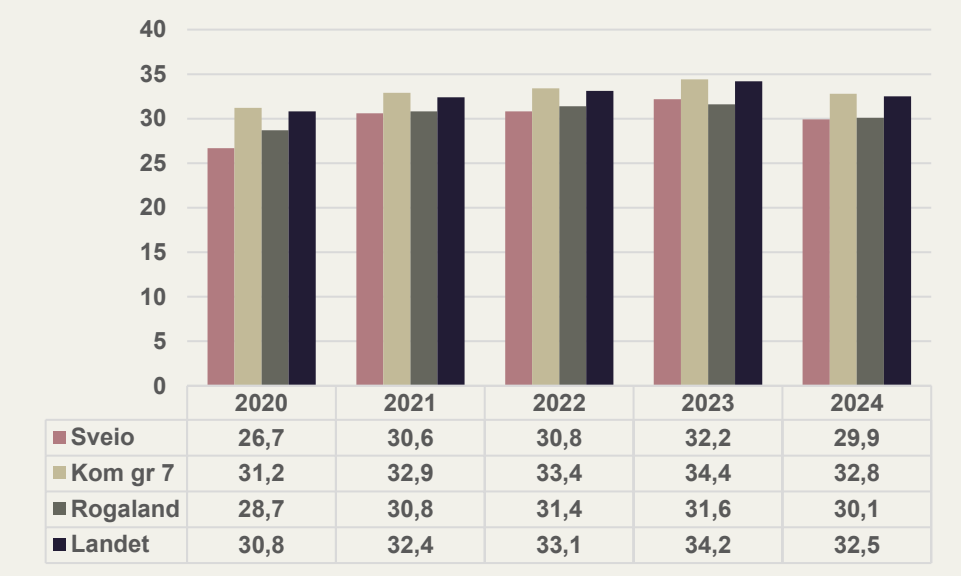
Utgiftene har økt i Sveio, og dette er en tendens som også gjør seg gjeldende i andre kommuner. Sveio ligger fortsatt på linje med snittet i kommunegruppa, Rogaland og landet.

[8] For å gjøre disse korrigeringene brukes behovsberegningen i statsbudsjettet (utgifts-utjevning KMDs grønt hefte)

1.4.2 PRIORITERING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter gir en indikasjon på hvor mye Sveio kommune prioriterer helse- og omsorgstjenester i forhold til andre tjenester. En høy andel peker i retning av at Sveio legger stor vekt på å tilby omfattende omsorgstjenester, samtidig som det blir viktig å undersøke om tjenestene leveres på en kostnadseffektiv måte, for eksempel ved å følge BEON-prinsippet[9];

Figur 8 – Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter



	2020	2021	2022	2023	2024
Sveio	26,7	30,6	30,8	32,2	29,9
Kom gr 7	31,2	32,9	33,4	34,4	32,8
Rogaland	28,7	30,8	31,4	31,6	30,1
Landet	30,8	32,4	33,1	34,2	32,5

(Kilde: KOSTRA. Tabell 12209)

I både Sveio, kommunegruppa, Rogaland og landet har *netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter* steget. I 2024 ligger Sveio litt under snittet i kommunegruppa og landet. Sagt med andre ord: Sveio kommunen bruker ikke forholdsvis mye på helse- og omsorgstjenester i forhold til andre tjenester. Dette *kan* indikere at Sveio kommune har en moderat til streng tildeling av helse- og omsorgstjenester.

1.4.3 DEKNINGSGRADER

Indikatoren *Antall brukere som bruker hjemmetjenester per 1000 innbyggere* kan være nyttig for å vurdere om kommunen er streng i tildelingen av helse- og omsorgstjenester. En høy andel kan indikere at kommunen er generøs i tildelingen av hjemmetjenester til sine innbyggere. Men en høy andel kan også indikere at kommunen satser på forebyggende tiltak og tidlig intervensjon, for

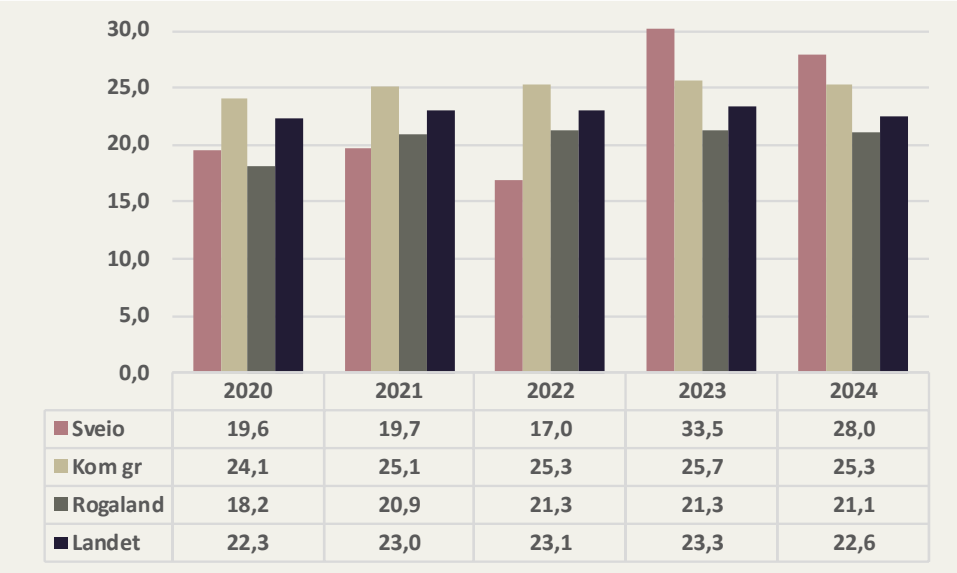
[9] BEON-prinsippet står for Best effektive omsorgsnivå. Mer om dette i eget kapittel nedenfor.

å unngå mer kostbare institusjonsopphold. En lav andel kan indikere at kommunen er streng i tildelingen, eller at det er færre som har behov for eller som etterspør slike tjenester.

I presentasjonen av tallene som viser andel innbyggere som mottar hjemmetjenester, er delt opp i tre figurer for å få fram aldersfordelingen blant brukerne. Aldersfordelingen blant brukerne er relevant fordi oversikten kan hjelpe med å identifisere hvor behovet for slike tjenester er størst blant innbyggerne.

De tre påfølgende figurene viser en økning i aldersgruppen 0-66 år og en nedgang i de to eldste aldersgruppene. Spesielt blant de eldste ser vi en kraftig nedgang. Demografiske endringer, som en aldrende befolkning, tilsier at behovet for hjemmetjenester skulle økt, men her går det motsatt vei.

Figur 9 – Antall brukere av hjemmetjenester 0-66 år per 1000 innbyggere

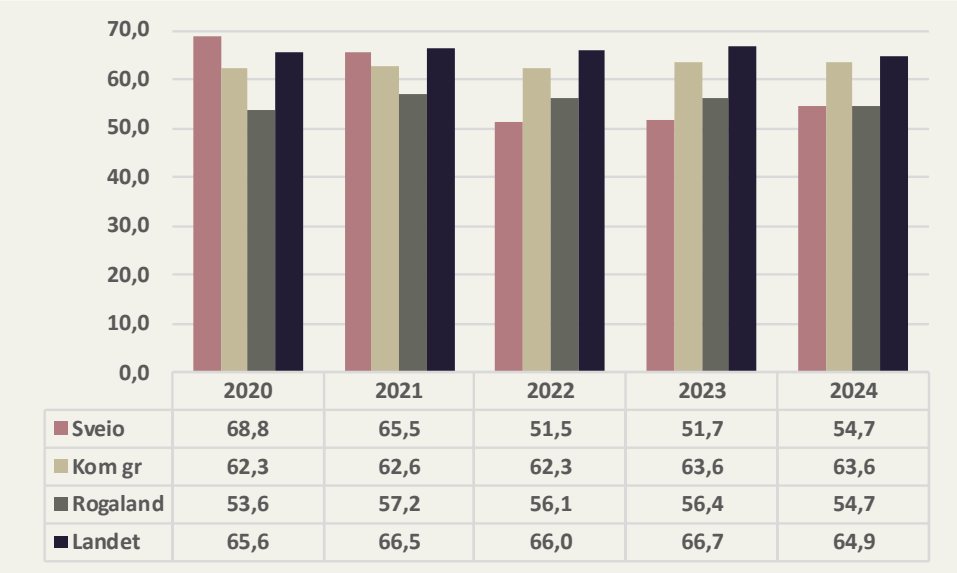


	2020	2021	2022	2023	2024
Sveio	19,6	19,7	17,0	33,5	28,0
Kom gr	24,1	25,1	25,3	25,7	25,3
Rogaland	18,2	20,9	21,3	21,3	21,1
Landet	22,3	23,0	23,1	23,3	22,6

(Kilde: KOSTRA. Tabell 12003)

I intervju understrekes at antallet i aldersgruppen 0-66 år er lite, og at dette forklarer noe av variasjonen slik tallene er fremstilt her, men generelt opplever kommunen en økning. Vi får oppgitt at økningen er særlig stor i aldersgruppen 55-66 år.

Figur 10 – Antall brukere av hjemmetjenester 67-79 år per 1000 innbyggere

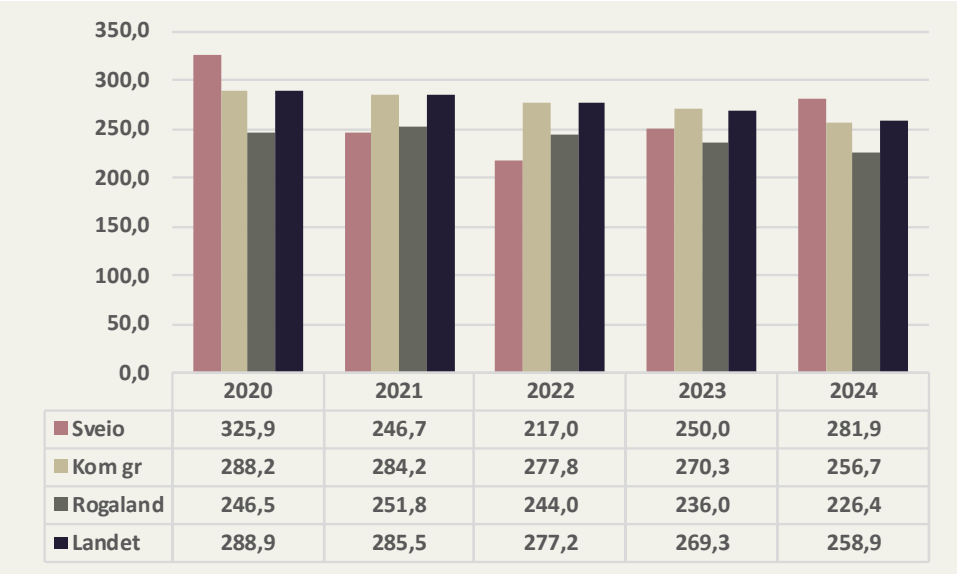


	2020	2021	2022	2023	2024
Sveio	68,8	65,5	51,5	51,7	54,7
Kom gr	62,3	62,6	62,3	63,6	63,6
Rogaland	53,6	57,2	56,1	56,4	54,7
Landet	65,6	66,5	66,0	66,7	64,9

(Kilde: KOSTRA. Tabell 12003)

I aldersgruppen 67-79 år har Sveio kommune opplevd en nedgang de siste årene. Det samme kan sies om de over 80 år;

Figur 11 – Antall brukere av hjemmetjenester 80 år og over per 1000 innbyggere



	2020	2021	2022	2023	2024
Sveio	325,9	246,7	217,0	250,0	281,9
Kom gr	288,2	284,2	277,8	270,3	256,7
Rogaland	246,5	251,8	244,0	236,0	226,4
Landet	288,9	285,5	277,2	269,3	258,9

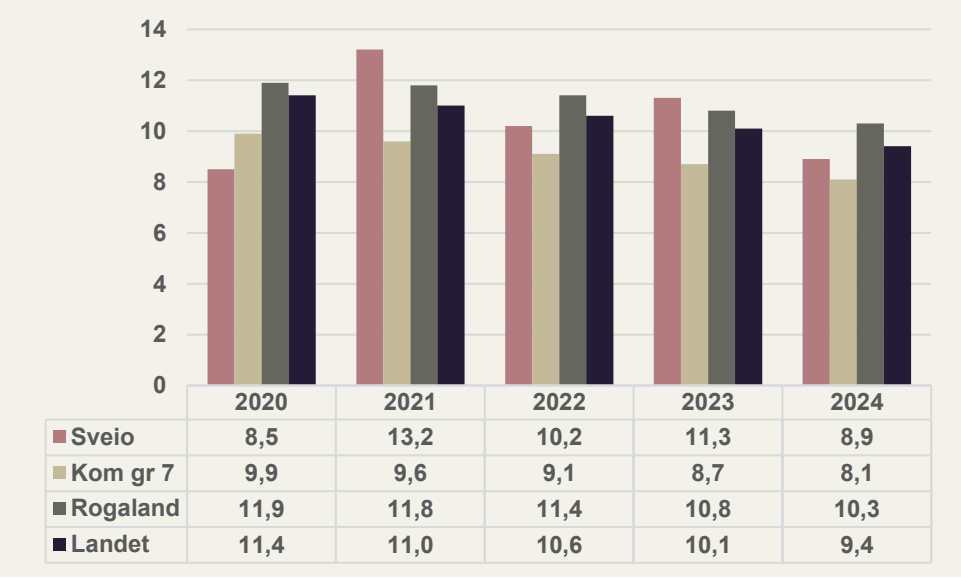
(Kilde: KOSTRA. Tabell 12003)

I både Sveio, kommunegruppa, Rogaland og landet har andelen innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester gått ned. Hjemmetjenester er både hjemmesykepleie og praktisk bistand. Som vi så tidligere i rapporten, er omfanget av hjemmesykepleie betydelig høyere enn praktisk bistand.

Den neste indikatoren vi skal se på er *Antall brukere av institusjonstjenester per 1000 innbyggere*. Denne er relevant fordi indikatoren gir innsikt i hvor mange som har behov for omfattende omsorgstjenester som ikke kan dekkes av hjemmetjenester alene. En høy andel indikerer et stort behov for institusjonsplasser.

I tillegg til å si noe om behovet, kan indikatoren også illustrere hvordan kommunen fordeler sine ressurser mellom institusjonsbasert omsorg og hjemmetjenester. En høy andel kan tyde på at kommunen prioriterer institusjonsplasser, mens en lav andel kan indikere en større satsing på hjemmetjenester. Imidlertid finnes ikke tilsvarende aldersspesifikke tall (som for hjemmetjenester) i KOSTRA. Sistnevnte har kun tall for innbyggere 80 år og over. For denne aldersgruppen finnes både en indikator som angir antall per tusen innbyggere og andel med institusjonsopphold, men disse viser det samme;

Figur 12 – Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold (prosent)



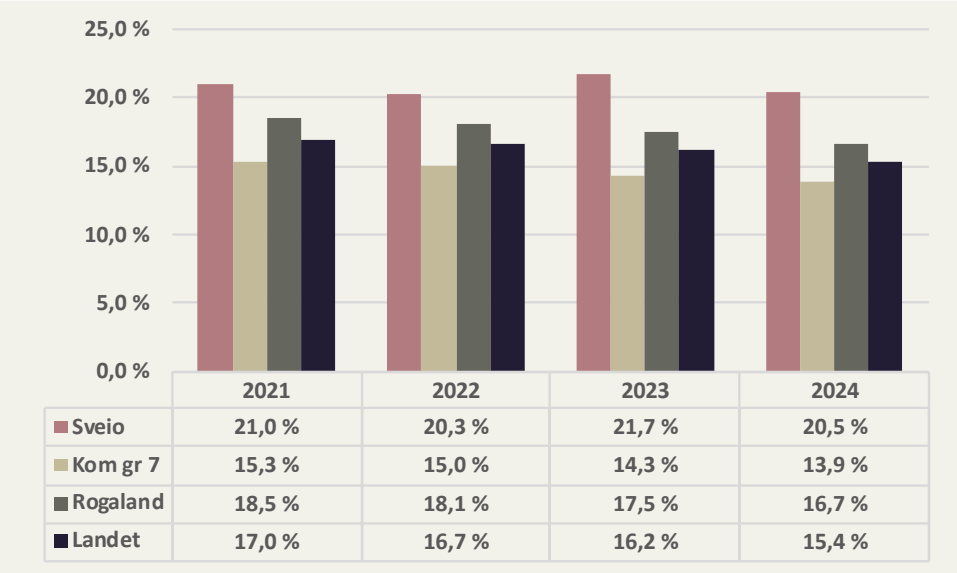
	2020	2021	2022	2023	2024
Sveio	8,5	13,2	10,2	11,3	8,9
Kom gr 7	9,9	9,6	9,1	8,7	8,1
Rogaland	11,9	11,8	11,4	10,8	10,3
Landet	11,4	11,0	10,6	10,1	9,4

(Kilde: KOSTRA. Tabell 12209)

Tallene viser at Sveio ikke skiller seg nevneverdig fra snittet i kommunegruppa, Rogaland og landet. Vi ser at andelen har gått litt ned fra 2023 til 2024. Men som nevnt innledningsvis er det viktig å ha i mente at små tall i Sveio gir store prosentvise utslag. I intervju understrekes at nedgangen vi ser her, først og fremst skyldes naturlige variasjoner.

Før vi går inn på utgifter til institusjon per innbygger, er det nødvendig å se litt mer på dekningsgraden. Dette fordi en kommune med få innbyggere på institusjon/ sykehjem, sannsynligvis vil ha lave utgifter. Et sentralt mål for dekningsgrad er;

Figur 13 - Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over



	2021	2022	2023	2024
Sveio	21,0 %	20,3 %	21,7 %	20,5 %
Kom gr 7	15,3 %	15,0 %	14,3 %	13,9 %
Rogaland	18,5 %	18,1 %	17,5 %	16,7 %
Landet	17,0 %	16,7 %	16,2 %	15,4 %

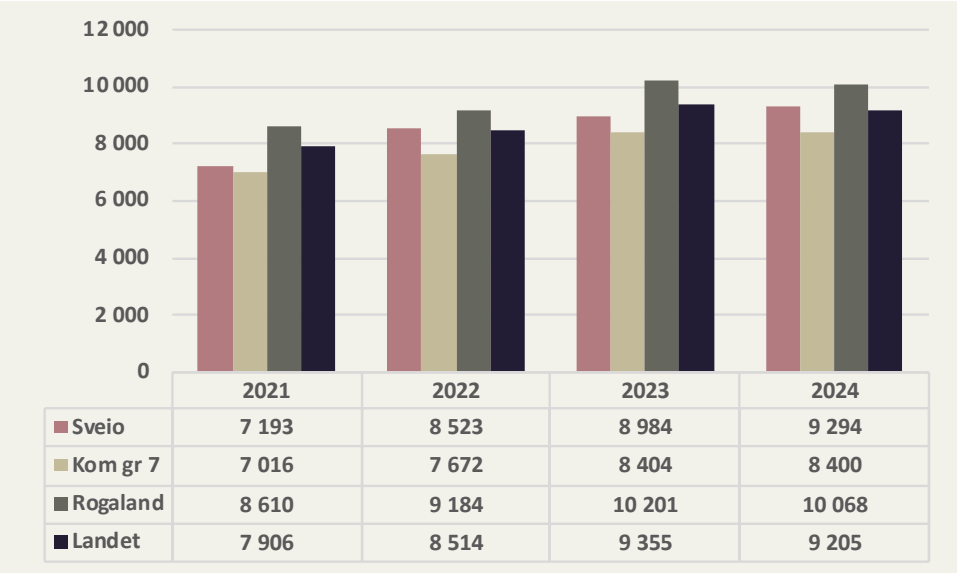
(Kilde: Framsikt)

Tallene viser at Sveio ligger høyt målt i antall plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over. Den høye dekningsgraden gir seg imidlertid ikke utslag i en høy score på indikatoren *andel innbyggere 80 år og over med institusjonsopphold*, jamfør figur 10 ovenfor.

1.4.4 UTGIFTER TIL INSTITUSJON OG HJEMMETJENESTER

Generelt har utgiftene økt, men Sveio ligger fortsatt lavere enn snittet i fylket og på linje med landssnittet;

Figur 14 - Netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester i institusjon, korrigert for utgiftsbehov

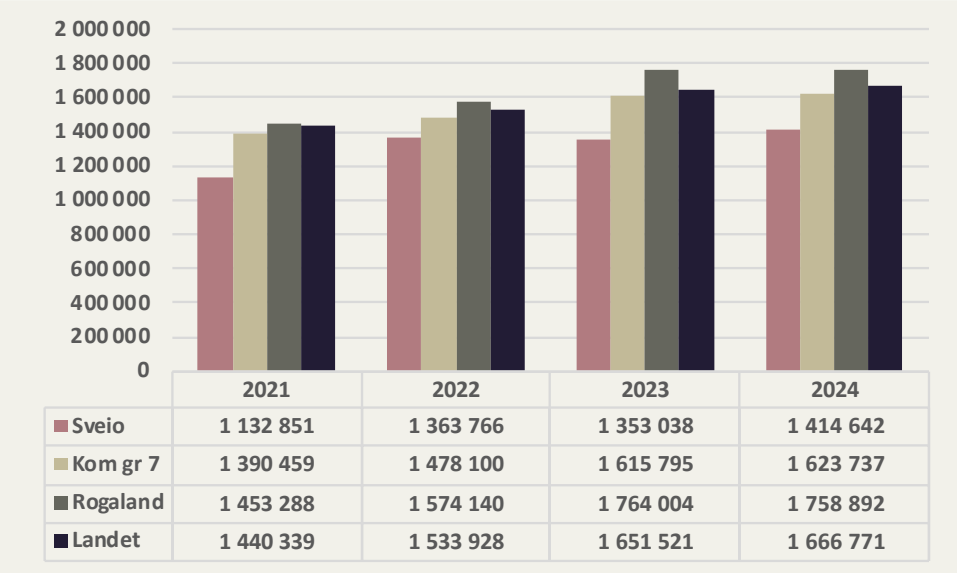


	2021	2022	2023	2024
Sveio	7 193	8 523	8 984	9 294
Kom gr 7	7 016	7 672	8 404	8 400
Rogaland	8 610	9 184	10 201	10 068
Landet	7 906	8 514	9 355	9 205

(Kilde: Framsikt)

Utgiftene per plass har økt de siste årene i Sveio, men dette er en utvikling som også gjør seg gjeldende i andre kommuner;

Figur 15 - Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, per kommunal plass



	2021	2022	2023	2024
Sveio	1 132 851	1 363 766	1 353 038	1 414 642
Kom gr 7	1 390 459	1 478 100	1 615 795	1 623 737
Rogaland	1 453 288	1 574 140	1 764 004	1 758 892
Landet	1 440 339	1 533 928	1 651 521	1 666 771

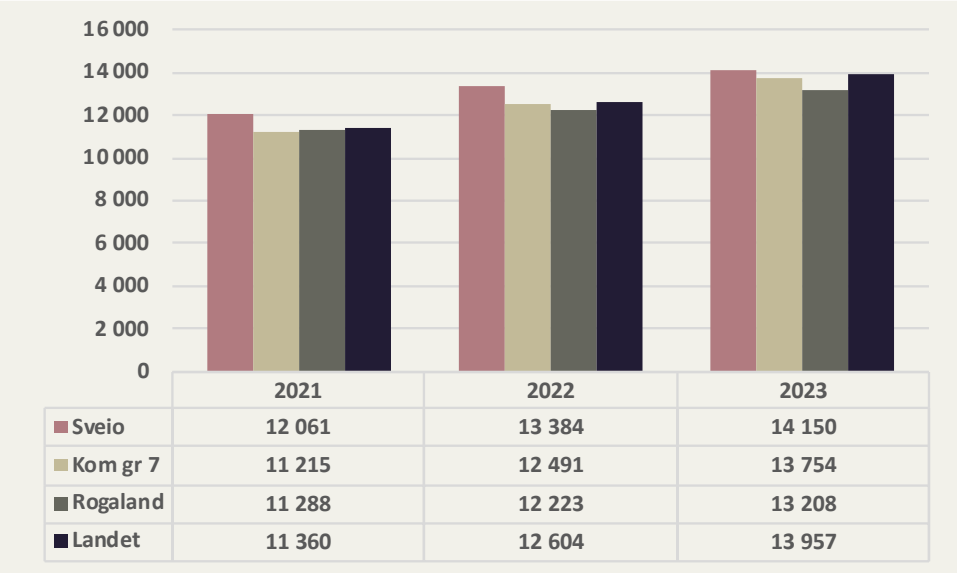
(Kilde: Framsikt)

Av figuren ser vi at Sveio fortsatt holder seg under snittet i kommunegruppa, fylket og landet. Generelt har utgiftene til institusjonsplasser og sykehjemsplasser har økt. Lønns- og personalkostnadene steget, i tillegg har generell prisvekst (inflasjon) på varer og tjenester som mat, energi og medisiner bidratt til økte driftskostnadene[10].

På samme måte som utgiftene til institusjonstjenester, kan utgiftene til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende også påvirkes av dekningsgraden. En kommune med mange mottakere av hjemmetjenester, vil trolig ha høye utgifter per innbygger til dette formålet;

Figur 16 - Netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, korrigert for utgiftsbehov (Indikatoren utgår fra Framsikt fra 2024)

[10] Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Nordlandsforskning rapport 10/2021.



	2021	2022	2023
Sveio	12 061	13 384	14 150
Kom gr 7	11 215	12 491	13 754
Rogaland	11 288	12 223	13 208
Landet	11 360	12 604	13 957

(Kilde: Framsikt)

En høy dekningsgrad gir betydelige utgifter til hjemmetjenester. I perioden 2020–2023 har Sveio kommune hatt en økning i utgiftene per innbygger til helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende. Denne utviklingen er ikke unik for Sveio, og gjør seg gjeldende også i andre kommuner. Imidlertid ligger Sveio nå over gjennomsnittet både kommunegruppa, fylket og landet.

1.4.5 OPPSUMMERING AV DEKNINGSGRADER OG UTGIFTSNIVÅ

Oppsummert viser tallene at Sveio kommune ikke har spesielt høy bruk av hjemmetjenester sammenlignet med andre kommuner. Blant innbyggerne i de to eldste aldersgruppene, nærmere bestemt 67 år og eldre, har bruken av hjemmetjenester gått noe ned. Hjemmetjenester omfatter både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Det er verdt å merke seg at mens omfanget av praktisk bistand har blitt redusert, har bruken av hjemmesykepleie økt. Likevel har det totale omfanget av hjemmetjenester gått ned samlet sett.

Videre ser vi at Sveio kommune har en relativt høy institusjonsdekning, målt i antall plasser i institusjon per innbygger over 80 år. Dette kan tyde på at kommunen har prioritert å ha god kapasitet i institusjonsbasert omsorg, og dermed har lagt til rette for at eldre som har behov for heldøgns pleie skal kunne få plass. Den høye dekningsgraden gir imidlertid ikke utslag i en tilsvarende høy andel eldre som faktisk har institusjonsopphold. Dette kan tolkes som at kommunen har en god balanse mellom kapasitet og behov, og at institusjonsplassene ikke «over-forbrukes», men tildeles etter reelle behov.

Slik sett kan det tyde på at Sveio har en effektiv og behovsbasert tildelingspraksis, samtidig som kommunen har trygghet i form av tilgjengelige plasser. Det gir rom for fleksibilitet og rask

respons ved endringer i helsetilstand hos eldre, uten at det nødvendigvis fører til overforbruk av institusjonstjenester.

Utgiftene til helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende påvirkes av dekningsgraden. I årene etter 2020 opplevde Sveio en nedgang i dekningsgraden på hjemmetjenester, men denne har tatt seg opp igjen i 2023 og -24. Sveio har hatt en økning i utgiftene per innbygger til hjemmetjenester, og ligger nå over snittet i kommunegruppa, fylket og landet.

Som nevnt har Sveio god dekning av institusjonsplasser for innbyggere over 80 år. Generelt har utgiftene økt, men kommunen ligger fortsatt lavere enn snittet i kommunegruppa, fylket og landet, målt i *korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, per kommunal plass*.

Sammenlignet med andre kommuner bruker Sveio kommune noe mer på hjemmetjenester, mens når det gjelder institusjonstjenester, ligger kommunen på linje med andre.

1.5 I HVILKEN GRAD SIKRES EN RETTFERDIG FORDELING?

1.5.1 REVISJONSKRITERIER

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 sier at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Den samme retten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Det er brukerens hjelpebehov ut fra en helse- og sosialfaglig vurdering som styrer hvilke tjenester han eller hun har rett på, og i hvilket omfang. Forsvarlighetskravet setter rammer for tjenestetilbudets utforming og organisering, i tillegg til omfang og tidspunkt for iverksettelse.

Forvaltningsloven § 17 gir kommunen en generell plikt til å påse at den enkelte sak er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Kommunen skal sørge for at det foreligger tilstrekkelige opplysninger, slik at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte. Ifølge *Prioriteringsveileder for kommunale helse- og omsorgstjenester* skal kommunen legge en samlet vurdering av nytte, ressurs og alvorlighet til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Veilederen understreker betydningen av å ha en tverrfaglig tilnærming til kommunens utredning av tjenestebehovet, for å sikre den enkelte bruker individuelt tilpassede

tjenester. Gjennom et tverrfaglig samarbeid helsepersonell imellom sikres en faglig forankret vurdering av brukernes behov[11].

I Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2 heter det at «brukeren skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter». Retten til medvirkning gir brukeren en mulighet til å påvirke tjenestetilbudet og motta hjelp på egne premisser, noe som i neste omgang kan bidra til at den enkelte bruker får et eierskap til tjenesten som gis. Informasjon utgjør dermed en nødvendig forutsetning for å kunne utøve retten til medvirkning.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 og forvaltningsloven § 25 stiller krav om at ved tildeling av helse- og omsorgstjenester som varer over to uker, skal det fattes et skriftlig og begrunnet vedtak. I begrunnelsen skal det vises til hvilke regler og hvilket faktum som er lagt til grunn, og hvilke hensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen. Er vedtaket tidsbegrenset, skal det inneholde en dato for revurdering. Vedtaket skal sikre forutsigbarhet for brukeren, men samtidig være fleksibelt nok til å håndtere normale variasjoner i behov.

Ut fra disse føringene har vi utledet følgende revisjonskriterier (det vil si krav eller forventning til kommunens arbeid):

- Gjennom tverrfaglig samarbeid skal kommunen sikre at saker om tildeling av helse- og omsorgstjenester er tilstrekkelig opplyst, slik at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte.
- Kommunen skal sikre brukermedvirkning i utformingen av tjenestetilbudet.
- Brukerens hjelpebehov utfra en helse- og sosialfaglig vurdering skal være avgjørende for tildelingen.
- Vedtakets begrunnelse skal vise til;
    - reglene vedtaket bygger på
    - det faktum som er lagt til grunn
    - de hovedsyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen.

[11] Meld. St. 21 (2024-25). Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.

1.5.2 TVERRFAGLIG KARTLEGGING OG SØKNADSBEHANDLING

Sveio kommune har som nevnt innledningsvis valgt å opprette et eget tjenestekontor som håndterer søknader og fatter vedtak om tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Hver mandag arrangeres faste samarbeidsmøter, hvor saksbehandlerne ved kontoret diskuterer saker sammen med leder for pleie og omsorg, avdelingsleder for hjemmesykepleien og sykehjemmet, avdelingssjukepleier for korttidsavdelingen, samt leder for fysioterapi- og ergoterapiavdelingen.

I intervju understekes at de ulike instansene samarbeider og snakker sammen også utenom møtene. Tjenestekontoret har tilgang til brukernes journal og er dessuten samlokalisert med hjemmetjenesten, noe som ifølge de intervjuede bidrar til tett et samarbeid.

Informasjon om kommunens ulike helse- og omsorgstjenester, samt informasjon om hvordan man går fram som søker, ligger tilgjengelig på kommunens hjemmesider. I intervju fremheves at det som hovedregel er pårørende, bruker eller verge som tar kontakt, men kommunen mottar også søknader fra andre instanser etter samtykke. Søknader som gjelder barn under 18 år mottas gjerne fra foresatte, pårørende eller verge.

I intervju understrekes at kommunen ikke stiller krav om at søker skal sette seg inn i alle nødvendige opplysninger i forbindelse med søknaden. Dersom kommunen mangler informasjon, innhentes dette av saksbehandler. Det stilles ikke krav om at søknaden skal være skriftlig, men dette er en fordel både for kommunen og søker. De ansatte ved tjenestekontoret gir veiledning dersom søkeren ber om det, og forsøker å være tilgjengelige.

Tjenestekontoret har utarbeidet ulike kartleggingsskjema som benyttes, og som i praksis fungerer som en sjekkliste for hva som skal innhentes av opplysninger. Skjemaets spørsmål omhandler brukerens fysiske og psykiske funksjonsnivå, diagnose, boforhold og familiære forhold etc. Dette er for eksempel brukerens evne til å ivareta sin personlige hygiene, kle på seg og utføre husarbeid mv. De intervjuede trekker særlig fram at brukermedvirkningen ved utformingen av tjenestetilbudet blir ivaretatt gjennom behovskartleggingen. Blant annet rettes kartleggingsskjemaets spørsmål (hvis mulig) direkte til bruker. Som en del av arbeidet med å sikre brukermedvirkning, innhentes også opplysninger fra sykehus, fastlege og pårørende.

I intervju understrekes at hva søkeren selv ønsker og mestrer, er sentrale elementer i kommunens kartleggings- og tildelingspraksis. Før vedtak om tildeling av hjemmetjenester fattes, gjennomføres alltid et hjemmebesøk som en del av kartleggingen, for å undersøke hvordan vedkommende klarer seg i hjemlige og vante omgivelser, og hva som eventuelt trengs av tilretteleggingstiltak. For å få klarhet i hvilke hjelpemidler som må på plass, vil som hovedregel

en representant fra fysioterapi- og ergoterapiavdelingen også være med, i tillegg til saksbehandler fra tjenestekontoret. Er det tale om omfattende (medisinske) hjelpebehov, deltar i tillegg hjemmesykepleien, for å sikre god deling av informasjon.

Saksbehandlerne ved tjenestekontoret understreker at å ha med flere instansene gjør det mulig å tenke forebyggende og legge grunnlaget for egenmestring. Instansene informerer om hva de kan bidra med, gjerne i kombinasjon med hjelpemidler og tilrettelegging, og går i dialog med brukeren om hva brukeren selv kan klare og hvordan tjenestetilbudet skal utformes. Sammen kan de for eksempel bli enige om hvilke tidspunkt som passer best for besøk; Når pleier du å spise frokost? Når passer det å få hjelp til morgenstellet? I intervju understrekes at denne brukerdialogen bidrar til økt egenmestring.

I intervju understrekes at for å få tildelt sykehjemsplass, er det viktigste kravet at vedkommende har behov for helse- og omsorgstjenester 24/7. Videre skal alle aktuelle hjelpetiltak være vurdert eller utprøvd. Dette inkluderer helse- og omsorgstjenester i tilrettelagt hjem, med hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger, samt hverdagsrehabilitering og dagsenter, kombinert med korttidsopphold på sykehjem. Vedkommende må være varig ute av stand til å ta vare på seg selv, og ikke lenger i stand til å mestre dagliglivets gjøremål grunnet et mentalt eller fysisk funksjonstap, fremheves det.

I tillegg til søkers egne ønsker, vil geografiske forhold og fysiske forhold i eget hjem, inngå i vurderingen. Bor vedkommende alene eller sammen med ektefelle? Søkerens boforhold, for eksempel om søkeren bor avsides eller i en dårlig tilrettelagt bolig, tas også med. Men det understrekes at det først og fremst er helsetilstanden til søkeren som er avgjørende, mens de andre momentene inngår i totalvurderingen.

Hyppigheten på tjenestebehovet er imidlertid ikke så avgjørende. Her understrekes at hjemmesykepleien kan gå mange ganger hjem til vedkommende, før en plass på sykehjem tvinger seg fram. Ønsker pasienten selv å bo hjemme, strekker hjemmetjenesten seg så langt som mulig. Samtidig vil dette være en helhetsvurdering som tjenestekontoret tar, ut fra det totale kostnadsbildet.

Våren 2024 gjennomførte Sveio kommune en brukerundersøkelse blant mottakerne av hjemmetjenester i kommunen[12]. På direkte spørsmål knyttet til brukermedvirkning fikk kommunen følgende svar;

Tabell 5 – Brukermedvirkning. Resultater blant brukere av hjemmetjenester

	Veldig uenig	Uenig	Enig	Veldig enig	Vet ikke
Jeg får være med å bestemme hvilken hjelp jeg skal motta	13 %	0 %	0 %	83 %	4 %
Jeg får være med å bestemme når jeg skal motta hjelp	4 %	9 %	9 %	69 %	9 %
Jeg får vær med å bestemme hvordan hjelpen skal utføres	0 %	0 %	4 %	83 %	13 %
Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg	17 %	0 %	0 %	57 %	26 %

(Kilde: Brukerundersøkelse Sveio kommune)

Det overveiende flertallet blant respondentene opplever at de får ta del i utformingen av tjenestetilbudet. Blant annet ser vi at påstanden «jeg får være med å bestemme hvordan hjelpen skal utføres» har en andel lik 87% som er enig/veldig enig.

1.5.3 DOKUMENTGJENNOMGANG

I forbindelse med forvaltningsrevisjonsprosjektet har vi gjennomgått et tilfeldig utvalg vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester. Dette er nærmere bestemt de ti siste vedtakene om tildeling av institusjonsplass, fordelt på fem korttids- og fem langtidsopphold, i tillegg til de ti siste vedtakene om tildeling av hjemmetjenester. Sistnevnte er fordelt på;

a. To vedtak om omsorgsbolig,
b. To om tildeling av hjemmesykepleie,
c. To om tildeling av praktisk bistand,
d. To om tildeling av hverdagsrehabilitering,
e. Ett om tildeling av avlastning og
f. Ett om tildeling av dagsenter

I vår gjennomgang ser vi at det brukes en felles mal, og at en del standardformuleringer går igjen. Samtidig fremstår vedtakene som nokså forskjellige med hensyn til form og hva som tas med av

[12] [12] I forbindelse med kommunens brukerundersøkelse blant brukere av hjemmetjenester våren 2024, fikk kommunen inn til sammen 24 svar. Dette er få respondenter, og resultatene må tolkes med forsiktighet.

informasjonsgrunnlag. Innledningsvis finner vi en oversikt over alle tjenestene den enkelte mottar, i tillegg til tjenesten vedtaket omhandler. Det understrekes i intervju at det totale omfanget av tjenester inngår i vurderingen og begrunnelsen for vedtaket. Dette gjelder også dersom det er tale om et avslag.

I vår gjennomgang ser vi at kommunen har individuelle begrunnelser i sine vedtak. I begrunnelsen går kommunen nærmere inn på hvorfor vedkommende skal få tildelt tjenester, eksempelvis plass på institusjon. Her omtales funksjonsnivå og de faktiske forhold som avgjør utfallet og som vedtaket bygger på, samt kommunens vurdering av tjenestebehovet. Dette er begrunnelser for hvorfor vedkommende skal få tildelt tjenester, samt en vurdering av det faktiske tjenestebehovet.

I vedtaket gis en beskrivelse av brukeren, nærmere bestemt hvordan vedkommende fungerer i det daglige og hvilke behov som skal imøtekommes. Her ser vi at det gis en begrunnelse for hvorfor vedkommende oppfyller eller eventuelt ikke oppfyller vilkårene for tildeling, hva kommunen har lagt til grunn, og hvorfor kommunen vurderer at tildeling av den aktuelle tjenesten dekker behovet på en forsvarlig måte. Her ser vi at vedtakene inneholder;

- En redegjørelse for hvilke regler som er anvendt
- En beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen
- En redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen

I vedtakene som omhandler tildeling av opphold i institusjon, får vi opplyst *hvorfor* vedkommende skal få tildelt institusjonsopphold. Her gis det en nærmere redegjørelse for hvilke funksjonsnedsettelser som gjør seg gjeldende og hvordan disse skal imøtekommes. I vedtakene får vi opplyst om vedkommende kan hjelpe til med lettere husarbeid, og ivareta sin egen hygiene. I vedtakene er det lagt inn en IPLOS-score som skal synliggjøre funksjons- og aktivitetsnivået i dagliglivet. På denne måten synliggjør kommunen at alle funksjonene til brukeren er vurdert.

I vedtakene finner vi ulike spor av brukermedvirkning. Det vises til konkrete møter med angitt dato hvor bruker og/eller pårørende har bidratt med saksopplysninger, og i noen tilfeller brukes også formuleringer som «saken ble drøftet». I flere saker presiseres at brukerens behov er godt kjent fra før, siden vedkommende har mottatt andre tjenester over lengre tid.

I samtlige vedtak finner vi informasjon om innsyns- og klagerettigheter. Her benyttes formuleringer som er tilnærmet likelydende. I tillegg får vi opplyst om tjenesten utløser egenbetaling og hvor mye.

Er det er tale om for eksempel praktisk bistand, oppgis et konkret timeantall, eksempelvis 1,5 timer hver tredje uke. Gjelder vedtaket tildeling av hjemmesykepleie, står det gjerne at «du vil motta hjelp til stell og medisiner fra hjemmesykepleien morgen og kveld». Her er omfanget ikke nærmere spesifisert. I intervju understrekes at de som skal utøve tjenesten skal ha en viss frihet, og at det viktigste er at vedkommende mottar de tjenestene han/ hun har krav på, uavhengig av hvor lang tid dette tar.

Videre får vi opplyst at tidsbegrensninger legges inn i vedtak hvor dette er naturlig. Eksempelvis gjelder dette ved tildeling av hjemmesykepleie for pleie av sår, hvor behovet naturlig vil opphøre. Det samme gjelder ved tildeling av korttidsopphold. Også her er det behovet som avgjør omfanget. Vedkommende kan for eksempel få vedtak om korttidsopphold på 14 dager, men dersom det viser seg at vedkommende trenger mindre eller mer tid til opptrening/ rehabilitering, tildeles dette.

I vedtak uten tidsbegrensning benyttes standardformuleringer som angir at hjelpebehovet blir vurdert fortløpende, basert på pasientens helse- og funksjonsnivå. Her finner vi formuleringer som for eksempel «dersom helsetilstanden og funksjonsnivået endrer seg, vil vedtaket bli vurdert på nytt». Vi får for øvrig opplyst at et eventuelt nytt vedtak alltid utformes skriftlig.

I Sveio kommune er praksis at vedtakene signeres av én saksbehandler ved tjenestekontoret. Imidlertid understrekes i intervju at majoriteten av sakene blir diskutert i inntaksmøtene, og at det derfor ikke er én person som står bak avgjørelsen. Pasient- og brukerrettighetsloven stiller for øvrig ikke krav til to underskrifter ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. Én underskrift er med andre ord tilstrekkelig for å oppfylle lovens krav.

Som nevnt gjennomførte Sveio kommune en brukerundersøkelse blant mottakere av hjemmetjenester våren 2024[13]. På direkte spørsmål om kommunens skriftlige og muntlige informasjon til bruker, viste resultatene at flertallet opplevde å få god informasjon;

Tabell 6 – Spørsmål knyttet til informasjon fra kommunen. Resultater blant brukere av hjemmetjenester

[13] [13] I forbindelse med kommunens brukerundersøkelse blant brukere av hjemmetjenester våren 2024, fikk kommunen inn til sammen 24 svar. Dette er få respondenter, og resultatene må tolkes med forsiktighet.

	Veldig uenig	Uenig	Enig	Veldig enig	Vet ikke
Jeg får god informasjon om tjenesten jeg får	9 %	0 %	0 %	74 %	17 %
Jeg vet hva som står i vedtaket mitt	17 %	9 %	0 %	30 %	44 %
Jeg får god informasjon om hva de ansatte skal gjøre	4 %	0 %	0 %	87 %	9 %
De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem	0 %	0 %	4 %	91 %	4 %

(Kilde: Brukerundersøkelse Sveio kommune)

Vi ser at respondentene er mer fornøyde med den muntlige enn den skriftlige informasjonen, men dette er trolig også å forvente. Positivt er at den muntlig gitte informasjonen oppleves klar og tydelig. Samtidig ser vi en betydelig variasjon i svargivingen. Eksempelvis oppgir 30 prosent at de er veldig enig i påstanden om at de vet hva som står i vedtaket sitt, mens 17 prosent oppgir at de er helt uenig i påstanden.

1.5.4 ANTALLET KLAGESAKER

I forbindelse med prosjektet har vi bedt om tall på omfanget av klager på avslag om helse- og omsorgstjenester, for å få innsikt i hvordan innbyggerne opplever tjenestene. Innhentet tallmateriale viser at antallet er lavt;

Tabell 7 - Oversikt over antallet mottatte klager på avslag om helse- og omsorgstjenester

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antall mottatte klager	5	1	1	1	0	0

(Kilde: Sveio kommune[14])

Tallene viser en positiv utvikling fra fem i 2020, til null i 2024 og -25.

I Sveio kommune er det Tjenestekontoret som saksbehandler klagene og sender dem videre til Statsforvalteren. I intervju får vi opplyst at Sveio tidligere hadde et eget klageorgan, men dette ble lagt ned, først og fremst fordi kommunen ønsker å få Statsforvalterens vurdering av sakene.

1.5.5 VURDERING

Gjennom bruk av kartleggingsskjema, samtaler med bruker og andre involverte parter, samt hjemmebesøk, sikrer kommunen at saken er tilstrekkelig opplyst, før vedtak fattes. Her er det naturlig at hvor mye som legges ned i kartleggingsarbeidet, må ses i lys av hva det søkes om. Vår

[14] Tall for 2025 er kun tall til og med april.

gjennomgang av et tilfeldig utvalg vedtak viser at sakene er godt opplyst. Kommunen benytter en felles mal for utforming, og en del standardformuleringer går igjen.

I vedtakene finner vi opplysninger om hva vedkommende har av tjenester, samt diagnose og sykdomshistorikk. Vedtakene inneholder også informasjon om funksjonsnivå, gjennom en IPLOS-score som synliggjør brukers funksjonsnivå og aktiviteter i dagliglivet. På denne måten synliggjør kommunen at alle funksjonene til brukeren er vurdert.

I begrunnelsen går kommunen nærmere inn på hvorfor vedkommende skal få tildelt tjenester, eksempelvis plass på institusjon. Her omtales funksjonsnivå og de faktiske forhold som avgjør utfallet, og som vedtaket bygger på, samt kommunens vurdering av tjenestebehov. På denne bakgrunn mener vi at kommunen har individuelle begrunnelser i sine vedtak, og at disse ivaretar brukerens klagerett slik loven krever, jamfør forvaltningsloven § 24.

I vedtakene gis en total oversikt over hvilke tjenester vedkommende mottar, som danner grunnlag for en samlet begrunnelse for tjenestetildelingen, hvor flere typer tjenester inngår. Dette er med å styrke begrunnelsene i hvert vedtak, etter vår oppfatning.

I vedtakene finner vi informasjon som tyder på at vedtakene er gjennomgått sammen med bruker. Med de funksjonsnedsettelsene brukerne har, antas flere å være i stand til å forstå vedtakets begrunnelse, og en gjennomgang sammen med bruker har dermed vært aktuelt.

I vår gjennomgang ser vi at det varierer hvorvidt vedtakene inneholder opplysninger om omfanget av tildelte tjenester. Eksempelvis oppgis dette dersom det dreier seg om tildeling av praktisk bistand. Er det tale om nødvendig helsehjelp i hjemmet, utmåles dette av utøvende tjeneste, og behovet vurderes fortløpende. Etter vår vurdering har kommunen en god praksis på dette punktet, som sikrer en viss fleksibilitet i tjenesteutøvelsen. Vedtakene oppfattes i stor grad å være forutsigbare og fleksible på samme tid.

1.6 I HVILKEN GRAD SIKRES EN EFFEKTIV FORDELING?

1.6.1 REVISJONSKRITERIER

I henhold til Sveio kommunes helse- og omsorgsplan for 2024–32 er målet at innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig – på en trygg, verdig og god måte. Ved å tilby tjenester på lavest mulig omsorgsnivå, ønsker kommunen å forvalte sine ressurser mest mulig effektivt.

Hjemmetjenestene skal støtte brukerne i å opprettholde eller forbedre sitt funksjonsnivå, så langt det lar seg gjøre. Før varige hjelpetiltak iverksettes, skal det vurderes om tilrettelegging av bolig, bruk av velferdsteknologi eller andre tiltak er tilstrekkelig. For å lykkes, er det avgjørende å få til et godt tverrfaglig samarbeid ansatte imellom og et godt samarbeid med brukerne, heter det i planen.

Forsvarlige helse- og omsorgstjenester er et lovpålagt krav, forankret i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. For å oppfylle kravet må tjenestene være faglig forsvarlige, tilgjengelige og tilpasset brukernes behov. Dette går fram av Helsedirektoratets *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2025). Her heter det at to viktige faktorer som påvirker dette er bemanning og kompetanse. Tilstrekkelig bemanning er nødvendig for å sikre kvalitet, kontinuitet og pasientsikkerhet. Underbemanning kan føre til tidspress og økt risiko for feil. Samtidig er kompetansenivået blant de ansatte avgjørende. Manglende helse- og sosialfaglig utdanning blant de ansatte kan svekke kvaliteten og gjøre tjenestene uforsvarlige[15].

Planen for helse og omsorg i Sveio kommune 2024–2032 legger stor vekt på samarbeid med pasienter og brukere, og beskriver en tydelig overgang fra en tradisjonell mottakerrolle til en aktiv deltakerrolle. Planen viser til nasjonale mål om å skape pasientens helsetjeneste, der spørsmålet "Kva er viktig for deg?" skal være styrende i møtet mellom pasient og helsepersonell (kapittel 1.2). I vurderingen av om tjenestene er forsvarlige, er brukernes egne erfaringer og tilfredshet med tjenestene et sentralt moment[16].

Ut fra disse føringene har vi utledet følgende revisjonskriterium (det vil si krav eller forventning til kommunens arbeid):

- Kommunen skal sikre en effektiv fordeling av helse- og omsorgstjenestene ved å tilby helse- og omsorgstjenester på lavest mulig omsorgsnivå.
- Tjenestene skal være forsvarlige, noe som innbefatter tilstrekkelig bemanning og kompetanse, samt tilfredse brukere.

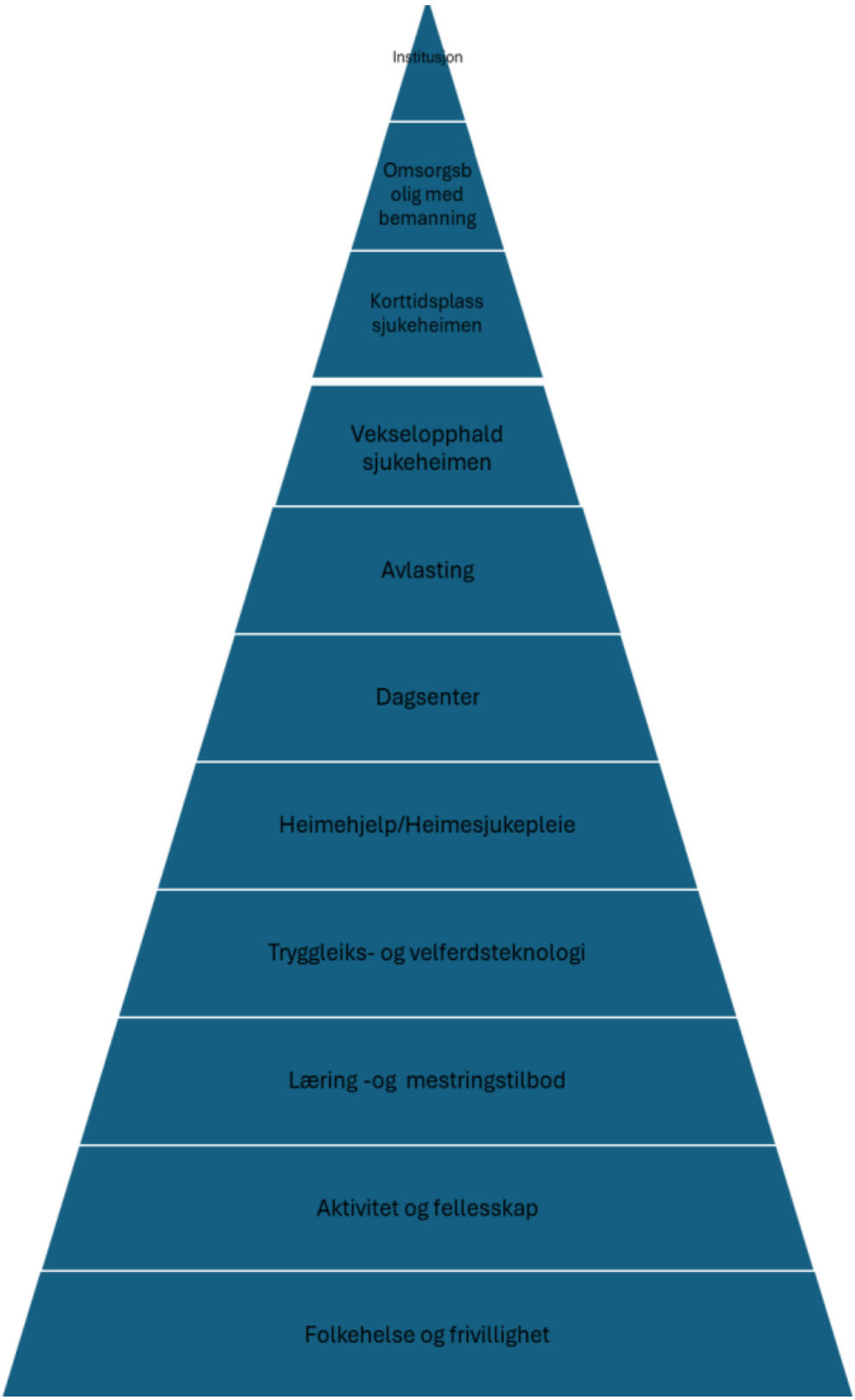
[15] Kilde: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten/ Kompetanseløft 2025, Helsedirektoratet

[16] Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

1.6.2 LAVEST EFFEKTIVE HELSE- OG OMSORGSNIVÅ?

Omsorgstrappen bygger på prinsippet om Best Effektive Omsorgs-Nivå (BEON-prinsippet), som sier at helsehjelp skal gis på lavest mulig effektive omsorgsnivå. I Sveio kommunes helse- og omsorgsplan 2024–2032 beskrives omsorgstrappen som en tiltakskjede, kjennetegnet av en gradvis progresjon fra lavt til høyt tjenestebehov. Hvert nivå representerer økende behov for tjenester. Jo høyere opp brukeren befinner seg i trappen, dess mer omfattende blir tjenestene som kreves. Og omvendt, dess lavere trinn, dess mindre omfattende og ressurskrevende er tjenestene;

Figur 17 - Omsorgstrappen i Sveio



(Kilde: Sveio kommune)

I intervju understrekes at som en del av kommunens vektlegging av BEON-prinsippet, tilbys et bredt spekter av helse- og omsorgstjenester. Blant annet har kommunen tatt i bruk velferdsteknologi, som for eksempel medisindispensere.

I intervju fremheves at økt fokus på egenmestring krever en holdningsendring både blant brukere og ansatte. Kommunen jobber for at de ansatte skal motivere brukerne til å utnytte sitt eget potensial, og at tiltak på lavere nivå i omsorgstrappen skal tas i bruk for å utsette behovet for mer omfattende tjenester. Ved å tilby og tildele tjenester på lavest effektive omsorgsnivå, vil flere få tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Videre fremheves at kommunen alltid prøver ut et stort antall tjenester og hjelpemidler før et høyere omsorgsnivå vurderes. For å sikre at brukerne får den hjelpen de trenger uten at de blir avhengige av mer tjenester enn nødvendig, må tjenestene virke forebyggende. Det betyr at tiltak som for eksempel helsefremmende aktiviteter, rehabilitering eller tilrettelegging i hjemmet settes inn tidlig, slik at brukeren kan klare seg selv lengre. Et annet eksempel er tilbud om korttids- eller rulleringsopphold, eksempelvis annenhver uke, før tildeling av langtidsopphold. Sistnevnte har vist seg å ha god effekt, og har i mange tilfeller utsatt behovet for langtidsplass.

I tabellen nedenfor vises omfanget av de ulike tjenestetypene kommunen tilbyr. Tjenestene er sortert etter omsorgsnivå, i tråd med kommunens egen beskrivelse av omsorgstrappen;

Tabell 8 – Antall innvilgede og avslåtte søknader om helse- og omsorgstjenester i Sveio kommune, sortert etter omsorgsnivå, fra høyt til lavt

	Antall innvilgede søknader i 2021	Antall innvilgede søknader i 2022	Antall innvilgede søknader i 2023	Antall innvilgede søknader i 2024	Antall avslåtte søknader i 2024
Langtidsopphold	21	16	12	11	1
Omsorgsbolig	6	16	8	15	3
Korttids-/ rulleringsopphold	192	171	118	147	0
Avlastning i institusjon	7	0	0	0	0
Dagsenter	25	17	19	11	0
Hjemmesykepleie	44	51	59	60	0
Praktisk bistand - daglig	68	57	52	42	0
Trygghetsalarm	22	30	25	24	0
BPA	1	1	1	1	0
Fritids-/ støttekontakt	10	9	7	2	0
Omsorgslønn	4	4	0	0	0

(Kilde: Sveio kommune)

I intervju understrekes at tjenestetilbudet er preget av små tall, som gir store variasjoner. Tallmaterialet viser stor variasjon, men også en markert nedgang i tildelingen av de fleste tjenestetypene, enten det er tale om praktisk bistand, omsorgslønn, langtids- og korttidsopphold,

fritids-/støttekontakt eller dagsenter. Den eneste tjenesten som har hatt en jevn økning i antallet tildelinger er hjemmesykepleie. Flest avslag er knyttet til søknader om omsorgsbolig.

I intervju forklares nedgangen i langtidsopphold fra 2021-24 med naturlige variasjoner. Det samme gjelder korttidsopphold. Samtidig har kommunen strammet inn på tildelingspraksisen, noe som fører til at pasienter som får innvilget korttids- eller langtidsopphold, som regel har et mer omfattende bistandsbehov enn tidligere.

Endringer i demografien, med en stadig høyere andel eldre i befolkningen, skaper et økt press på kommunens sykehjemsplasser. Samtidig er det de intervjuedes opplevelse at med bedre boligstandard og flere hjelpemidler, kan flere bo hjemme lengre, Men når disse først får tildelt en plass, er pleiebehovet større. Kommunen opplever at dette resulterer i lengre opphold, som igjen fører til færre tildelinger totalt i løpet av et kalenderår, noe som også gjenspeiles i tabellen. Samtidig viser tallene på antall døgn per korttidsopphold til at kommunen fortsatt klarer å holde lengden på korttidsoppholdet på linje med resten av landet. Jamfør figur 6, har antallet døgn per korttidsopphold holdt seg stabilt.

I intervju fremhever kommunen at målet om å klare seg mest mulig selv/ være mest mulig selvhjulpen, også gjelder for de som får tildelt sykehjemsplass/ plass på institusjon. Dette momentet kommer også fram i vedtakene om tildeling vi har gjennomgått. Her ser vi at kommunen benytter formuleringer som; «Det er et uttalt mål at du skal fungere så selvstendig som mulig og bli gitt mulighet til å leve ditt liv på egne premisser så langt du evner».

I intervju understrekes at dersom vedkommende er i stand til det, oppfordres han/hun til å smøre maten selv, stelle seg selv osv. Hva den enkelte pasient klarer å gjøre når vedkommende kommer inn på sykehjemmet, skal pasienten fortsatt klare å gjøre under oppholdet. Dette er i hvert fall målet. Gjennom egenmestring, gåturer og trening med fysioterapeut, er fokuset på egenmestring.

Sveio kommune har per i dag 51 omsorgsboliger tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelser. I intervju får vi opplyst at majoriteten av disse ligger i nærheten av Sveio omsorgssenter. Ved vurdering av søknader om tildeling av omsorgsbolig, legges det vekt på søkerens nåværende boforhold. For eksempel vil søkere som bor avsides eller i en dårlig tilrettelagt bolig, bli prioritert.

Blant beboerne i omsorgsboligene varierer pleiebehovet og omfanget av tjenester. Vi får opplyst at de fleste har behov for tjenester som medisinutdeling, middagsservering, praktisk bistand og trygghetsalarm. Noen få beboere bor sammen med ektefelle, mens majoriteten bor alene. Per i

dag er 14 av omsorgsboligene lokalisert vegg i vegg med omsorgssenteret, noe som gjør det mulig for beboerne å delta på aktiviteter og få middag på senteret. Disse boligene er ikke heldøgns-bemannet, og beboerne får tjenester på lik linje hjemmeboende. Sveio kommune har per i dag ikke omsorgsboliger med heldøgns bemanning.

Av tabellen over innvilgede og avslåtte søknader om helse- og omsorgstjenester ser vi en nedgang i antallet tildelinger av «Avlastning i institusjon». Denne nedgangen forklares med at behovet i stor grad kan dekkes gjennom korttidsopphold, da disse også har en avlastningsfunksjon.

Som årsak til nedgangen i tildelinger av tjenesten «dagsenter», fremheves tilfeldige variasjoner. Denne tjenesten anses som et viktig tiltak for å utsette behovet for institusjonsplass, siden den har en dobbelt funksjon; tjenesten bidrar til å aktivisere brukeren, samtidig som den gir avlastning for pårørende.

I intervju understrekes at økningen i tildelinger av hjemmesykepleie må ses i lys av et bevisst valg om å legge til rette for at brukerne kan bo hjemme lengst mulig. Dette er også i samsvar med hva de fleste brukerne ønsker selv. I noen tilfeller kan det være pårørende, og særlig de som bor langt unna, som er pådrivere for tildeling av sykehjemsplass, fordi de opplever dette som en tryggere løsning. Andre ganger kan det være slik at det er brukeren selv som ønsker å bo hjemme, selv etter at pleiebehovet har eskalert og hjemmetjenesten må komme hyppig på besøk. I intervju understrekes at kommunen forsøker å strekke seg langt som mulig for å imøtekomme brukerens egne ønsker og behov.

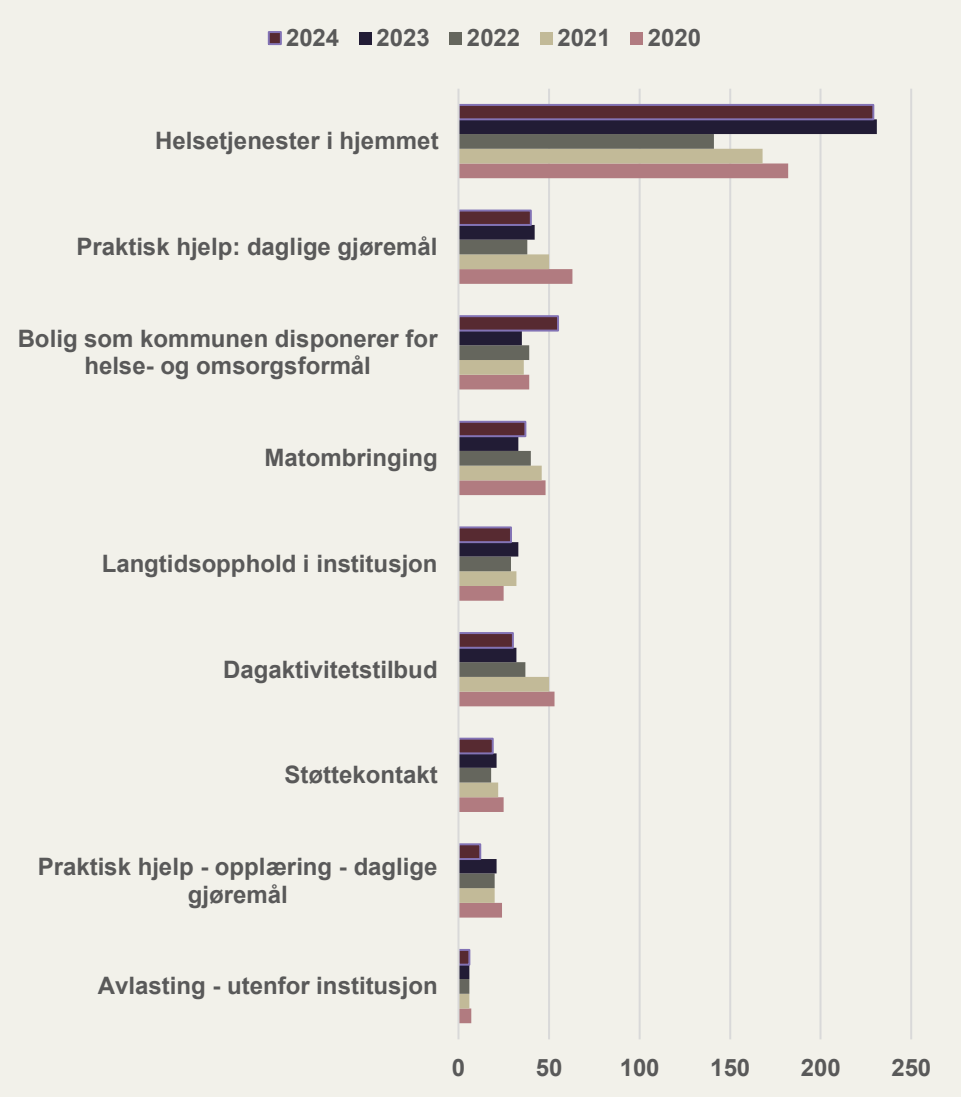
Tabellen ovenfor viser også at antallet tildelinger av praktisk bistand har gått ned, fra 68 til 42. Her får vi opplyst at kommunen har blitt noe strengere i sin tildelingspraksis. Mens dette tidligere var en tjeneste som ble tildelt for å kunne handle inn dagligvarer, er det noe flere dagligvarebutikker som tilbyr hjemlevering, noe som gjør at behovet kan dekkes på andre måter enn før.

Ved tildeling av tjenesten «trygghetsalarm», understreker kommunen at de i stor grad legger vekt på brukerens egen subjektive opplevelse av behovet for tjenesten. Er det slik at brukeren selv mener behovet er til stede, vil tjenesten som hovedregel bli innvilget, uavhengig om tildelingen er å anse som medisinsk nødvendig eller ikke. Dette fordi trygghet i stor grad er en subjektiv opplevelse.

I intervju får vi opplyst at nedgangen i tildelingen av tjenesten «fritids- og støttekontakt» er en bevisst prioritering fra kommunens side. Mens tjenesten tidligere ble sett på som et viktig tiltak for beboere i institusjon, vurderes nå et institusjonsopphold å være tilstrekkelig i seg selv. Per i dag blir tjenesten fritids- og støttekontakt først og fremst tildelt yngre søkere, og da gjerne personer med psykiske helse- og/eller rusproblemer.

Mens vi i tabellen ovenfor så på omfanget av innvilgede og avslåtte søknader siste fire år, har vi i neste figur tatt med tall på antallet brukere, avgrenset til årene 2020, -21, -22, -23 og -24;

Figur 18 - Antall brukere av helse- og omsorgstjenester fordelt etter tjenestetype i Sveio kommune



(Kilde: KOSTRA. Tabell 11645)

Tallene på antall brukere av de ulike helse- omsorgstjenestene kommunen tilbyr, viser de samme tendensene som for oversikten over antallet innvilgelser og avslag. Vi ser også her at tjenesten «helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie)» er den eneste som har økt i omfang i perioden.

1.6.3 FELLES LEDER FOR ØKT VEKTLEGGING AV EGENMESTRING

De siste to årene har Sveio kommune valgt å samle hjemmetjenesten og institusjonstjenestene under én felles leder. I intervju fremheves flere fordeler ved en slik organisering. Organiseringen bidrar til en helhetlig tilnærming, der ulike hensyn kan ses i sammenheng. Når én leder har ansvar for begge budsjetter, blir det enklere å vurdere om omfattende hjemmetjenester, som for eksempel ti daglige hjemmebesøk, fortsatt kan regnes hjem økonomisk, dersom brukeren fortsatt ønsker å bo hjemme. Med andre ord gjør organiseringen det enklere å balansere faglige og økonomiske vurderinger på tvers av tjenestene.

Samtidig bidrar én felles leder til å styrke kulturen blant de ansatte. I stedet for å ha en hjemmetjeneste som aktivt oppfordrer brukeren til å søke om sykehjemsplass, arbeides det med å skape en kultur hvor de ansatte jobber for å tilrettelegge for at brukeren kan bo lengt mulig hjemme, trygt og forsvarlig. I intervju fremheves det at en samlet organisering bidrar til å utvikle og forankre en slik kultur på tvers av tjenestene.

1.6.4 TILFREDSHET BLANT BRUKERNE

For å vurdere forsvarlighetskravet, har vi hentet ut tall på utvalgte indikatorer fra kommunens brukerundersøkelse, nærmere bestemt «tjenesteutøvelse og resultat for brukeren» og «tilgjengelighet».

Tabell 9 - Tjenesteutøvelse og resultat for brukeren. Resultater brukerundersøkelse blant brukere av hjemmetjenester

	Veldig uenig	Uenig	Enig	Veldig enig	Vet ikke
De ansatte vet hva de skal gjøre når de kommer hjem til meg	0 %	9 %	9 %	82 %	0 %
De ansatte utfører arbeidsoppgavene på en god måte	0 %	4 %	4 %	91 %	0 %
De ansatte har nok tid til oppgavene de skal gjøre for meg	0 %	9 %	9 %	73 %	9 %
De ansatte er omsorgsfulle	0 %	0 %	0 %	96 %	4 %
Jeg får den hjelpen jeg trenger slik at jeg kan bo hjemme	0 %	4 %	4 %	92 %	0 %
Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til personlig hygiene	0 %	9 %	0 %	73 %	18 %
Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til å ta medisiner	0 %	4 %	0 %	82 %	14 %
Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til matlaging	0 %	0 %	0 %	56 %	44 %
Jeg er fornøyd med den hjelpen jeg får til rengjøring av boligen	11 %	11 %	0 %	45 %	33 %

(Kilde: Sveio kommune)

Generelt ser vi at brukerne av hjemmetjenestene er fornøyde med tjenesteutøvelsen og de tjenestene de mottar. På spørsmål om vedkommende får den hjelpen som trengs for å bo hjemme svarer en overveiende andel (92 prosent) at de er «veldig enige». Dette indikerer at kommunen lykkes med å gi forsvarlige tjenester til hjemmeboende.

Krav om forsvarlige helse- og omsorgstjenester innebærer ikke bare å dekke brukerens medisinske og praktiske behov, men også å sikre at brukeren opplever trygghet i hverdagen. For hjemmeboende handler trygghet blant annet om å ha forutsigbar, tilgjengelig og tilpasset tjeneste. Et sentralt moment for å skape trygghet er å gi brukeren en visshet om at tjenestene kommer når det trengs;

Tabell 10 – Tilgjengelighet. Resultater brukerundersøkelse blant brukere av hjemmetjenester

	Veldig uenig	Uenig	Enig	Veldig enig	Vet ikke
Det tok kort tid fra jeg søkte om hjelp til jeg fikk det	17 %	0 %	0 %	65 %	18 %
Jeg er fornøyd med antall timer jeg får hjelp	9 %	0 %	0 %	91 %	0 %
De ansatte kommer til avtalt tid	0 %	17 %	22 %	61 %	0 %
De ansatte gir beskjed dersom det blir forsinkelser	17 %	9 %	9 %	48 %	17 %
Jeg er fornøyd med muligheten for å få kontakt per telefon	0 %	4 %	0 %	92 %	4 %
Tjenesten jeg får hjemme gjør at jeg føler meg trygg	4 %	4 %	0 %	91 %	0 %

(Kilde: Sveio kommune)

Hjemmetjenesten ivaretar flere funksjoner, herunder trygghet. Vi ser at et overveiende flertall svarer at de er veldig enige i påstanden om at tjenesten de får hjemme, gjør at de føler seg trygge.

1.6.5 TILSTREKKELIG KOMPETANSE?

To viktige faktorer som påvirker kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester, er bemanning og kompetanse. I intervju opplyses det at hjemmetjenesten i Sveio kommune så langt ikke har hatt utfordringer med rekruttering. Når det gjelder sykehjemmet, derimot, står kommunen overfor betydelige rekrutteringsutfordringer, særlig når det gjelder sykepleiere. Det fremheves at kommunen ideelt sett skulle hatt 12 sykepleiere i turnus, med et minimum på 8, men at de for øyeblikket kun har 7. Antallet sykepleiere som slutter har ikke økt sammenlignet med tidligere, men kommunen opplever utfordringer med å rekruttere nye.

Som et tiltak for å bøte på dette, vedtok kommunestyret høsten 2024 å gjøre alle sykepleierne ved sykehjemmet i turnus til fagansvarlige, noe som innebærer en årlig lønnsøkning på 40 000 kroner. Formålet er å beholde sykepleierne og sikre rekruttering. Endringen gjelder foreløpig ikke hjemmetjenesten, ettersom kommunen ikke opplever de samme utfordringene her.

Kommunen legger også til rette for videreutdanning for sykepleiere som ønsker å utvikle sin kompetanse. Her satses det målrettet på informasjon om stipendordninger, særlig rettet mot studenter, blant annet gjennom bruk av sosiale medier. I tillegg planlegger kommunen å delta på messer og arrangementer, samt å inngå samarbeid med utdanningsinstitusjoner for å styrke sykepleierutdanningene og tilby relevante praksisplasser. For å sikre at gode kandidater ikke går tapt, er planen å jobbe raskere for å redusere tiden fra søknad til ansettelse.

I intervju kommer det frem at Sveio kommune har klart å unngå bruk av bemanningsbyråer siste seks år, til tross for utfordringer med å rekruttere sykepleiere. Dette skyldes i stor grad økt grunnbemanning. For noen år siden valgte kommunen å styrke grunnbemanningen med fagutdannet personell, for å redusere behovet for vikarer og samtidig sikre kvalitet og kontinuitet i tjenestene.

I intervju understrekes at økningen i grunnbemanningen var en del av et større prosjekt for å fremme heltidskultur, med mål om å øke andelen ansatte i heltidsstillinger. Prosjektet resulterte i en merkbar økning i stillingsprosentene, men i den senere tid har flere imidlertid valgt å gå tilbake til deltid. Kommunens ønske er fremdeles at flere jobber heltid, og følger derfor nøye med om stillingsprosenten er i samsvar med den ansattes eget ønske.

Verken gjennomsnittlig stillingsprosent eller heltidsandel er noe pleie og omsorgstjenesten rapporterer på årlig, men tall for juni 2025 viser følgende gjennomsnittlige stillingsstørrelse:

- Hjemmesykepleien: 82,6 prosent
- Sykehjemmet: 66,5 prosent

Prosentandelen for sykehjemmet inkluderer helge-stillinger, noe hjemmesykepleien på sin side har få av. Tar vi bort helgestillingene ved sykehjemmet, øker prosentsatsen her til 79,5 prosent. Kommunen opplyser i intervju at det per nå ikke er noen som jobber ufrivillig deltid blant de fagutdannede.

Et annet viktig tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse har vært å se på oppgavefordelingen. Våren 2025 mottok kommunen prosjektmidler fra Statsforvalteren for å se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgssenteret og hjemmetjenesten, og mellom ulike faggrupper. Sistnevnte gjaldt faggruppene sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Hovedformålet med prosjektet var å undersøke hvordan enhetene bedre kunne støtte hverandre, hvordan fagkompetanse kan utnyttes mer effektivt, og hvordan kommunen kan legge til rette for at innbyggerne skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Som følge av prosjektet fikk helse- og omsorgstjenesten skilt ut oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse, og til å utføre slike oppgaver er det nå ansatt en servicemedarbeider. Vedkommende skal blant annet hente tøy, bistå ved måltider, ivareta utstyrslager mv. Foreløpig er dette en prosjektstilling, som kan bli varig dersom tiltaket viser seg vellykket.

I intervju understrekes at kommunen har endret sin tidligere målsetting om at alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten skal ha fagbrev. I dag er oppmerksomheten i større grad rettet mot å identifisere og skille ut oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse, for så å ansette ufaglærte til oppgavene. Dette bidrar til mer effektiv ressursbruk og frigjør tid for fagutdannet personell til å utføre oppgaver som krever deres kompetanse.

Et annet tema i prosjektet var å få til en tydeligere rolleavklaring mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne. Særlig mangelen på sykepleiere, som trolig vil eskalere i årene fremover, fremheves som årsak til at riktig bruk av kompetansen blir stadig viktigere. I Sveio omsorgssenters tre avdelinger, Vestbakken, Utsikten og Såbakken, er det per i dag én sykepleier i hver avdeling.

Gjennom prosjektet tok kommunen til orde for at sykepleierne i større grad skulle konsentrere seg om sykepleiefaglige oppgaver. Imidlertid viste det seg at majoriteten av sykepleierne ikke

ønsket å inngå i et tverrfaglig team med økt spesialisering på tvers av avdelinger. Sykepleierne fremhevet at de i stedet ønsket å følge den enkelte pasient gjennom hele sykdomsforløpet.

I intervju kommer det fram at helse- og omsorgstjenesten ikke er i mål med dette arbeidet. I nær fremtid er det kommunens ønske å opprette et fast sykepleierteam på for eksempel to sykepleiere, i stedet for tre, som får tilsynsansvar for tre avdelinger.

Et viktig tiltak for å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er kompetanseutvikling. Gjennom *Kompetanse og innovasjon* fra Statsforvalteren har Sveio kommune søkt om midler til en stipendordning. Kommunen har også hjulpet ufaglærte med å få kartlagt den kompetansen de har, og hjulpet dem til å ta fagbrev.

Tabell 11 - Kompetanseutvikling i hjemmetjenesten i Sveio kommune

	Totalt antall ansatte	Stipendavtale (studenter)	Videreutdan-ning fullført	Videreutdan-ning starter høsten 2025	Desentralisert sykepleie
Sykepleiere	12	2	1	1	1 starter
Helsefagarbeidere	8	0	1	2	-

(Kilde: Sveio kommune)

Tabell 12 - Kompetanseutvikling blant de ansatte på Sveio kommune omsorgssenter

	Totalt antall ansatte	Stipendavtale (studenter)	Videreutdan-ning fullført	Videreutdan-ning starter høsten 2025	Desentralisert sykepleie
Sykepleiere	16	3	4	1	1 (2 starter høst -25)
Helsefagarbeidere	24	0	4	1	-

(Kilde: Sveio kommune)

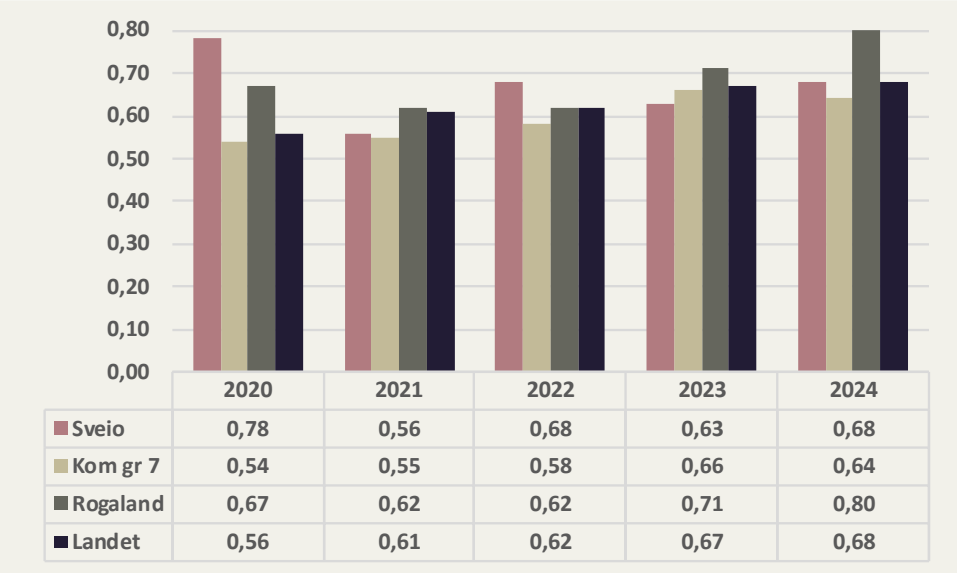
De siste to somrene, samt sommeren 2025, har kommunen deltatt i Ung i helse, som retter seg mot 16-18 åringer. Disse ungdommene bidrar også til å dekke opp helgevakter gjennom hele året. Så langt har kommunen ansatt seks personer, to på hver avdeling som går annen hver helg på dagtid. I intervju understrekes at dette er en god måte å rekruttere på. Når ungdommene blir 18 år, kan de gjøre flere oppgaver.

1.6.6 TILSYNSLEGE-DEKNINGEN I SVEIO KOMMUNE

Rollen som tilsynslege/ sykehjemslege innebærer diagnostisering og behandling av institusjonsbeboere[17]. Dette gjelder sykdommer, oppfølging av kroniske tilstander og akutte helseproblemer. Sykehjemslegen skal også forskrive og overvåke medisiner, samt henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov.

Fra statlig hold er det imidlertid ikke fastsatt noen norm for omfanget av legetjenester på et sykehjem. Hvor mange timer som skal legges ned i utøvelsen av rollen, vil være avhengig av behovet til sykehjemmet og pasientene til enhver tid, og hva kommunen har avtalt med legen som skal utføre oppgaven;

Figur 19 - Gjennomsnittlig antall avtalte legetimer per beboer i sykehjem per uke



	2020	2021	2022	2023	2024
Sveio	0,78	0,56	0,68	0,63	0,68
Kom gr 7	0,54	0,55	0,58	0,66	0,64
Rogaland	0,67	0,62	0,62	0,71	0,80
Landet	0,56	0,61	0,62	0,67	0,68

(Kilde: KOSTRA. Tabell 12209)

Tall fra KOSTRA viser at Sveio kommune ligger på samme nivå som snittet i kommunegruppa og landet, målt i antall rapporterte legetimer per pasient på sykehjem, per uke. Sveio omsorgssenter har lege til stede tre dager i uka, men ønsker på sikt å fordele legedekningen over flere dager. Når lege ikke er til stede, er det vanlig praksis å kontakte legevakten eller pasientens fastlege.

I intervju understrekes at tilgang på legetjenester er viktig for å sikre en forutsigbar arbeidssituasjon og gjøre både helsefagarbeiderne og sykepleierne trygge i sitt arbeid. Med god

[17] Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 3-2.

faglig støtte i ryggen, kan personellet stå bedre rustet til å takle pasienter med komplekse sykdomsbilder.

1.6.7 VURDERING

Sveio kommune prioriterer å sikre en effektiv fordeling av helse- og omsorgstjenestene. Brukerne tilbys tjenester på lavest mulig omsorgsnivå, for slik å utsette behovet for mer omfattende hjelp. Kommunen arbeider aktivt med egenmestring, hvor de ansatte motiverer brukerne til å utnytte sitt eget potensial, og tiltak som helsefremmende aktiviteter og korttidsopphold bidrar til å forlenge tiden brukerne kan bo hjemme.

Innhentet tallmateriale over tildelinger viser en tydelig økning i antallet tildelinger av hjemmesykepleie. Dette er en bevisst prioritering for å legge til rette for at brukere med relativt store pleiebehov fortsatt kan bo hjemme. Omfanget av tjenester som praktisk bistand har på sin side gått ned, noe som har gjort det mulig for kommunen å dreie ressursbruken over på hjemmesykepleie.

For å sikre en bedre balanse mellom faglige og økonomiske vurderinger, har kommunen samlet hjemmetjenester og institusjonstjenester under én felles leder. Organiseringen gir bedre forutsetninger for å skape en kultur blant de ansatte, hvor de er arbeider aktivt for økt egenmestring, og således kan bor hjemme lengst mulig. Etter vår vurdering må dette sies å være et godt tiltak som bidrar til kostnadseffektivitet.

Samtidig er kommunen pålagt å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Sentrale elementer er tilstrekkelig bemanning og helsefaglig kompetanse. Hjemmetjenesten har så langt ikke opplevd rekrutteringsutfordringer, men slik situasjonen er på sykehjemmet, har kommunen en stor utfordring. Sykehjemmet har over tid opplevd mangel på sykepleiere, og tiltak som lønnsøkning, tilrettelegging for videreutdanning og raskere ansettelsesprosesser, ser så langt ut til ikke å gi tilstrekkelige ønskede effekter. At det er satt inn tiltak må sies å være positivt, men kommunen har fortsatt utfordringer her.

For å sikre tilstrekkelig kompetanse, har kommunen prøvd å spisse oppgavefordelingen mellom assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere mer, slik at behovet for sykepleiere blir mindre. Så langt har dette resultert i ansettelse av en servicemedarbeider i en prosjektstilling. Men kommunen er ikke i mål med å få til en tydeligere rolleavklaring mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne, da kommunen så langt ikke fått til å organisere sykepleierne i team på tvers av avdelinger, noe som på sikt kan redusere behovet for sykepleierkompetanse. Her har kommunen fortsatt en vei å gå for å sikre effektive, men samtidig forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Heltidsstillinger gir grunnlag for mer stabilitet i de som er på jobb, ved at færre kommer og går, noe som gir økt kvalitet og kompetansedeling. Her har kommunen også en vei å gå når det gjelder å få opp antallet som jobber heltid og gjennomsnittlig stillingsprosent.

1.7 HVORDAN BLIR VEDTAKENE FULGT OPP?

1.7.1 REVISJONSKRITERIER

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) regulerer tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Her heter det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer for å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenestene vedkommende har behov for, til rett tid.

Videre heter det at vedtaket skal skape forutsigbarhet for brukeren, samtidig som det bør være så fleksibelt at det tar høyde for normale svingninger i bistandsbehovet. Tidfestingen skal med andre ord ikke være så konkret at den går på bekostning av nødvendighets- og forsvarlighetskravet.

Ut fra disse føringene har vi utledet følgende revisjonskriterium (det vil si krav eller forventning til kommunens arbeid);

- Kommunen skal sørge for at vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester blir evaluert og fulgt opp.

1.7.2 OPPFØLGING ETTER TILDELING

For å sikre at vedtak blir fulgt opp og regelmessige evalueringer, gjennomføres ukentlige møter hvor representanter fra Tjenestekontoret, hjemmesykepleien, sykehjemmet samt fysioterapi- og ergoterapitjenesten deltar. I tillegg har Tjenestekontoret tilgang til pasientjournaler, hvor utøvende tjeneste er pålagt å dokumentere endringer i pasientens pleiebehov. Dette inkluderer også e-meldinger fra fastleger som automatisk registreres i journalsystemet. Dersom noe ikke fungerer som forventet, har både brukere, pårørende og ansatte mulighet til å melde inn avvik. Innmeldte avvik gjennomgås månedlig i kommunedirektørens ledergruppe.

Hittil har en revurderings- eller gyldighetsdato blitt satt inn i vedtak som er ment å være midlertidige, som for eksempel vedtak om tildeling av medisiner eller sårstell. I intervju

understrekes at vedtaket skal gi forutsigbarhet for brukeren, men samtidig være såpass fleksibelt at det fanger opp eventuelle endringer i bistandsbehovet. En eventuell tidfesting må derfor ikke gå på bekostning av nødvendighets- og forsvarlighetskravet, blir det understreket[18].

Det er Tjenestekontorets ønske at alle vedtak skal gjennomgås minst én gang i året. Hittil har dette vist seg utfordrende å få til i praksis, grunnet stort arbeidspress. De ansatte ved Tjenestekontoret fremhever at de har god oversikt over brukerne, ettersom Sveio er en relativt liten kommune. Utøvende tjenester, som hjemmesykepleien, sykehjemmet og fysioterapi-/ergoterapitjenesten, er dessuten pålagt å melde fra til Tjenestekontoret ved endringer i tjenestebehovet, enten behovet er redusert, har økt eller har falt bort.

De intervjuede i kommunen erkjenner et forbedringspotensial når det gjelder å tidsbegrense vedtak, og peker på tre hovedgrunner til at dette bør gjøres i større omfang enn hva som hittil har vært praksis:

- Ved å sette en utløpsdato i vedtaket, sikres det at tjenestene blir vurdert systematisk og jevnlig.
- En tidsbegrensning gjør det tydeligere overfor brukerne og pårørende at tjenesten ikke nødvendigvis er varig, men at det vil bli foretatt en ny vurdering etter en gitt tid.
- Både kommunen og brukerne får bedre oversikt og et bedre grunnlag for å planlegge når det er klart hvor lenge tjenesten skal gis. Allerede ved innvilgelse blir begge parter tvunget til å tenke på neste fase, og hvilke tjenester som da kan være aktuelle.

I dag er det gjerne hjemmesykepleien som vurderer og justerer tjenestebehovet fortløpende. Dette kan være utfordrende, særlig når det ikke er satt tydelige forventninger fra starten. For utførende personell som jobber direkte mot pasienten, er det vanskeligere å avslutte en tjeneste, selv når behovet er redusert. En klar forventningsstyring ved tildeling kan gjøre dette arbeidet enklere, understrekes det.

Videre anføres i intervju at ved å innføre en praksis med konkrete evalueringsdatoer i vedtakene, blir Tjenestekontoret i større grad involvert i vurderingene. Dette gir rom for en helhetlig tilnærming, der både daglige observasjoner og overordnede vurderinger kombineres. Tjenestekontorets overordnede rolle og avstand til pasienten gjør det enklere å se tjenestebehovet i en større sammenheng, noe som i neste omgang kan bidra til bedre ressursutnyttelse, mer rettferdig tildelingspraksis og høyere kvalitet i tjenestene.

---

[18] Dette er også i tråd med Veileder for saksbehandling. Helsedirektoratet 2017, IS 2442.

I vedtak om institusjonsopphold har kommunen valgt å inkludere en standardtekst som understreker at uforutsette situasjoner kan oppstå, og at institusjonsopphold til enhver tid skal være forbeholdt de med størst behov. Her heter det at «*man må ta høyde for at upåregnelige situasjoner kan oppstå, og som gjør at kommunen kan måtte prioritere akutte pasienter, med akutte behov for heldøgns pleie og omsorg. Dersom en slik situasjon skulle oppstå, hvor det ikke er kapasitet på Sveio omsorgssenter i perioden, kan man måtte gjøre om på tildelte vedtak*». I intervju pekes det på at teksten er tatt med for å sikre nødvendig fleksibilitet, slik at plassene til enhver tid er forbeholdt de med størst behov.

På spørsmål om kommunen har tilstrekkelig dokumentasjon som viser at tjenestene faktisk blir levert i tråd med fattet vedtak, opplyser kommunen at det i hjemmesykepleien utarbeides konkrete oppdrag til de ansatte med utgangspunkt i vedtakene. Utførelsen av oppdragene blir fortløpende dokumentert i journalsystemet. Blir et oppdrag ikke gjennomført som planlagt, skal det dokumenteres hva som faktisk er gjort, samt årsakene til eventuelle avvik.

Avdelingsleder og fagansvarlig er ansvarlig for å følge opp de ansatte og sikre at tjenestene blir levert som forutsatt. Daglig utarbeider avdelingsleder oppdragslister som følges opp gjennom faste morgen- og lunsjrapporter fra personalet. Dette skal bidra til å sikre at tjenestemottakerne får de tjenestene som er besluttet i vedtakene.

Videre understrekes det at dersom en tjeneste ikke blir levert som følge av forhold hos brukeren selv, for eksempel fordi vedkommende ikke ønsker hjelp til dusjing eller ikke er i form til å motta tjenesten, skal dette også dokumenteres i journalen.

1.7.3 VURDERING

Kommunen beskriver en rekke tiltak og rutiner som skal sikre at vedtak følges opp på en systematisk og forsvarlig måte. Blant annet gjennomføres ukentlige møter med deltakere fra tjenestekontoret, hjemmesykepleien, sykehjemmet og rehabiliteringstjenestene. Dette gir et godt grunnlag for helhetlig vurdering og koordinering av tjenestene. I tillegg har tjenestekontoret tilgang til pasientjournaler, hvor endringer i pasientens behov dokumenteres fortløpende av utøvende tjenester. Positivt er at kommunen har etablert rutiner for oppfølging gjennom rapportmøter, hvor avdelingsleder er gitt ansvaret for å sikre at tjenestene leveres som forutsatt.

Kommunen opplyser i intervju at de har et uttalt mål om å gjennomgå alle vedtak minst én gang i året. Samtidig erkjenner kommunen at dette er utfordrende å få til i praksis, grunnet høyt

arbeidspress. Etter vår vurdering er det en svakhet at systematisk revurdering ikke alltid gjennomføres årlig.

Vi ser også et forbedringspotensial når det gjelder å tidsbegrense vedtak, noe som har flere fordeler; bedre forventningsstyring, tydeligere rammer for bruker og mer systematisk evaluering av tjenestebehovet. Det er positivt at kommunen er bevisst dette, og ønsker å involvere Tjenestekontoret mer aktivt i revurderingene.

Samlet sett vurderes kommunens praksis som relativt godt egnet til å sikre at vedtak følges opp, men det er fortsatt rom for forbedring. Særlig gjelder dette behovet for en mer systematisk revurdering av vedtak, tydeligere forventningsstyring og en mer aktiv rolle for tjenestekontoret i oppfølging og revurdering.

1.8 INNSPILL FRA BRUKER, PÅRØRENDE OG VERGE

For å få fram brukerstemmen har vi i tillegg til å intervjue leder for eldrerådet, intervjuet bruker, pårørende eller verge til de ti vedtakene som ble plukket ut. Blant disse ti, var det syv som takket ja til å stille til et intervju. Intervjuene omhandlet følgende tema:

1. Informasjon om veiledning i søknadsprosessen.
2. Vedtakenes utforming og kilde til informasjon, inklusiv begrunnelse og omfang.
3. Brukermedvirkning i forbindelse med utformingen av tjenestetilbudet. Hvorvidt man som bruker, pårørende eller verge har fått tilbud om å bidra i utformingen av tjenestetilbudet.
4. Om tjenestene som gis oppleves som helhetlige, rettferdige og målrettede.
5. Medbestemmelse i den daglige utførelsen av tjenestene.

Respondentene opplever at informasjon og veiledning i forbindelse med søknadsbehandlingen har fungert godt. Vedtakene beskrives som tydelige og informative, og det ble gitt god hjelp og veiledning under selve søknadsprosessen. Det ble etablert kontakt med både kommunen og hjemmetjenesten i søknadsfasen, men etter innvilgelse har det vært lite oppfølging. En pårørende uttrykker bekymring over manglende kommunikasjon og etterspør pårørendemøter, for å få innsikt i hvordan brukerens behov ivaretas i det daglige. Vedkommende har levert en bok med bilder og livshistorie som skal bidra til at pleierne blir bedre kjent med brukeren. Boken ligger tilgjengelig, men det er uklart om pleierne faktisk benytter seg av denne. Bilder og livshistorier trekkes frem som viktige verktøy for å skape trygghet og bygge relasjoner.

Videre uttrykkes et ønske om å få vite mer om hvordan brukerne har det i hverdagen, spesielt når pårørende ikke er til stede. En respondent forteller at det så langt ikke er gjennomført noe

pårørendemøte til en pasient på sykehjemmet, og at kontakten kun vært med lege. Det fremheves som positivt dersom slike møter finner sted minst én gang i året, særlig med tanke på at sykdom kan medføre hyppige endringer.

Når det gjelder tilpasning av tjenestene til brukerens behov, er tilbakemeldingene i hovedsak positive. Tjenestene oppleves som godt tilpasset, og det trekkes frem at de ansatte gjør en god jobb.

Flere påpeker at aktivitetstilbudet kan forbedres. Flere brukere er i god fysisk form, men opplever kognitiv svikt. Her foreslås et turtilbud, gjerne korte turer på 20 minutter, slik at det ikke bare er stillesittende aktiviteter som for eksempel bingo. Musikkgruppen trekkes frem som et positivt tilbud, da mange opplever en meningsfull stund gjennom dette tilbudet.

Respondentene sier seg fornøyde med hjelp til egenmestring. blant annet gjennom fysioterapi. Men det bemerkes at det er venteliste for fysioterapi.

Til slutt rapporteres det om en generell opplevelse av trygghet og tilgjengelighet. Flere har fått installert trygghetsalarm, som fungerer som den skal.

1.8.1 INNSPILL FRA LEDER AV ELDRERÅDET OG PÅRØRENDEFORENINGEN I SVEIO KOMMUNE

Eldrerådet opplyser at de i inneværende periode (2023–2027) ikke har mottatt noen saker som direkte gjelder tildeling av helse- og omsorgstjenester.. Dette peker i retning av at saksbehandlingsprosessene fungerer tilfredsstillende, eller at behovene dekkes på andre måter, eksempelvis gjennom hjelp fra familie eller naboer.

En utfordring som trekkes frem, er innbyggere som motsetter seg innblanding, til tross for betydelige helseutfordringer. Enkelte innbyggere ønsker ikke å søke om tjenester, selv om behovet er til stede, noe som kan føre til ekstra belastning for pårørende. Spesielt gjelder dette personer med kognitiv svikt, hvor omsorgsoppgaver som medisinering og ernæring kan bli utfordrende for pårørende å håndtere. Dette er oppgaver som krever kompetanse som helsepersonell er bedre rustet til å utføre. Belastningen på pårørende kan skape utrygghet og i verste fall føre til endret helsetilstand hos den som yter omsorgen.

Videre fremheves at Helsestasjon for eldre har vært et positivt tiltak, og da særlig stillingen hvor en ansatt utførte oppsøkende arbeid hos personer som ikke mottar tjenester. Etter en periode hvor

stillingen ble fryst grunnet budsjettkutt (vedtatt av kommunestyret i 2024), er stillingen igjen opprettet. Dette oppsøkende arbeidet vurderes som svært positivt og viktig for både aktuelle brukere, pårørende og kommunen.

Det fremheves at innbyggerne i Sveio generelt er flinke til å stille opp for hverandre. Dette skaper et lokalt fellesskap preget av hjelp til selvhjelp, og bidrar til at flere får støtte i hverdagen.

Det er Eldrerådets inntrykk at Sveio kommune evner å tilby hjelp og bistand til egenmestring blant tjenestemottakerne. Tiltakene som tilbys oppleves som relevante og nyttige. Kommunen oppleves som lydhør, da det legges stor vekt på at brukerne kan få være med å utforme tjenestetilbudet.

Sveio kommune mangler per i dag heldøgns omsorgsboliger spesielt tilrettelagt for personer med kognitiv svikt. Et slikt tilbud vil kunne gi nødvendig avlastning til ektefelle og pårørende. Per i dag tilbyr kommunen korttidsopphold og vekselopphold, og tjenestekontorets ansatte oppleves å gjøre så godt de kan innenfor de rammer som er tilgjengelige.

VEDLEGG

Muntlige kilder:

- Kommunedirektør
- Kommunalsjef helse og omsorg
- Enhetsleder pleie og omsorg (leder sykehjem og hjemmetjeneste)
- Leder og saksbehandler ved Tjenestekontoret
- Saksbehandler ved Tjenestekontoret

- Leder for eldrerådet og pårørendeforeningen
- Intervju med syv brukere, pårørende eller verge til vedtakene som ble plukket ut

Skriftlige kilder:

- Helse- og omsorgstjenestelov med forskrift
- Pasient- og brukerrettighetslov med forskrift
- Temaplan for «Leve hele livet» 2025-2028?
- Hverdagsrehabilitering i hjemmet – en veileder
- Plan for helse og omsorg Sveio 2024-32
- Overordnet plan for helse og omsorg i Sveio 2015-20
- Årsrapport 2023 Sveio kommune
- Rutiner og kriterier for tildeling Sveio kommune
- Vedtak om nedstengning av sykehjemsplasser ved Sveio omsorgssenter
- Veileder Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester Helsedirektoratet 2025
- Meldt. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meldt. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre
- Meldt. St. 24 (2022-2023) Fellesskap og mestring – Bu betrygget hjemme
- Meld. St. 21 (2024-25). Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste
- Kompetanseløft 2025 – Årsrapport Helsedirektoratet
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23. Helse- og omsorgsdepartementet

- Ti tilfeldig valgte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester