Revisjon Øst IKS

Forvaltningsrevisjonsrapport

# Tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende

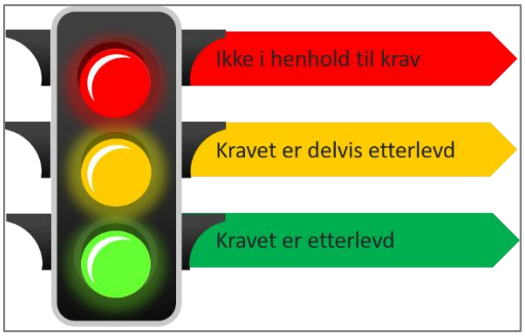
Hamar kommune

Rapportnummer 12/2026



# Forord – Om rapporten

Denne rapporten er bygget opp med et kort sammendrag som går gjennom hovedfunnene og konklusjonen i forvaltningsrevisjonsprosjektet i første kapittel.




Vi har valgt å benytte en «trafikklysmodell» for å illustrere hva vi mener er i henhold til krav på området, det som er godkjent med merknad, og det som ikke er i henhold til krav på området. Hver vurdering blir merket med henholdsvis grønt, gul og rødt.

Rapporten er utarbeidet med et digitalt tilsnitt og inneholder lenker til ulike seksjoner av rapporten. Dette skal gjøre det enklere for leseren å navigere i rapportens innhold. Det er også lenket til de kilder som er digitalt tilgjengelige, for en mer interaktiv opplevelse av rapporten.

Rapporten er bygget opp etter NKRFs krav til sluttrapport i Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Dette innebærer minstekravene til

- sammendrag
- informasjon om bestillingen
- problemstillingene
- valg av metoder og vurdering av datagrunnlag
- revisjonskriterier (vedlegg A)
- presentasjon av data
- vurderinger
- konklusjon
- anbefalinger
- referanser
- kommunedirektørens uttalelse

I tråd med RSK 001, ønsker vi å fremheve at vi vektlegger at forvaltningsrevisjoner skal «bidra til et godt beslutningsgrunnlag for de folkevalgtes styring og kontroll, og å bidra til læring».

Vi vil takke kontrollutvalget for oppgaven, og administrasjonen for tilrettelegging for en best mulig og effektiv gjennomføring av forvaltningsrevisjonsprosjektet.

Vi håper at leseren finner nytte i rapporten og vil benytte denne videre i forbindelse med en trygg og god forvaltning av tjenesteområdet.

Løten/Kongsvinger, den 23.10.2025.

Kristin Fragell Lillevold

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor
Kristin Fragell Lillevold

Caroline Værlien

Utøvende forvaltningsrevisor
Caroline Værlien

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag ..... 3
1 Bakgrunn for prosjektet ..... 5
1.1 Bakgrunn for prosjektet og kontrollutvalgets bestilling ..... 5
1.2 Formål og problemstilling ..... 5
1.3 Avgrensninger og justeringer ..... 5
2 Revisjonskriterier ..... 5
3 Metode for revisjonen ..... 6
3.1 Dokumentstudier ..... 7
3.2 Stikkprøvekontroll av enkeltvedtak ..... 7
3.3 Intervjuer ..... 7
3.4 Spørreundersøkelse ..... 8
3.5 Vurdering av reliabilitet og validitet ..... 10
4 Organisering av kommunalområdet Helse og mestring ..... 11
4.1 Tjenester til hjemmeboende ..... 12
4.2 Institusjonstjenesten ..... 14
4.3 Tildeling av helse- og omsorgstjenester ..... 16
Definisjoner/forklaringer ..... 17
5 Problemstilling 1 – Planlegging, dimensjonering og tjenesteutvikling ..... 18
5.1 Revisjonskriterier for problemstilling 1 ..... 18
5.2 Innhentet data: Overordnet planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet ..... 18
5.3 Revisors vurdering ..... 30
6 Problemstilling 2 – Ansattes kompetanse om oppfølging og tilrettelegging ..... 32
6.1 Revisjonskriterier for problemstilling 2 ..... 32
6.2 Innhentet data: Ansattes kompetanse om oppfølging og tilrettelegging ..... 32
6.3 Revisors vurdering ..... 39
7 Problemstilling 3 – Tildeling av tjenester til brukere og pårørende ..... 41
7.1 Revisjonskriterier for problemstilling 3 ..... 41
7.2 Innhentet data: Tildeling av tjenester til personer med demens og deres pårørende ..... 41
7.3 Revisors vurdering ..... 52
8 Problemstilling 4 – Avvikshåndtering innad i kommunalområdet ..... 56
8.1 Revisjonskriterier for problemstilling 4 ..... 56

8.2 Innhentet data: Avvikshåndtering innad i kommunalområdet ..... 56
8.3 Revisors vurdering ..... 64
9 Konklusjon ..... 67
10 Anbefalinger ..... 68
11 Kommunedirektørens uttalelse ..... 69
12 Referanser ..... 71
Vedlegg A: Revisjonskriterier ..... 73
Vedlegg B: Beskrivelse av innsatsområdene i ny velferdsmodell. ..... 85
Vedlegg C: Kompetansekartlegging mal ..... 87
Vedlegg D: Melding om rett til å klage over vedtak ..... 89
Vedlegg E: Oversikt over prosedyrer for demensteam/-koordinator ..... 90
Vedlegg F: Oversikt prosedyrer for koordinator og IP ..... 92
Vedlegg G: Lovhjemmel i prosedyrer ..... 94
Vedlegg H: Mal for risikovurdering ..... 95
..... 95

# Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hvordan Hamar kommune ivaretar planlegging og kapasitet, tildeling, tilrettelegging og avvikshåndtering innen tjenestetilbudet, for å møte det økende behovet for demensomsorg.

Forvaltningsrevisjonen har hatt følgende problemstillinger:

1. Hvordan ivaretar Hamar kommune planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende?
2. Sikrer kommunen nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen?
3. Tildeles tjenester til personer med demens og deres pårørende i henhold til lovkrav?
4. Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering på kommunalområdet Helse og mestring?

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen ble det gjennomført dokumentanalyse, intervjuer med 18 personer, stikkprøvekontroll, samt en spørreundersøkelse rettet mot ansatte i tjenestene. Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden april til september 2026.

**Planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling**
Undersøkelsen viser at Hamar kommune i stor grad ivaretar planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende. Kommunens planstrategi beskriver hvordan kommunen planlegger å omstille tjenestene for å møte framtidige behov, og kommunen har allerede igangsatt kvalitetsutviklingsarbeid innad i kommunalområdet. Kommunen har etablerte rutiner og systemer som sikrer involvering av pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner på tjeneste- og systemnivå, hvor blant annet Eldrerådet og Demensforeningen brukes som høringsinstanser. Kommunen har også flere etablerte samarbeidsavtaler med frivillige som leverer tjenester til brukere, pasienter og pårørende, og gjennom den nye velferdsmodellen arbeides det med mer systematisk samarbeid med frivillige som kan levere tjenester til brukergruppen.

**Kompetanse om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen**
Undersøkelsen viser at kommunen i hovedsak sikrer nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for personer med demens. Kommunen har etablert systemer for kompetansekartlegging, kompetanseplanlegging og opplæring, og tilbyr flere målrettede kompetansetiltak innen demensomsorgen. Undersøkelsen viser også at kommunen har organisert et tverrfaglig tilbud gjennom demensteam, demenskoordinator og virksomhetsområdet Demens. Samtidig oppgir få ansatte at de kjenner til kartlegging av kompetansebehov, og/eller er ikke kjent med at de har deltatt i slik kartlegging. Revisjonen vurderer derfor at kommunen alt i alt har etablert nødvendige strukturer og tiltak for å sikre kompetanse på området, men at det fortsatt er behov for å styrke kompetansen innen enkelte fagområder og øke kjennskapen til kommunens kompetansearbeid.

**Tildeling av tjenester til personer med demens og deres pårørende**
Undersøkelsen viser at kommunen i hovedsak tildeler tjenester til personer med demens og deres pårørende i tråd med lovkravene. Revisjonen finner at tjenestetildelingen i hovedsak bygger på individuelle vurderinger, og at kommunen har etablert rutiner for behandling av søknader og tildeling av tjenester. Samtidig avdekkes det enkelte svakheter knyttet til saksbehandling, dokumentasjon, begrunnelse av vedtak og systematisk vurdering av behov for koordinator og individuell plan. På denne bakgrunn vurderes det at kommunen i stor grad ivaretar kravene til tjenestetildeling, men at det er behov

for forbedringer på flere områder for å sikre en mer ensartet praksis og fullstendig etterlevelse av regelverket

**Avvikshåndtering i kommunalområdet Helse og mestring**

Undersøkelsen viser at kommunen i hovedsak har etablert systemer og rutiner for avvikshåndtering innen kommunalområde Helse og mestring, og at avvik benyttes som en del av arbeidet med kvalitetsforbedring og oppfølging av tjenestene. Det er etablert ordninger for registrering og behandling av avvik, og datagrunnlaget viser at avvik og andre tilbakemeldinger brukes som grunnlag for vurderinger og forbedringstiltak. Spørreundersøkelsen vår viser samtidig at det er utfordringer knyttet til avvikskulturen og den praktiske oppfølgingen av avvik. Flere ansatte opplever usikkerhet om hva som skal meldes, etterspør mer opplæring og opplever ikke alltid at innmeldte avvik fører til synlige forbedringer. Resultatene tyder også på variasjoner i hvordan avvik følges opp og brukes i det systematiske forbedringsarbeidet på tvers av tjenestene. Samlet sett vurderer vi at kommunen i stor grad ivaretar avvikshåndteringen, men at det fortsatt er behov for å styrke opplæring, tilbakemeldingsrutiner og den systematiske bruken av avvik som grunnlag for læring, risikostyring og kvalitetsutvikling.

**Anbefalinger**

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger at kommunedirektøren bør:

1. Sikre ensartet saksbehandlingspraksis, herunder sørge for regelmessig revidering av lovhenvisninger i prosedyrer og rutiner.
2. Sikre at vedtak om pårørendestøtte utformes i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd og forvaltningslovens krav til begrunnelse.
3. Styrke rutinene for å informere om, vurdere og tilby koordinator og individuell plan når vilkårene for slike tiltak er oppfylt.
4. Sikre at vedtak om langtidsplass bygger på oppdatert IPLOS-registrering.
5. Gjennomgå praksis for bruk av ventelistevedtak og ventelistebrev, herunder sikre at brukerne gis korrekt og fullstendig informasjon om klageadgang og klagefrister.
6. Sikre en systematisk praksis for avvikshåndtering i hele tjenesten.
7. Styrke bruken av avvik som grunnlag for læring, risikovurdering og kvalitetsforbedring.

**Kommunedirektørens uttalelse til rapport**

Et utkast til rapport ble forelagt kommunedirektør til uttalelse 23. oktober 2026. Høringssvaret ble mottatt 2. november 2026. I høringssvaret beskriver kommunen at rapporten gir et godt kunnskapsgrunnlag for kommunens videre arbeid med å utvikle tjenestene til personer med demens og deres pårørende. Det nevnes at flere av anbefalingene berører utviklingsarbeid som allerede er besluttet eller igangsatt i Helse og mestring. Blant annet vises det til at kommunen har vedtatt etablering av et felles tjenestekontor for Helse og mestring fra våren 2027, og at arbeidet med å gjennomgå og harmonisere rutiner og arbeidsprosesser er allerede påbegynt. Kommunen har videre styrket arbeidet med fag, internkontroll og kvalitetsforbedring. Det vektlegges at rapporten synliggjør både styrker i dagens tjenestetilbud og områder for forbedring, og vil være nyttig grunnlag for kommunens videre kvalitets- og utviklingsarbeid. Uttalelsen kan leses i sin helhet i kapittel 11.

# 1 Bakgrunn for prosjektet

## 1.1 Bakgrunn for prosjektet og kontrollutvalgets bestilling

Det følger av kommuneloven § 23-2, punkt c, at kontrollutvalget skal påse at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon i kommunen. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak, jf. kommuneloven § 23-3, første ledd.

Kontrollutvalget i Hamar kommune vedtok i møte 3. februar 2026, i sak 4/26, oppstart av forvaltningsrevisjonen Tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.

## 1.2 Formål og problemstilling

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hvordan Hamar kommune ivaretar planlegging og kapasitet, tildeling, tilrettelegging og avvikshåndtering innen tjenestetilbudet, for å møte det økende behovet for demensomsorg.

Forvaltningsrevisjonen har hatt følgende problemstillinger:

1. Hvordan ivaretar Hamar kommune planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende?
2. Sikrer kommunen nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen?
3. Tildeles tjenester til personer med demens og deres pårørende i henhold til lovkrav?
4. Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering på kommunalområdet Helse og mestring?

Det er utledet revisjonskriterier til alle problemstillingene.

## 1.3 Avgrensninger og justeringer

Undersøkelsen har primært handlet om å undersøke kommunens tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende. På bakgrunn av dette har datainnsamlingen i stor grad vært innrettet mot tjenestene som er spesielt tilpasset personer med demens og deres pårørende. Dette betyr at deler av datagrunnlaget kun omfatter eldreomsorgen, og gir ikke et helhetlig bilde av praksis knyttet til for eksempel avvikshåndtering i hele kommunalområdet Helse og mestring.

På bakgrunn av innhentet data er det gjort noen endringer i revisjonskriterier som er lagt til grunn. I revisjonskriterium 9 er ordlyden justert til å bare omhandle rutiner for tildeling, kriterium 10 er utvidet til å omfatte alle former for pårørendestøtte, og kriterium 12 i revisjonskriteriedokumentet er fjernet på bakgrunn av manglende datagrunnlag.

# 2 Revisjonskriterier

På bakgrunn av problemstillingene i forvaltningsrevisjonen ble det utledet revisjonskriterier. Revisjonskriteriene danner grunnlaget for hva innsamlede data skal vurderes opp mot. For denne forvaltningsrevisjonen vektlegges anbefalingene i Helsedirektoratets *Nasjonal faglig retningslinje om demens* (2017). Retningslinjen er utformet på bakgrunn av de krav som stilles til helse- og omsorgstjenestene i lov og forskrift. Retningslinjen og revisjonskriteriene bygger på følgende lovverk, forskrifter og veiledere:

- Pasient- og brukerrettighetsloven

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)

I tillegg er følgende lover, forskrifter og veiledere lagt til grunn i utledningen:

- Kommuneloven
- Forvaltningsloven
- Internkontrollforskriften
- Plan- og bygningsloven
- Forskrift for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, Hamar kommune, Hedmark
- Helsedirektoratet (2026) Nasjonal pårørendeveileder
- Demensplan 2025
- Helsedirektoratets (2025) rundskriv om rettslige rammer for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten

Revisjonskriteriene ble sendt kommunedirektøren for gjennomsyn. Kommunedirektøren hadde i tilbakemeldingen av 13.mai 2026 ingen innvendinger knyttet til revisjonskriteriene. Fullstendig utledning av revisjonskriterier finnes i vedlegg A til rapporten.

# 3 Metode for revisjonen

Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er gjennomført i henhold til NKRF sin Standard for forvaltningsrevisjon, RSK001. Det følger av standarden at problemstillingene i prosjektet er bestemmende for valg av metode ved innsamling av data. Vi har vurdert dokumentstudier, stikkprøvekontroll, intervjuer og spørreundersøkelse som hensiktsmessige metoder for denne forvaltningsrevisjonen. Tabellen nedenfor beskriver hvilke metoder som er benyttet for å innhente data under hver problemstilling.

| Metoder som er benyttet for å svare ut de ulike problemstillingene | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Problemstilling** | Dokumentanalyse | Stikkprøvekontroll | Intervjudata | Spørreundersøkelse |
| **1** | ✓ | | ✓ | |
| **2** | ✓ | | ✓ | ✓ |
| **3** | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| **4** | ✓ | | ✓ | ✓ |

I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet kunstig intelligens som et verktøy for å støtte ulike deler av revisjonsprosessen, i hovedsak for å strukturere og visualisere enkelte data. Alle bidragene fra kunstig intelligens er kvalitetssikret og i tråd med kravene innenfor GDPR.

## 3.1 Dokumentstudier

Skriftlig dokumentasjon er en viktig kilde til informasjon om kommunens rutiner og praksis. Dokumentstudier innebærer gjennomgang og vurdering av relevant dokumentasjon opp mot fastsatte revisjonskriterier. Våren 2026 ble det foretatt en dokumentbestilling som kommunen svarte ut i to omganger, i tillegg til at kommunen er gitt anledning til å oversende dokumentasjon underveis. Sentrale dokumenter i undersøkelsen har blant annet vært planverk, rutiner og retningslinjer mm. Kommunen har i forbindelse med dokumentbestillingen også fylt ut tabeller med sentral informasjon, blant annet knyttet til antall brukere i tjenestene og antall søknader, vedtak og avslag på tjenester.

Flere sentrale dokumenter er vedtatt eller revidert i 2024, 2025 og 2026, samtidig er en del datert fra 2018 til 2022. Samlet har kommunen et styringssystem (EQS) hvor mange sentrale planer og rutiner er oppdatert de siste årene, samtidig som enkelte dokumenter innen demensområdet bygger på eldre rutiner og planer.

Dokumentasjonen som er lagt til grunn har blitt verifisert i forbindelse med kommunedirektørens uttalelse til rapporten. De dokumentene som er med å danne grunnlaget i rapporten er opplistet i referansekapittelet i rapporten.

## 3.2 Stikkprøvekontroll av enkeltvedtak

Det er gjennomført en stikkprøvekontroll av:

- 10 siste vedtak om langtidsplass i sykehjem (innvilget)
- 10 siste vedtak om plass i omsorgsbolig med heldøgnstjenester (innvilget)
- 10 vedtak/brev hvor søker er satt på venteliste for overnevnte tjenester (3 vedtak på sykehjem/ 7 ventelistebrev på omsorgsbolig med heldøgns bemanning).
- 5 vedtak om avlastningsopphold

Vedtakene ble oversendt revisjonen i forbindelse med dokumentbestillingen, hvor vi ba om et bestemt antall vedtak av nyest dato. Kommunen har også oversendt oversikt over siste samleskår i Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), samt tidspunkt for registrering for hvert av vedtakene/ventelistebrevene på langtidsplass i institusjon/bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester.

Formålet med stikkprøvekontrollen var å se etter kommunens praksis for tildeling av tjenester og bruk av venteliste er i henhold til:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forvaltningsloven
- Hamar kommune sin egen forskrift

Data fra stikkprøvekontrollen presenteres under problemstilling 3 i rapporten.

## 3.3 Intervjuer

Det ble innledningsvis gjennomført et oppstartsmøte (20. april 2026) der kommunalsjef Helse og mestring og to rådgivere innen helse- og mestring møtte fra kommunen. Formålet med møtet var å informere kommuneadministrasjonen om forvaltningsrevisjonsprosjektet, samt gi mulighet for spørsmål og innspill til undersøkelsens tema og innretning. Det ble skrevet referat fra oppstartsmøtet som i etterkant ble verifisert av møtedeltakerne.

I perioden august/september 2026 ble det gjennomført totalt **16** intervjuer med til sammen **18** personer:

- Kommunalsjef Helse og mestring
- Konstituert tjenesteleder institusjonstjenesten
- Tjenesteleder hjemmeboende
- Leder enhet for tildeling
- Prosjektleder Oppgavedeling (Rådgiver i Helseinn)
- Virksomhetsleder Demens
- Virksomhetsleder Institusjonstjenesten (Parkgården, Klukstuen og Seterløkka)
- Konstituert enhetsleder Dagaktiviteten
- Enhetsleder Sone 2
- Enhetsleder ved Klukstuen
- Enhetsleder ved Finsalsenteret
- Demenskoordinator
- To arbeidslagsledere i Sone 1 og 2
- Hovedtillitsvalgt og hovedverneombud
- Leder for Hamar Frivilligsentral
- Leder for Hamar Eldreråd

Disse er valgt ut da de har en lederrolle eller annen nøkkelrolle på området for forvaltningsrevisjonen, eller at de er sentrale samarbeidspartnere for kommunalområdet Helse og mestring. 14 av intervjuene ble gjennomført i møtelokaler i Hamar rådhus, et intervju ble gjennomført via Teams og et intervju via telefon. Det ble sendt ut en temaliste og prosjektplan før intervjuene slik at hver enkelt var noe forberedt til samtalen. Intervjuene ble gjennomført som delvis strukturerte intervjuer ved at det ble benyttet intervjuguider med forhåndsdefinerte spørsmål/tema. Intervjuformen var likevel lagt opp slik at det var mulighet til tilleggsspørsmål og til å følge opp nye relevante forhold som dukket opp underveis. Det ble skrevet referat fra intervjuene som er verifisert av de som er intervjuet. Samtykke fra eksterne aktører ble innhentet via signering av samtykkeerklæring.

## 3.4 Spørreundersøkelse

For å undersøke ansattes opplevelse av faktorer ved kommunens tjenestetilbud er det gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot ansatte innen institusjonstjenesten og tjenester til hjemmeboende. Spørreundersøkelsen er gjennomført i IT-systemet Questback i perioden 25.08.2026 – 20.09.2026. I forkant av utsendelsen ble det oversendt et kort informasjonsskriv som kontaktpersonen ble bedt om å videreformidle til ledere i organisasjonen.

Det ble sendt i alt **8** påminnelser i perioden undersøkelsen var åpen. Gjennom hele undersøkelsesperioden ble revisjonens kontaktperson holdt løpende orientert om framdrift og svarprosent. Ulike ledernivåer ble også informert i forbindelse med gjennomføring av intervjuer. I tillegg sendte vi ut e-poster til kommunalsjef og kontaktpersonen om foreløpig svarprosent 11.09.2026 og 19.09.2026, som ble videreformidlet til ledere i tjenestene.

Respondentlisten er basert på en oversikt vi har fått tilsendt fra kommunen. Spørreundersøkelsen ble i alt sendt ut til alle ansatte med fast stilling, i alt **487** respondenter. I arbeidet med frafallsanalysen har vi redusert populasjonen til **482**. Vi fikk **71** svar, noen som utgjør en svarprosent i underkant av **15**

**prosent**. Ikke alle respondenter har svart på alle spørsmålene, og svarprosenten vil derfor variere. Det totale antall respondenter for hvert spørsmål oppgis derfor som N= eller totalt antall svar opp mot totalt antall respondenter.

For å vurdere om det finnes skjevheter i besvarelsene som kan ha betydning for vår analyse er det gjennomført en frafallsanalyse. Denne kan oppsummeres i følgende tabell:

| Frafallsanalyse spørreundersøkelse | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tjenesteområde** | **Populasjon innen tjenesteområdet** | **Populasjon i tjenesteområdet av total populasjon** | **Antall svar** | **Svarprosent innen tjenesteområdet** | **Svarprosent i tjenesteområdet ift. totalt antall svar** |
| Tjenester til hjemmeboende | 161 | 33 % | 23 | 14 % | 33 % |
| Institusjonstjenesten | 321 | 66% | 47 | 15 % | 67 % |
| Totalt | 482 | 99 % | 70 | 15 % | 100 % |

I frafallsanalysen sorteres respondentene innen tjenesteområdene *tjenester til hjemmeboende* og *institusjonstjenesten*. Vi har sammenlignet antall ansatte i hvert av tjenesteområdene med antall respondenter i undersøkelsen, og i frafallsanalysen regnet ut svarprosent innenfor hvert tjenesteområde. Respondenter som har svart at de jobber innen hjemmebaserte tjenester eller dagaktivitetstilbudet utgjør svarprosenten i tjenester til hjemmeboende. Respondenter som har svart at de jobber i sykehjem/institusjon eller omsorgsbolig utgjør svarprosenten i institusjonstjenesten.

Frafallsanalysen viser at den totale svarprosenten innen begge tjenesteområdene er lave med forholdsvis 14 og 15 prosent. Samtidig er respondentene jevnt fordelt når man ser svarprosenten i totalt antall svar i tjenesteområdet opp mot populasjonen i tjenesteområdet av total populasjon. Innen tjenester til hjemmeboende utgjør populasjonen i tjenesteområdet 33 prosent av den totale populasjonen på 482 respondenter og utgjør 33 prosent av respondentene i forhold til totalt antall svar. Institusjonstjenesten er prosentene forholdsvis 66 prosent av total populasjon og 67 prosent av totalt antall svar. Vår vurdering er at tross lav svarprosent totalt, er begge tjenesteområdene jevnt representert i undersøkelsen.

Innen de ulike stillingskategoriene er 36 av 69 respondenter (52 prosent) sykepleiere/vernepleier eller sykepleier med spesial- eller videreutdanning. Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider/assistenter (2. og 3. års student) og fagarbeider med fagskoleutdanning utgjør 26 av 69 respondenter (38 prosent). Resterende 7 av 69 respondenter (10 prosent) er fordelt på kategoriene ergoterapeut/fysioterapeut/arbeidslagsleder eller annet.

90 prosent av respondentene har jobbet i eldreomsorgen i Hamar i mer enn tre år, og resterende i under ett år eller i ett til tre år. Dette betyr at flertallet av respondentene har flere år med erfaring, som vi anser som en styrke i undersøkelsen. På samme tid kan overrepresentasjonen av de som har jobbet i mer enn tre år bidra til at undersøkelsen i liten grad dekker nyansattes erfaringer.

Samlet sett mener vi at svar fra 71 ansatte kan gi et grunnlag for å identifisere overordnede mønstre, men at data fra spørreundersøkelsen, på grunn av den lave svarprosenten, bør tas med forbehold og sees i lys av annen innsamlet data.

## 3.5 Vurdering av reliabilitet og validitet

I henhold til standarden skal revisor innhente data i tilstrekkelig omfang til å kunne besvare prosjektets problemstillinger og å gjøre velbegrunnede vurderinger. Vi har derfor etterstrebet å benytte oss av metodetriangulering for å styrke rapportens reliabilitet og validitet, dette vil si å innhente data om samme forhold gjennom flere ulike metoder.

Pålitelige data, eller det å sikre **reliabilitet**, ivaretas ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data, og innebærer at vi kan stole på at informasjonen er korrekt. Undersøkelser, målinger eller kartlegginger vil alltid inneholde risiko for feil. Det å innhente informasjon om samme forhold fra flere kilder er en teknikk for å øke påliteligheten (reliabiliteten). Kravet til gyldighet, eller **validitet**, innebærer at de dataene som samles inn skal være relevant for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Eksempelvis må revisor vurdere om han eller hun har snakket med de riktige informantene, stilt de riktige spørsmålene og innhentet riktige dokumenter.

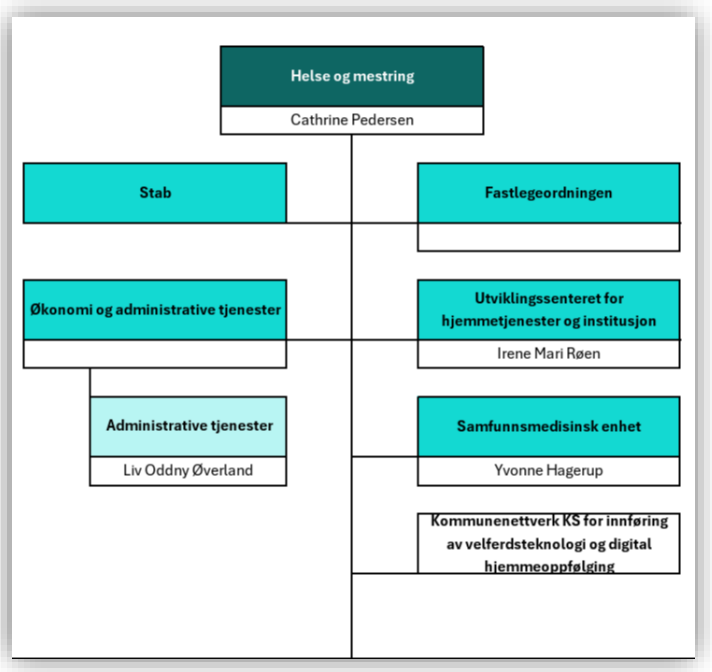
For å sikre relabilitet har revisjonen gjort metodiske vurderinger ved valg av metoder, samt i utforming av spørsmål i intervjuer og spørreundersøkelsen. Intervjuer i kombinasjon med dokumentanalyse, stikkprøvekontroll og spørreundersøkelse kan gi oss anledning til å bekrefte eller avkrefte funn gjennom metodetriangulering. Gjennom intervjuer har revisjonen også fått inntrykk av hvorvidt de ulike dokumentene ligger til grunn for kommunens praksis.

Det er et bevisst valg å intervjue representanter fra ulike ansvarsområder som innehar ulike posisjoner og roller. Ulike posisjoner og roller kan bidra til ulik informasjon om temaet og intervjuene bidrar med informasjon som ikke kan innhentes på andre måter. Referater er korrigert i henhold til informantenes tilbakemeldinger og blitt verifisert av informantene. Dette mener vi sikrer at intervjudata i tilstrekkelig grad reflekterer informantenes perspektiv. Informantene har også fått anledning til å besvare oppfølgingsspørsmål direkte i referatet. Pålitelighet er også sikret gjennom at flere informanter har besvart de samme spørsmålene, som bidrar til å avkrefte eller bekrefte om informantene har lik oppfattelse av situasjonen. Data fra intervjuene er i tillegg vurdert opp mot data hentet fra dokumentene fra dokumentbestillingen, stikkprøvekontrollen og spørreundersøkelsen.

Som beskrevet over er det lav svarprosent i spørreundersøkelsen til de ansatte, som bidrar til at denne dataen behandles med forsiktighet i rapporten. For å luke ut skjevheter eller feilinformasjon er dataen sett opp mot innhentet data fra dokumenter og intervjuer. I analysen av respondentdata er spørsmålene krysstabulert med tjenesteområdet ansatte jobber innenfor, for å undersøke om det er forskjeller mellom ansatte i tjenester til hjemmeboende og institusjonstjenesten sine erfaringer. I rapporten beskrives dette der det er relevant. Det er et relativt høyt antall (40 av 71 respondenter) som har besvart åpne spørsmål, hvor svarene i stor grad viser til de samme strukturelle og organisatoriske faktorene.

Samlet sett mener revisjonen at de dataene denne rapporten bygger på er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

# 4 Organisering av kommunalområdet Helse og mestring




*Kilde: Organisasjonskart Helse og mestring, Hamar kommune 2026*

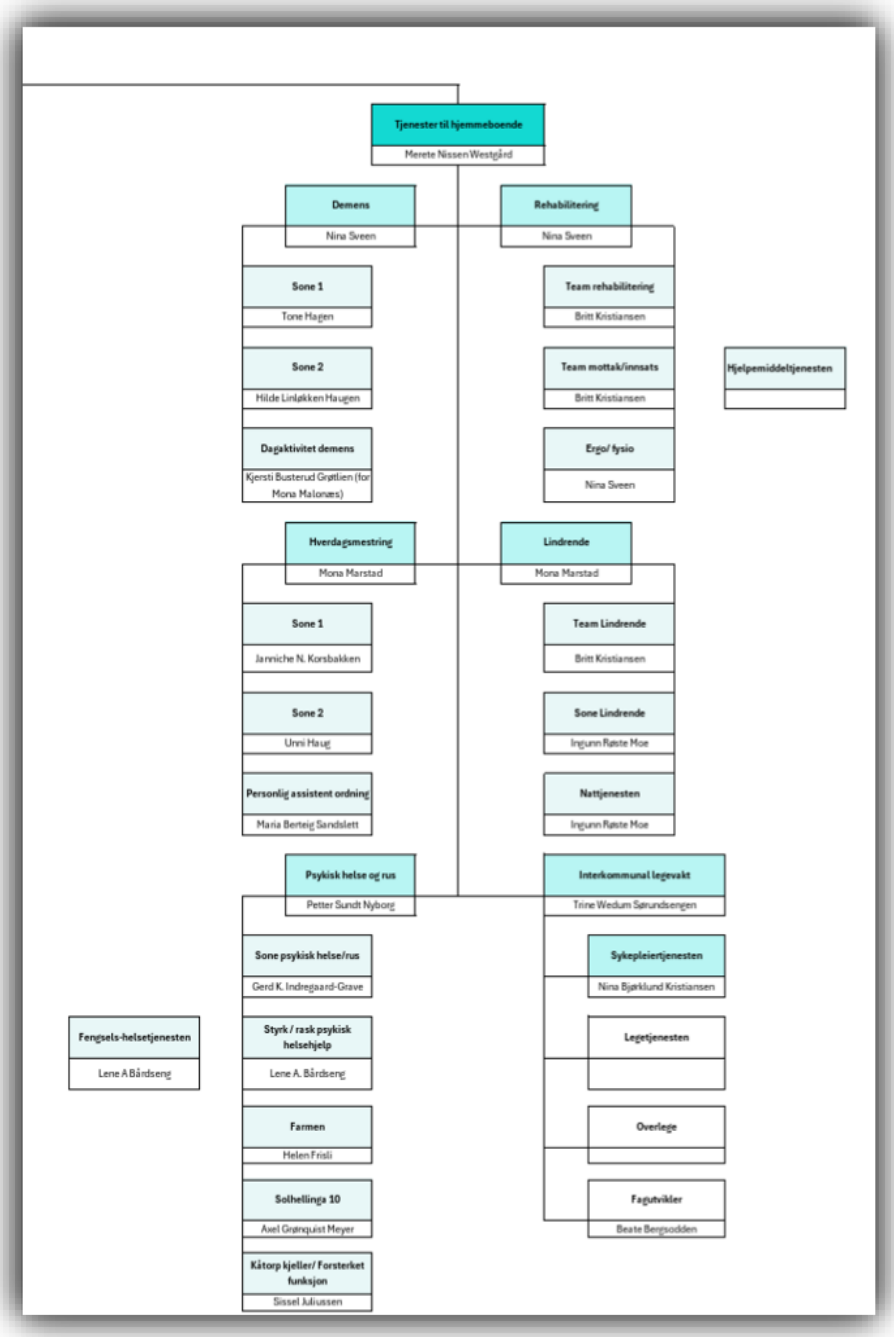
Organisasjonskart for kommunalområdet Helse og mestring viser at tjenestene i kommunalområde Helse og mestring er inndelt i tre tjenesteområder og en enhet; Institusjonstjenesten, Tjenesten for funksjonshemmede, Tjenester til hjemmeboende og Enhet for tildeling. Personal-, økonomi- og fagansvar i tjenesteområdene er inndelt i fire ledernivåer. Tjenesteledere har personal-, økonomi- og fagansvar for tjenesteområdets virksomhetsledere, og inngår i kommunalsjefens ledergruppe. Virksomhetslederne har driftsansvar for virksomheten og personal-, økonomi- og fagansvar for enhetsledere i virksomheten. Enhetslederne personal-, økonomi- og fagansvar for de ansatte i sine enheter.

Oversikten nedenfor viser antall årsverk i utvalgte tjenester per mai 2026.

| Oversikt over antall årsverk i tjenester til hjemmeboende og institusjonstjenesten | |
|---|---|
| **Tjenesteområde** | **Antall årsverk** |
| Hjemmebaserte tjenester inkl. dagsenter | **293** |
| Institusjonstjenesten/sykehjem totalt (Presterudsenteret, Finsalsenteret, Parkgården og Klukstuen) | **241** |
| Omsorgsboliger med heldøgnstjenester (HDO) totalt (Seterløkka, Klukstuen, Kåtorp, Kløverenga) | **61,1** |
| Demensteam | **1,4** |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

## 4.1 Tjenester til hjemmeboende




*Kilde: Organisasjonskart Helse og mestring, Hamar kommune 2026*

Leder for tjenester til hjemmeboende har ansvar for alle oppgaver i denne enheten. Dette inkluderer hjemmesykepleie, rus og psykisk helse (dvs. polikliniske tjenester, omsorgsboliger for personer i aktiv rus og omsorgsboliger for personer med alvorlige psykiske lidelser og fengselshelsetjenesten), kommunens demensteam og hjelpemiddeltjenesten. Som leder for tjenesteområdet har tjenestelederen også personalansvar for deler av overordnet stab og støttefunksjoner, dvs. e-helse team. Dagaktiviteten for personer med demens og dagsenteret på Presterud inngår også i tjenesteområde, samt den interkommunale legevakten.

Hjemmetjenesten, som en del av tjenester til hjemmeboende ble omorganisert i 2019. Tjenesten gikk fra å være linjeorganisert til en matriseorganisering[1] med fagsøyler i demensomsorg, psykisk helse og rus og hverdagsmestring. Matrisens støttefunksjoner består av blant annet av tverrfaglig team for mottak/innsats og lindrende omsorg. Teamene arbeider på tvers av enhetene. Ansvaret for tjenestene er videre delegert fire virksomhetsledere, som alle inngår i tjenesteområdets ledergruppe. Disse er virksomhetsleder for legevakt, virksomhetsleder for psykisk helse og rus, virksomhetsleder for hverdagsmestring, lindrende enhet og personlig assistent ordning (BPA), og virksomhetsleder for rehabilitering og demens. Sistnevnte har ansvar for tverrfaglig innsatsteam, dagaktivitetstilbudene og hjelpemiddeltjenesten.

Organisasjonskartet på forrige side viser at kommunen har samlet enhetene rettet mot personer med demens i virksomhetsområdet Demens. Sone 1 og 2 utfører hjemmesykepleie og er geografisk organisert. Sonene består til sammen av 42,3 årsverk[2] fordelt på enhetsledere, arbeidslagsledere, sykepleiere og fagarbeidere. På Dagaktivitet er det 24 plasser, hvor deltakerne fordeles i tre grupper med 6-8 deltakere. Tilbudet er åpent hver dag. Kommunen har også tilbud om ambulant oppfølging hvor brukere kan få dagaktivitetstilbud i eget hjem. Ambulant tilbud utføres av ansatte i Dagaktiviteten. Per september 2026 er det to personer som har ambulerende tilbud. Demensteamet inngår også i virksomhetsområdet Demens.

Oversikten nedenfor viser at det var totalt 132 personer med demens per 22. mai 2026 som mottok hjemmesykepleie. 6 av personene var under 67 år. Oversikten viser videre at personer med demens også har vedtak på hverdagsrehabilitering[3] (4 personer), trygghetsalarm (51 personer), fysioterapi- eller ergoterapitjenester (39 personer), dagaktivitetstilbud (32 personer), og totalt 16 hadde vedtak om ulike former for korttidsopphold.

| Antall personer med demens som har vedtak på følgende tjenester per 22. mai 2026 | | |
|---|---|---|
| | **Under 67 år** | **Over 67 år** |
| Hjemmesykepleie | 6 | 128 |
| Praktisk bistand/hjemmehjelp | 0 | 26 |
| Hverdagsrehabilitering | 0 | 4 |
| Trygghetsalarm | 2 | 49 |
| Fysiotjenester | 1 | 10 |
| Ergotjenester | 1 | 27 |
| Dagaktivitetstilbud til personer med demens | 4 | 28 |
| Korttidsopphold-avlastning | 0 | 6 |
| Korttidsopphold-rehabilitering | 0 | 0 |
| Andre typer korttidsopphold | 2 | 8 |

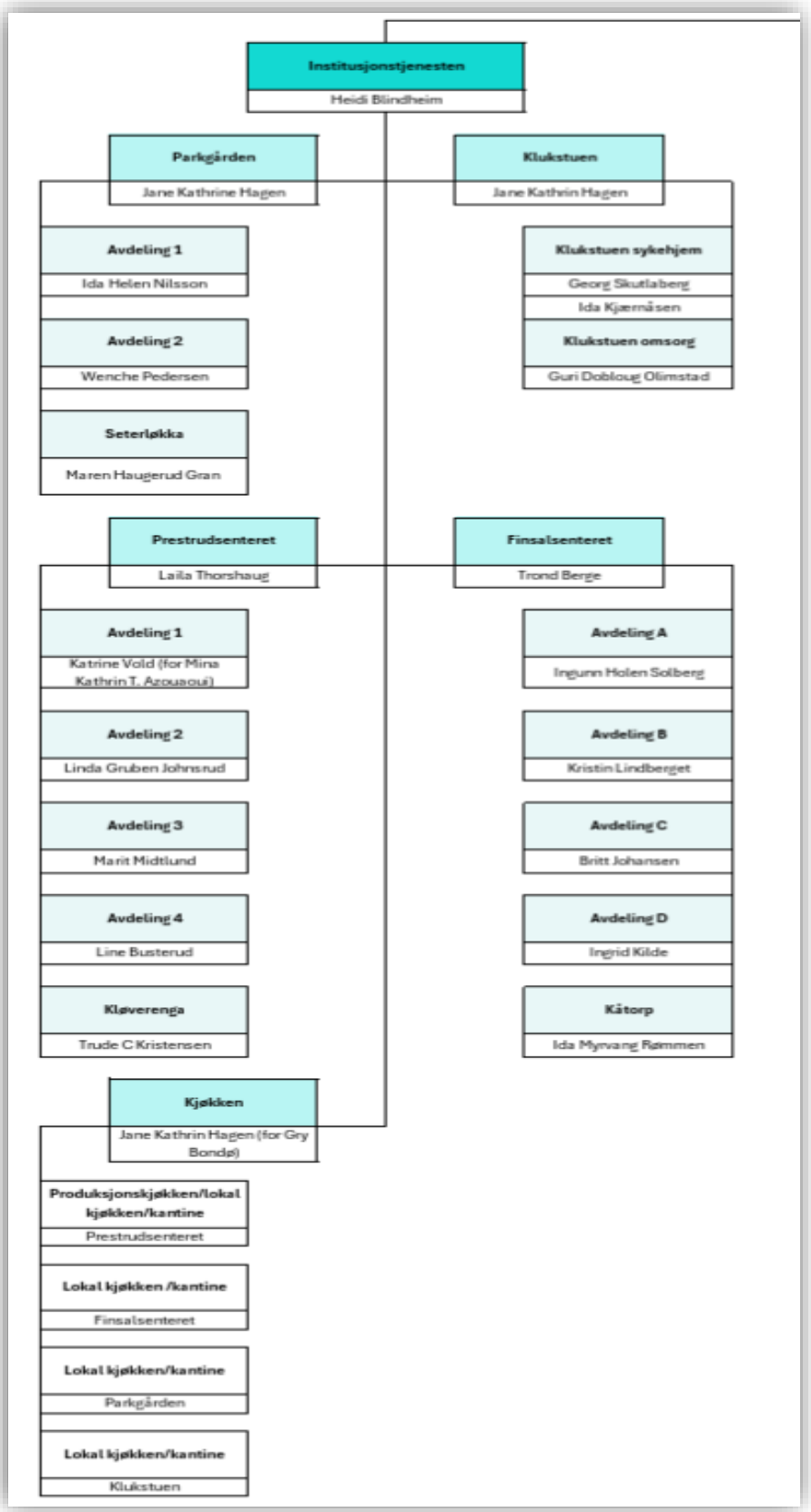
*Kilde: Hamar kommune, 2026.*

[1] Matriseorganisering i helse- og omsorgstjenestene er en organisasjonsform der ansatte rapporterer til mer enn én leder. I motsetning til en tradisjonell linjeorganisasjon (hvor du kun har én overordnet), krysser man her to ulike strukturer – som oftest fag/profesjon på den ene aksen, og avdeling/prosjekt/pasientforløp på den andre

[2] Sone 1 består av 21,1 årsverk og sone 2 av 21,2 årsverk

[3] Tverrfaglig team som gir personer med funksjonsfall rehabilitering i eget hjem og nærmiljø.

## 4.2 Institusjonstjenesten




*Kilde: Organisasjonskart Helse og mestring, Hamar kommune 2026*

Tjenesteleder for institusjonstjenesten har overordnet ansvar for alle institusjoner (sykehjem) og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. I undersøkelsesperioden hadde tjenesteområdet tre virksomhetsledere (se organisasjonskart på forrige side). Kommunen jobber høsten 2026 med en omorganisering som vil medføre at ansvarsområder som i dag ledes av tre virksomhetsledere skal samles under to. Den ene virksomhetslederen vil få ansvaret for korttidsavdelinger, heldøgnsbemannede omsorgsboliger og kjøkken. Den andre virksomhetslederen vil få ansvaret for alle langtidsavdelinger. Organiseringen skal sikre bedre samordning på tvers av virksomhetsområdene innen institusjonstjenesten. Det opprettes samtidig en funksjon som skal ivareta andre oppgaver tjenestelederne har pr i dag, som ikke omhandler drift av enheter.

Kommunen har fire heldøgnsbemannede omsorgsboliger, hvorav to er tilrettelagt for beboere med demens (se tabell). Kommunen har også fire avdelinger fordelt på tre sykehjem med til sammen 109 langtidsplasser tilpasset personer med demens:

| Oversikt over omsorgsboliger HDO og institusjonsplasser tilpasset personer med demens | |
|---|---|
| **Klukstuen omsorg** | 30 omsorgsboliger |
| **Seterløkka** | 32 omsorgsboliger |
| **Avdeling 3 Presterudsenteret** | 24 langtidsplasser |
| **Klukstuen sykehjem** | 29 langtidsplasser og 1 akuttplass/korttidsplass |
| **Finsalsenteret Avdeling C** | 28 langtidsplasser |
| **Finsalsenteret Avdeling D** | 28 langtidsplasser |

*Kilde: Hamar kommune, 2026.*

Avdeling 3 Presterudsenteret er ordinær langtidsavdeling. Klukstuen sykehjem er inndelt i fire hus med fire forskjellige fagområder innen demens. Hus E er en styrket skjermet enhet, Hus B er for yngre personer med demens, hus C og F er for personer med langtkomment demens. På Klukstuen regnes hus B, C, E og F som institusjoner, i tillegg er det 30 omsorgsboliger (leiligheter) på Klukstuen. På Finsalsenteret er det to avdelinger hvorav en er ordinær langtidsavdeling. Avdeling D består i utgangspunktet av 28 institusjonsplasser for personer med demens, hvor 14 er ordinære rom og 14 er utformet som leiligheter på 45 kvm. Siden leilighetene tidligere ble benyttet som omsorgsboliger, er det per i dag tre gjenboende i leilighetene som har vedtak om omsorgsbolig med heldøgnsbemanning. Det er i tillegg en beboer som får én-til-én- oppfølging utenfor ordinær tjeneste. Personer med demens/kognitiv svikt kan også tildeles plass i andre institusjoner og omsorgsboliger, f.eks ved endring av somatiske behov.

Kommunens oversikt over antall personer med demens viser at 50 personer per 22. mai 2026 hadde vedtak om plass i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, og 8 personer i omsorgsbolig uten heldøgnsbemanning. Totalt 123 personer hadde langtidsplass i institusjon. 5 personer var under 67 år.

| Antall personer med demens som har vedtak på følgende tjenester per 22. mai 2026 | | |
|---|---|---|
| | **Under 67 år** | **Over 67 år** |
| Omsorgsbolig m. heldøgnsbemanning | 1 | 34 |
| Omsorgsbolig uten heldøgnsbemanning | 0 | 8 |
| Langtidsopphold sykehjem | 4 | 119 |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

## 4.3 Tildeling av helse- og omsorgstjenester

Ansvaret for tildeling av helse- og omsorgstjenestene til personer med demens og deres pårørende er fordelt mellom tildelingsenheten, enhetsledere, tjenestekoordinatorer og arbeidslagsledere.[4] Tildelingsenheten har ansvar for tildeling av blant annet omsorgsstønad, individuell plan (IP), koordinator, langtidsplasser, omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, dagsenter og dagopphold. Enhetsledere og tjenestekoordinatorer har ansvar for enkelte vedtak om endring eller opphør av tjenester, samt ulike oppholds- og institusjonsvedtak. Hjemmetjenesten, ved enhetsleder og tjenestekoordinator, har ansvar for tildeling av blant annet hjemmesykepleie, hjemmehjelp, velferdsteknologi, trygghetsalarm, matombringing og enkelte korttids- og avlastningstilbud.

Kommunen har oversendt egenevalueringen *Evaluering av endret organisering av saksbehandling av helse- og omsorgstjenester – iverksatt 2019*, som konkluderer med at dagens modell ikke er optimal når det gjelder kompetanse, ressurser og organisering. Det pekes blant annet på få saksbehandlere og kapasitetsutfordringer i tildelingsenheten, manglende systematisk opplæring og lav saksbehandlingskompetanse i enhetene. Videre fremgår det at saksbehandling er nedprioritert, noe som reduserer omfanget av revurderinger av tjenester.

Kommunalsjefen har i intervju forklart at kommunen har gjennomgått organiseringen av tildeling av helse- og omsorgstjenester. Gjennom arbeidet er det identifisert behov for å styrke og profesjonalisere tildelingsfunksjonen, blant annet for å sikre mer enhetlig praksis, systematisk oppfølging av vedtak og bedre kvalitet i dokumentasjonen. I dag fattes vedtak og vurderinger på flere nivåer i organisasjonen, og kommunen har derfor vedtatt å etablere et felles tildelingskontor fra våren 2027. Formålet er å bidra til mer helhetlige pasientforløp, likebehandling og bedre koordinering på tvers av tjenestene. Det pågår samtidig et arbeid med å avklare organisering, oppgavefordeling og bemanning i det nye tildelingskontoret, og det vil bli rekruttert ny leder for funksjonen.

Kommunen har også igangsatt et omfattende arbeid knyttet til innføring av ny elektronisk pasientjournal (EPJ), hvor kommunen i 2027 skal gå over fra Gerica til Aidn. Innføringen av ny elektronisk pasientjournal (Aidn) vil innebære en harmonisering av rutiner og arbeidsprosesser på tvers av tjenestene. Bakgrunnen er at kommunen i dag har flere lokale og delvis overlappende prosedyrer og rutiner. Målet er en mer enhetlig praksis, bedre kvalitet i dokumentasjonen og økt bruk av klart språk. Arbeidet skal også bidra til mer konsistent dokumentasjon og bedre samhandling på tvers av tjenester og fagområder.

[4] Beskrevet i prosedyren *Ansvar- og oppgavefordeling for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester* (datert 11.05.2026).

# Definisjoner/forklaringer

| Begrep/forkortelse | Definisjon/forklaring |
|---|---|
| **IPLOS** | Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk er et nasjonalt, obligatorisk register og system for registrering av data om personer som søker eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. |
| **Individuell plan (IP)** | Individuell plan er både et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Kilde: Helsedirektoratet |
| **Pårørende** | Pårørende er den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Pårørende kan være ektefelle/samboer, søsken, egne barn, nære venner eller andre som har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren. |
| **TID** | Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens er verktøy for systematisk utredning og behandling av utfordrende atferd ved demens. |
| **APSD** | Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. APSD er vanlig og omfatter mange ulike symptomer med ulike årsaker. APSD kan inndeles i fire hovedtyper. **Atferdssymptomer,** slik som aggresjon, agitasjon/uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd. **Psykotiske symptomer,** det vil si hallusinasjoner og vrangforestillinger. **Affektive symptomer**, slik som depresjon/dysfori, angst, oppstemthet/eufori og apati (apati kan forekomme uten at det er et affektivt symptom). **Vegetative symptomer**, slik som endringer i appetitt og søvn. |
| **Langtidsopphold** | Langtidsopphold er et tilbud til personer som trenger oppfølging og tilsyn hele døgnet over en lengre periode. Det er ingen begrensning på hvor lenge et langtidsopphold varer |
| **Korttidsopphold** | Korttidsopphold er tilpasset personer som trenger rehabilitering, opptrening eller behandling. Lengden på oppholdet varierer fra noen dager til flere uker, men målet er at personen fortsatt skal kunne bo hjemme. Korttidsopphold kan også fungere som en avlastning for pårørende. |
| **Forsterket skjermet enhet/avdeling** | Er en spesialisert boenhet på et sykehjem for personer med demens som har store utfordringer med sterk uro, utagering eller APSD. Personalet har ofte spesialisert kompetanse og pasienter kan få en-til-en oppfølging. |

# 5 Problemstilling 1 – Planlegging, dimensjonering og tjenesteutvikling

***Hvordan ivaretar Hamar kommune planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende?***

## 5.1 Revisjonskriterier for problemstilling 1

Punktene under er en oversikt over de kriteriene vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se vedlegg A. Tabellen er interaktiv, og leseren kan gå rett til den enkelte vurdering ved å trykke på det enkelte kriterier. Vurderingene er knyttet til de data som er samlet inn og som blir gjengitt i kapitlene nedenfor.

| | | |
|---|---|---|
| | Kriterium 1 | Kommunen skal utarbeide en planstrategi som beskriver og drøfter samfunnsutvikling og det boligsosiale behovet i lys av befolkningsutviklingen og kapasitetsbehovene knyttet til personer med demens og deres pårørende. |
| | Kriterium 2 | Kommunedelplaner som omfatter tjenester innen demensomsorg, skal ha en handlingsdel for oppfølging de neste fire årene. |
| | Kriterium 3 | Kommunen skal ha systemer og rutiner for å involvere pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner på tjeneste- og systemnivå. |
| | Kriterium 4 | Kommunen bør ha etablerte samarbeidsavtaler med frivillige som leverer tjenester til pasienter, bruker og pårørende i brukergruppen. |

## 5.2 Innhentet data: Overordnet planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet

Datagrunnlaget som presenteres beskriver kommunens planlegging og dimensjonering av tjenestene til personer med demens og deres pårørende. Det vektlegges hvordan demografiske utviklingstrekk og økt behov for tjenester ivaretas i kommunens planstrategi, samfunnsplan og kommunedelplaner. Videre beskrives det hvordan brukerorganisasjoner blir involvert i plan- og strategiarbeidet, samt kommunens pågående og planlagte samarbeid med frivilligheten.

Sentrale dokumenter i denne sammenheng er Hamar kommune sin:

- Planstrategi for 2024-2027 (vedtatt i kommunestyret 25. september 2024)
- Kommuneplanens samfunnsdel (vedtatt i kommunestyret 17. desember 2025)
- Økonomi- og handlingsplan 2026-2030 (sist endret 16.12.2025)
- Kommunedelplan for helse og mestring 2018-2030 (vedtatt i kommunestyret 20.06.2018)
- Kommunedelplan for byutvikling 2023-2025 (vedtatt i kommunestyret 20.09.2023)
- Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar kommune 2024 (datert 17.01.2024)

### 5.2.1 Kommunens planstrategi 2024-2027 (Kriterium 1)

Hamar kommune sin Kommunale planstrategi 2024-2027 ble vedtatt av kommunestyret 25. september 2024. Det oppgis at kunnskapsgrunnlaget til planstrategien bygger dokumentene *Utfordringer og muligheter i Hamar kommune 2024* utarbeidet av Østlandsforskning og *Oversikt over folkehelsen 2023*,

*kunnskapsgrunnlag* (behandlet i kommunestyre 21.02.2024). Under *Befolkningsframskrivinger*[5] beskrives det at antall personer 80-89 år i Hamar forventes å øke med ca. 600 personer i 2025-2030. Det beskrives en liten forventet nedgang i antall innbyggere over 90 år i Hamar fram til 2030, mens man på landsbasis vil ha en vekst. I perioden 2030-2040 beskrives det at *man være forberedt på en betydelig vekst (ca. 90 %) i denne aldersgruppa.* Antall personer over 90 år i Hamar forventes å øke fra ca. 350 til ca. 680 personer i denne perioden.

Under *Befolkningssammensetning*[6] beskrives det at Hamar kommune har en eldre befolkning enn gjennomsnittet for landet med betydelig overvekt av personer i alderen 60 til 80 år. Det oppgis at framskrivninger varsler økning i alle eldre aldersgrupper, med en fordobling i *antall* innbyggere som er 80 år eller eldre før 2045, og at *andelen* eldre i befolkningen vil øke betraktelig. Aldersbæreevnen[7] vil gå fra 3,2 personer i arbeidsdyktig alder i 2023 til 2,9 i 2050. Det presiseres at aldersbæreevnen vil kunne utfordre prioriteringer, fordeling av tjenester som grunnleggende verdier for det godt samfunn og for folkehelsen. Det vektlegges at det er viktig å se hvordan samfunnet og den enkelte kan tenke nytt og legge til rette for at flest mulig skal oppleve flere funksjonsfriske leveår, og sikre bærekraftig velferdsutvikling i årene som kommer.

Under *Flere eldre, derav flere med helseutfordringer*[8] beskrives det at til tross for at eldre som gruppe har bedre helse og flere ressurser enn tidligere, vil blant annet antall eldre med *demens* øke betydelig fordi det blir mange flere eldre. Det tydeliggjøres at det helsefremmende og forebyggende arbeidet innrettet mot eldre må styrkes. Dette handler om aktivitet, sosialt liv og fellesskap, om mestring og digital kompetanse, og om bosituasjonen for å klare seg lengst mulig hjemme.

Kommunal planstrategi 2024-2027 beskriver under *Prioriterte planoppgaver* at kommunens tre politiske utvalg gjennomgikk og vurderte kommunens planverk våren 2024 og anbefalte at samfunnsdelen revideres.

#### *5.2.1.1 Kommuneplanens samfunnsdel og Handlings- og økonomiplan 2026-2030*

Kommuneplanens samfunnsdel ble vedtatt av kommunestyret i Hamar kommune 17. desember 2025. Samfunnsdelen inneholder tre satsingsområder og tre hovedmål frem mot 2049. I planen oppgis det at satsingsområdene viser strategiske veivalg for å videreutvikle hamarsamfunnets attraktivitet, mens hovedmålene viser hvordan Hamar vil løse felles sentrale samfunnsutfordringer.

Under samfunnsplanens hovedmål 1 *Gode liv – god velferd*, beskrives det under kapittelet *Hvor er vi i dag?* at antall personer over 80 år og eldre forventes å øke fra frem mot 2035. I planen beskrives det at 47 prosent av brukerne i hjemmetjenesten er i alderen 0-66 år, og 63 prosent av beboere i kommunens institusjoner er 80 år eller eldre.

Planen inneholder en beskrivelse av hvordan kommunen skal nå målene innen 2049. Dette inkluderer blant annet å mobilisere hamarsamfunnets ressurser til samarbeid om helsefremmende og forebyggende arbeid, samt finne gode, lokale løsninger for å fremme likebehandling og god inkludering i lo-

[5] *Utfordringer og muligheter i Hamar kommune 2024*
[6] *Oversikt over folkehelsen 2023* kapittel 3
[7] Aldersbæreevnen vil si forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen.
[8] *Oversikt over folkehelsen 2023*

kalsamfunnet. Kommunen planlegger også for å legge til rette for at en større andel av boliger og boformer er tilpasset eldre, og utvikle helsetjenestene gjennom samhandling og ved å ta i bruk ny kunnskap og teknologi.

Det oppgis at føringene i kommuneplanen konkretiseres i delplaner og at Handlings- og økonomiplan 2026-2030 utgjør kommuneplanens formelle handlingsdel. I kapittel *Omstilling for gode velferdstjenester* i handlings- og økonomiplanen beskrives det at Hamar deltar i utvikling av ny velferdsmodell med mål om å blant annet øke omsorgskapasiteten med 10 prosent, redusere utenforskap og etablere innbyggerbasert fellesskap som reduserer behovet for tjenester. Det beskrives videre at det jobbes med helhetlige pasientforløp og smartere tjenesteorganisering

Kommunalsjef helse og mestring har forklart at kommunen i den nye velferdsmodellen arbeider med sju ulike innsatsområder som skal bidra til bærekraftige helse- og omsorgstjenester.[9] Helsehus-satsingen retter seg mot utvikling av mer helhetlige og sammenhengende tjenester gjennom bedre samhandling mellom kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Samtidig arbeides det med kvalitetsutvikling og nye samarbeidsformer på tvers av tjenestene, blant annet gjennom styrket fagutvikling, bedre pasientflyt, felles prosedyrer og mer målrettet organisering av tjenestene.

Kommunen arbeider også med å utvikle arbeidstidsordninger som skal sikre bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse, styrke heltidskulturen og bidra til tilstrekkelig bemanning og kompetansedekning over tid. Bolig utgjør et eget innsatsområde i velferdsmodellen. Målet er å legge til rette for at flere kan bo trygt hjemme lengst mulig gjennom veiledning, tilrettelegging og bruk av aktuelle støtteordninger. Arbeidet krever samarbeid på tvers av tjenester og er politisk forankret. Et sentralt element i velferdsmodellen er også å mobilisere innbyggernes egne ressurser og styrke samspillet mellom kommunen, frivilligheten, lag og foreninger samt nærmiljøene. Gjennom utvikling av nettverk, møteplasser og aktiviteter skal kommunen bidra til økt mestring, redusert ensomhet og at flere kan bo hjemme lenger.

Oppgavedeling er et av innsatsområdene i den nye velferdsmodellen og omfatter samarbeid med frivilligheten, arbeidsinkludering, pårørende og nærnettverk, samt en mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver i tjenestene. Den digitale plattformen Nyby brukes for å koble sammen personer med behov for bistand og aktører som kan bidra. Som en del av prosjektet samarbeider kommunen med Nav og Ung Innsats om arbeidsinkludering av ungdom utenfor skole og arbeid. Gjennom pilotprosjekter utfører ungdommer praktiske oppgaver i helse- og omsorgstjenestene, slik at helsepersonell kan bruke mer tid på pasientnære oppgaver.

Handlings- og økonomiplan 2026-2030 inneholder et eget avsnitt om *Styrket demensomsorg*.

> Med bakgrunn i økende antall personer med demensdiagnose og atferdsutfordringer, skal kapasiteten på forsterkede plasser styrkes. I dag fordeles brukere jevnt for å spre belastningen, noe som gir utfordringer knyttet til bemanning og skjermingsmuligheter. Driften ved avdeling C på Finsal skal endres fra ordinær demensavdeling til en forsterket enhet. Tiltaket vil gi bedre faglig tilrettelegging og mer målrettet ressursbruk. Det blir også tiltak knyttet til hensiktsmessig organisering av sykehjemstilbud til beboer med rustfordringer.

[9] Se vedlegg B for mer detaljert beskrivelse

Innenfor tjenesten til hjemmeboende beskriver planen at det arbeides med å tilby tjenester der brukeren er, framfor å flytte brukere til tjenesten. Kommunen oppgir at det utprøves en modell hvor hjemmetjenesten drifter deler av korttidsplassene. Arbeidet med piloteringen vil starte i Q1 2026. Målet for piloteringen er en mer fleksibel rullering av korttidsplassene og å hente ut gevinst ved reduksjon i betalingsdøgn på sykehuset.

**Data fra intervju**

Kommunalsjef Helse og mestring utdypet i intervju at arbeidet med den nye velferdsmodellen tar utgangspunkt i at den forventede veksten i antall eldre ikke kan møtes gjennom en lineær økning i tradisjonelle sykehjemsplasser eller ved å basere framtidens tjenestetilbud på tilgang til stadig flere ansatte. Kommunalsjefen viste til at befolkningsframskrivingene peker på en betydelig endring i forholdet mellom antall yrkesaktive og antall eldre i årene som kommer. Dette gjør det nødvendig å tenke nytt om hvordan helse- og omsorgstjenester planlegges, organiseres og leveres. I denne sammenhengen understreket kommunalsjefen at god demensomsorg og gode tjenester til eldre ikke bare handler om dimensjonering av institusjonskapasitet, men også om forebygging, mestring, velferdsteknologi, styrking av lokalsamfunnets ressurser og tjenester som gjør det mulig for flere å bo hjemme lengst mulig. Kommunens velferdsmodell er et svar på denne utviklingen og har som mål å transformere måten tjenestene organiseres på, slik at kommunen også i framtiden kan tilby forsvarlige og bærekraftige tjenester, ifølge kommunalsjefen.

Kommunalsjefen opplyste at Hamar kommune er fullverdig medlem i Kommunealliansen for Morgendagens velferdssamfunn[10]. Gjennom deltakelsen har kommunen forpliktet seg både strategisk og økonomisk til å utvikle og realisere en oppgavebasert velferdsmodell som svar på de demografiske og kompetansemessige utfordringene som vil prege framtidens velferdstjenester. Som del av dette arbeidet rigger kommunen organisasjonen med dedikerte ressurser og fagekspertise for å kunne delta aktivt i utviklingsarbeidet. Kommunalsjefen viste til at kommunedirektørens forslag til handlings- og økonomiprogram for de neste fire årene innebærer en styrking av helse- og mestringsområdet. Dette gir ifølge kommunalsjefen et realistisk grunnlag for å håndtere den forventede veksten i tjenestebehovet.

Prosjektleder Oppgavedeling forklarte at prosjektet på Seterløkka omsorgsbolig ble evaluert før sommeren 2026 og alle ungdommene og ansatte var veldig fornøyde. Flere av ungdommene har nå kommet seg ut i jobb. Pilotprosjektet har høstet gode resultater og er nå godt integrert i omsorgsboligen. Ansatte melder tilbake om at det merkes godt i de tilfellene ingen kan ta på seg oppdragene, og ungdommene ved Seterløkka har gitt tilbakemelding på at de ønsker flere oppgaver. Siden ungdommene lønnes innenfor omsorgsboligens budsjett, må antallet oppdrag tilpasses økonomien der og dette begrenser muligheten for å øke antallet oppdrag per dags dato, forklarte prosjektlederen. Prosjektet skal nå videreføres til to avdelinger på Presterudsenteret.

Prosjektlederen berømmer kommunalsjef helse og mestring som lar de få teste dette innen rammene de har. Prosjektet kunne fått mer fart hvis tjenestene hadde fått mer ressurser, men samtidig er det viktig at dette gjøres innenfor rammene som er for å sikre bærekraftige tilbud. Dette medfører at det

[10] Etablert i 2025 av Lillestrøm, Nordre Follo, Bydel St. Hanshaugen og teknologiselskapet Nyby. Følges av over 30 kommuner og seks bydeler i Oslo.

går litt saktere enn det kunne, siden kommunen planlegger for at dette skal inngå i ordinær drift. Prosjektlederen viste til lignende tilbud i andre kommuner som har dødd ut når prosjektmidlene har tatt slutt, og trodde Hamar kommune sin løsning er mer hensiktsmessig på sikt.

### 5.2.2 Kommunedelplaner (Kriterium 2)

I dokumentbestillingen etterspurte vi kommunalt planverk som for eksempel kommunedelplaner, temaplaner, boligsosial plan etc. som omhandler mål, strategier og tiltak innen eldreomsorg og demensomsorg.

Kommunal planstrategi 2024–2027 peker på plan for helse og mestring som en tematisk kommunedelplan som skal følge opp utvalgte mål i kommuneplanens samfunnsdel. Strategien viser til at utfordringer knyttet til demografi, kompetanse og økonomi har vært kjent siden vedtaket av kommunedelplanen for helse og omsorg i 2018. Det forklares at en revisjon av planen gir anledning til å vurdere nødvendige tiltak for å møte framtidige behov, herunder hvordan helsetjenesten kan bidra til å forebygge utenforskap, med vekt på tidlig innsats og lavterskeltilbud.

På kommunens nettside Kommuneplan for helse og omsorg 2018-2030 (sist endret 25.08.2025) oppgis det at hovedformålet med planen er at innbyggerne i Hamar kommune og mottakere av tjenester skal oppleve livskvalitet og mestring, som innebærer økt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet for de som trenger det. Kommunedelplanen beskriver både tjenestebehovet, satsningsområder og hva som er tiltak i kapittel 5 *Handlingsdel for 2018-2022* og kapittel 6 *Handlingsdel med økonomiske og administrative konsekvenser*.

Demens omtales i kommunedelplanen som en økt fremtidig sykdomsforekomst i takt med den demografiske utviklingen, samtidig som det ikke vil være en vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft. Videre nevnes demens som en tilstand med økt risiko for sykdomsrelatert underernæring og/eller feilernæring. Planen nevner som et satsningsområde at Hamar kommune vil legge vekt på kostholds- og ernæringsfaglig arbeid, samt fysisk aktivitet som en integrert del av tilbudet i helse- og omsorgstjenesten.

Et annet satsningsområde er forebyggende tiltak, og kommunedelplanen viser til klinisk erfaring som tilsier at personer med demens og deres pårørende vil kunne profittere på dagtilbud. På området hjemmebaserte tjenester beskrives det at man vil fortsette å tilpasse organiseringen av tjenestetilbudet til nye behov, og at det opprettes egne arbeidslag for hverdagsmestring, demens og lindrende pleie. Med hensyn til sykehjemsplasser heter det at plassene i dag hovedsakelig benyttes til personer med demens, personer med behov for lindrende behandling, opptrening og rehabilitering:

> 90 % av brukerne på sykehjem har en demenssykdom. Det er etablert grupper hvor det tilrettelegges ut fra funksjonsnivå slik at brukeren ivaretas på best mulig måte. Klukstuen omsorgssenter har særlig kompetanse når det gjelder demenssykdommer og skal bidra med kunnskap til andre sykehjem og hjemmetjenesten, slik at bruker og pårørende opplever best mulig livskvalitet. Satsningsområdene innen demens og lindrende behandling skal videreføres i Hamar.

I kommunedelplan for boligutvikling 2023-3035 beskrives ikke demens spesifikt, men et av hovedmålene i planen er å sikre tilstrekkelig boligbygging tilpasset mangfoldet av behov. Det vises til at en demografisk utvikling med blant annet flere eldre tilsier behov for større variasjon i boligmassen med flere små boliger, flere rimelige boliger og flere tilgjengelige boliger tilpasset ulike livsfaser.

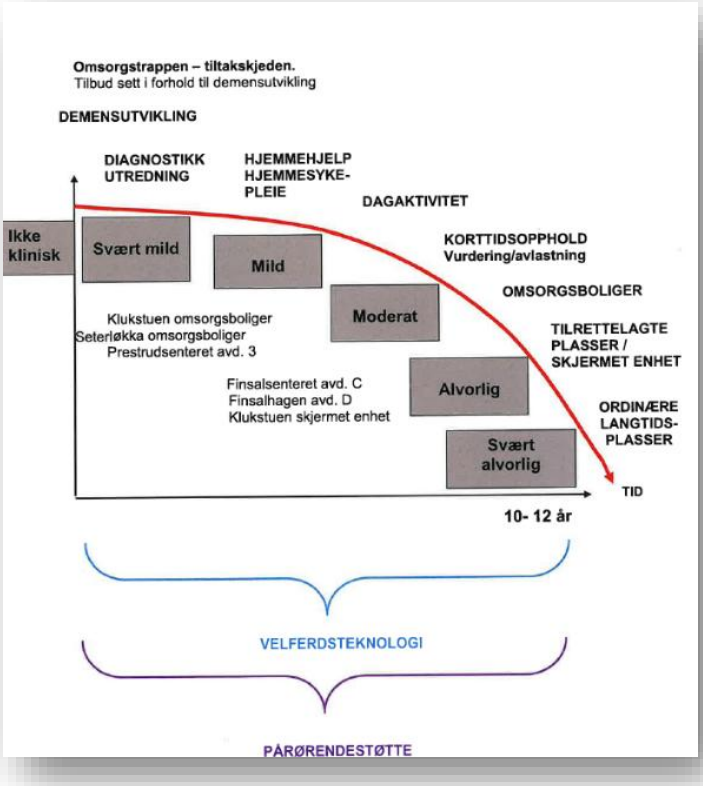
**Data fra intervju**

Kommunalsjefen erkjente i intervju at arbeidet med den nye velferdsmodellen, samtidig som driften skal sikres, har medført at det har tatt tid å få på plass en ny kommunedelplan. Samtidig henviste kommunalsjefen til at foreliggende kommunedelplan for Helse og mestring bygger på befolkningsframskrivingene og kommunens sju innsatsområder. Planen for 2018-2030 er derfor like aktuell i dag. Planen er per september 2026 under revidering og kommunalsjefen opplyste at arbeidet med å oppdatere kunnskapsgrunnlaget allerede er startet. Som en del av dette arbeidet bistår Agenda Kaupang kommunen med analyser og vurderinger av framtidig behov for heldøgnsomsorg. Ny plan vil foreligge i 2028.

#### *5.2.2.1 Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar kommune 2024*

I foreliggende *Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar 2024* redegjøres det for omsorgstrappen/tiltakskjeden, hvor illustrasjonen viser tjenestetilbudet fra ikke klinisk og svært mild demens, til svært alvorlig demens. Modellen viser hvordan kommunens tilbud er tilpasset ulike stadier i demensutviklingen, fra diagnostikk og hjemmetjenester til omsorgsboliger og langtidsplasser. Velferdsteknologi og pårørendestøtte inngår som gjennomgående tiltak i hele sykdomsforløpet.

Arbeidsplanen beskriver at mange med diagnostiert demens mottar tjenestene hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie. I planen beskrives det at kommunen har 114 dagplasser om tilrettelagt dagtilbud per uke fordelt på 50 til 60 brukere. Kommunen tilstreber, ifølge planen, å differensiere tilbudet, spesielt med tanke på unge brukere. I planen oppgis det at en mer fleksibel og individuell tilrettelagt organisering av dagaktivitetstilbudet vil tvinge seg frem, som for eksempel kveld, helg og ambulant tilbud om aktivitet i hjemmet. I planen beskrives det også at korttidsopphold per i dag benyttes til vurdering og ordinær korttid og avlastning.




*Kilde: Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar 2024, Hamar kommune.*

I Arbeidsplanen vises det videre til at personene i tilrettelagte plasser i skjermet enhet har en demenssykdom og atferd som ikke er forenelig med andre sykehjemsavdelinger. Kommunen opplever høy forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) og personer med behov for spesiell tilrettelegging. På Klukstuen er enhetene funksjonsinndelte, med mulighet for å flytte pasienter mellom enheter. For å sikre stabilitet og at enhetene skal fungere etter intensjonen forutsetter kommunen høy kompetanse og egnethet hos personalet.

Arbeidsplanen påpeker at styrket skjermet enhet ved Klukstuen omsorgssenter har en lav bemanningsnorm sett i forhold til bemanningstettheten i spesialisthelsetjenesten. Det beskrives at presset på plassene og alderssammensetningen gir en ekstra utfordring. Det trekkes fram at personalet må gis muligheter for faglig utvikling gjennom regelmessig refleksjon og veiledning innen terapeutisk konflikthåndtering, Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID) og etisk refleksjon. Det tydeliggjøres at ordinære langtidsplasser benyttes av pasienter med sammensatte omsorgsbehov, inkludert demenssykdom, og at personalet må ha kompetanse om demens. Det vises til at eksisterende sykehjemsavdelinger primært bør bebos av pasienter med demens og at avdelingene er «demensvennlige». Det oppgis at i lys av framskriving av personer med demens, er velferdsteknologi et fokusområde i tjenestene.

Demenskoordinator har skriftlig forklart at Hamar kommune gjennom 20 år har hatt tradisjon for utarbeidelse/revidering av en arbeidsplan for demensomsorgen. Det oppgis at lokale tilbud og oversikt over tjenester kommunen har bør forankres i Nasjonal demensplan. Kommunens arbeidsplan for demens går nå ut, og det er ønsket at denne erstattes av en kortere beskrivelse av kompetansehevende tiltak. I dokumentet[11] presiseres betydningen av å fortsatt ha en god oversikt og at endringer i tjenesten er veloverveid og godt prosessert. Det oppgis at Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar kommune skal være Helse- og omsorgsavdelingens arbeidsredskap for planlegging og prioritering innenfor fagområdet demens.

**Data fra intervju**

Tjenesteleder hjemmeboende forklarte at demenskoordinator har ansvar for utarbeidelse av Arbeidsplan for demens (Demensplan). Planen skal revideres årlig, men arbeidet ble utsatt i 2025 på grunn av ressursmangler og påvente av ny nasjonal retningslinje for Demens. Planen brukes som et oppslagsverk i tjenestene og anses som et arbeidsdokument. Planen ble tidligere behandlet politisk, men denne praksisen har kommunen gått bort fra. Også demenskoordinatoren viste til at oppdateringen av planen er utsatt til den nye nasjonale demensplanen foreligger. Dette medfører ytterligere utsettelser per august 2026 siden tiltakene i kommunens arbeidsplan vil forankres i den nasjonale planen. Demenskoordinatoren uttrykket et ønske om en politisk forankring av kommunens arbeidsplan, slik at man sikrer mer stabilitet og færre forhastede endringer i planen.

På spørsmål om hvilke planer og føringer tjenestene legger til grunn i overordnet planlegging, henviste tjenesteleder hjemmeboende til at planlegging og utvikling av tjenestetilbudet til personer med demens bygger på nasjonale føringer for helse- og omsorgstjenestene. Tjenestelederen viste særlig til reformen *Bo trygt hjemme*, *Demensplan 2025*, *Leve hele livet*-reformen samt nasjonale faglige råd og retningslinjer på demensområdet. Videre legges helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og føringer knyttet til pårørendearbeid til grunn for tjenesteutviklingen. Planleggingen også bygger på analyser av framtidig tjenestebehov, herunder vurderinger av demografisk utvikling, tilgjengelige personellressurser, kompetansebehov og forventet tjenesteetterspørsel. Tjenestelederen beskrev FNs bærekraftsmål som en overordnet ramme for kommunens langsiktige planlegging.

Innen demensområdet arbeides det ifølge tjenestelederen målrettet med å utvikle et demensvennlig samfunn. Demenskoordinator bidrar blant annet gjennom opplæring og kurs for næringslivet i Hamar,

[11] Kompetanseplan demens 2026

med mål om å øke kunnskapen om demens og styrke inkluderingen av personer som lever med sykdommen. Arbeidet skjer i samarbeid med kommunalområdet Miljø og samfunn, blant annet gjennom utvikling av demensvennlige nærmiljøer, byutviklingstiltak og seniorstier som legger til rette for aktivitet og deltakelse.

#### *5.2.2.2 Endringer og forbedringsområder i tjenestetilbudet*

Kommunalsjefen viste til politiske vedtak om å videreutvikle kommunens tilbud til personer med demens og andre brukere med omfattende behov. Der kommunen tidligere i større grad fordelte ulike brukergrupper mellom institusjonene, er strategien nå å utvikle sterkere fagmiljøer og mer spesialiserte tilbud for utvalgte pasientgrupper. Som en del av dette arbeidet styrkes demensomsorgen gjennom én avdeling ved Finsal for brukere med behov for forsterket skjerming. Kommunalsjefen understreket at arbeidet er forankret i forskning, fagkunnskap og målsettingen om å gi brukerne et best mulig tilpasset tilbud. Kommunen har også igangsatt et utredningsarbeid for ny sykehjemsavdeling for eldre med samtidige psykiske helse- og ruslidelser. Økt forventet levealder i brukergruppen har framtvunget et behov for andre institusjonstilbud, siden brukergruppens behov ikke alltid kan ivaretas eller er forenelige med tradisjonelle sykehjemsavdelinger.

Kommunen jobber med en omorganisering i institusjonstjenesten hvor alt skal samles under to virksomhetsledere, forklarte tjenesteleder for institusjonstjenesten.[12] Hensikten med omorganiseringen er å rendyrke fag- og virksomhetsområdene bedre, samt rendyrke virksomhetslederrollen med fokus på drift. Institusjonstjenesten har vært veldig delt, og gjennom felles enhetsledermøter har de avklart et behov for bedre samkjøring av tjenestene. Tjenestelederen viste til at arbeidet skal foregå høsten 2026.

Tildeling av velferdsteknologi er underlagt virksomhetsområde demens. Virksomhetslederen vektla behovet for å finne en balanse i fagområdet mellom personlig kontakt med brukerne og bruk av teknologien. I september skal tjenestene i gang med et nytt system for trygghetsalarmer, og det avklares hvem som skal motta varslene. Dette jobbes det mye med på strategisk nivå i kommunen, forklarte virksomhetslederen. Enhetsledere i institusjonstjenestens erfaringer med digitale nattlige tilsyn viser videre at teknologiske løsninger ikke nødvendigvis reduserer behovet for personell i demensomsorgen, ettersom brukerne fortsatt kan ha behov for tett oppfølging ved uro.

Ledere i institusjonstjenesten opplever at bemanningen i enkelte avdelinger ikke står i forhold til beboernes behov for oppfølging, og viser til at økt grunnbemanning kan bidra til mer stabil drift og redusert behov for ekstravakter. Samtidig beskrives utfordringer knyttet til at bemanningen i enkelte tjenester i stor grad dimensjoneres ut fra vedtakstimer til enkeltbrukere, mens behovene i tjenestene tilsier en mer helhetlig styrking av kapasiteten. Det trekkes også fram at mangel på plasser og uhensiktsmessige lokaler i skjermede enheter begrenser mulighetene for å øke antallet beboere og bemanningen.

Virksomhetsleder Demens forklarte at for personer under 67 år, kjøpte kommunen tidligere et tiltak kalt *Inn på tunet* i regi av Lillehov.[13] Tilbudet er langt ned og brukerne er nå innlemmet i tilbudet på Klukstuen. Enhetsleder ved Dagaktiviteten opplyste at tilbudet til yngre personer med demens er drøftet i samarbeid med demenskoordinator og ansatte. Det er per i dag få brukere i målgruppen, men

[12] Se kapittel 4

[13] Inn på tunet var et dagaktivitetstilbud for personer med demens, hvor tilbudet tre dager i uken var tilpasset personer under 67 år.

enheten har avsatt to dager i uken til tilbudet og har ledig kapasitet dersom behovet øker. For å sikre et tilstrekkelig tilbud er det etablert en gruppe som består av både personer som fikk demensdiagnose før og etter fylte 65 år. Enhetsleder vurderte at dagens organisering ivaretar brukernes behov, samtidig som tilbudet er godt tilrettelagt for å ta imot flere yngre personer med demens når behovet melder seg.

### 5.2.3 Planlegging og dimensjonering av tilbudet til pårørende (Kriterium 3)

I Kommunedelplan for Helse og omsorg 2018-2030 har Hamar kommune satt mål om en god pårørendepolitikk. På kommunens nettside (sist endret 25.08.2025) beskrives det:

> Hamar kommune ønsker å styrke samarbeidet med innbyggere, brukere, pårørende og frivillige i helse- og omsorgstjenestene. De frivilliges innsats verdsettes, og kommunen vil forplikte samarbeidet med frivillige organisasjoner, blant annet gjennom en sterkere rolle for Frivilligsentralen. I tillegg skal det utvikles en pårørendepolitikk for å forbedre samspillet mellom pårørende, brukere og tjenestene.

Arbeidsplan for demens beskriver under *Pårørendestøtte* at kommunen skal tilby personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad. Planen vektlegger betydningen av samarbeid med pårørende for å ivareta brukermedvirkning og beslutningsstøtte. Det beskrives at enkelte pårørende ønsker større fleksibilitet i avlastningstilbudet, og at pårørende tilbys støttesamtale av fagpersonell/tilsynslege/demenskoordinator. I planen oppgis også andre tiltak som pårørendeskole, pårørendesamtaler i regi av demensforeningen, aktivitetsvenn, møteplass for mestring, brukerskole og samarbeid med frivillige/frivillige organisasjoner.

Arbeidsplanen beskriver at det er et begrenset tilbud innen avlastningsplasser, og at 12-14 familier har fått regelmessig avlastning i institusjon på tilrettelagte plasser de siste årene.[14] Kommunen viser til et økt behov for flere avlastnings- og korttidsplasser i tiden framover, og at ulike måter og arenaer for å tilby avlastning til pårørende må vurderes. Det presiseres at ved å gi pårørende nok og godt tilpasset avlastning vil en utsette en søknad om langtidsplass på sykehjem. Tjenester gjennom hjemmesykepleien nevnes også som aktuelle tilbud. Tilbud om omsorgsbolig i «rett tid» beskrives som et godt tilbud som vil utsette behov for sykehjemsplass. Tjenesteleder for institusjonstjenesten forklarte at kommunen per nå har fire plasser som benyttes som avlastningsplasser for personer med demens. Et avlastningsopphold settes som regel på rullering, og er en avlastning for pårørende.

I dokumentet *Veiledning og opplæring til pårørende med demens* beskrives det at denne formen for pårørendestøtte blant annet kan omfatte støttesamtaler og emosjonell oppfølging, rådgivning med elementer fra kognitiv tilnærming, praktisk bistand knyttet til søknadsprosesser og Pårørendeskolen, hvor påmelding skjer via nasjonalforeningen for demens. Det beskrives at tilbudet er fleksibelt og tilpasses fortløpende den enkelte pårørendes behov. Demenskoordinatoren forklarte at Pårørendeskolen arrangeres årlig, men det vurderes om denne skal arrangeres to ganger i året. Per i dag er det ikke venteliste for å delta, men demenskoordinatoren forklarte at dette kan endres raskt.[15] Hamar kommune tilbyr også samtalegrupper for pårørende, som gjennomføres i regi av Hamar Demensforening. Gruppene arrangeres én mandag i måneden, og er basert på drop in. Tjenesten er ikke vedtaksfestet

[14] Det nevnes to plasser for avlastning-/korttidsplasser på avdeling 3 Presterudsenteret og to passer på Final avdeling C. Avlastning gis også i ordinære korttidsavdelinger.
[15] I 2026 har alle 65 deltakerne fått plass, i 2025 var det venteliste.

og pårørende kan delta når de selv ønsker. Hamar kommune holder møtelokale og søker tilskudd to ganger i året pålydende 8 500 kroner via Aldring og helse. Beløpet overføres i sin helhet til Demensforeningen.

Kommunen har skriftlig forklart at de har et mål om å gi avlastning i hjemmet for pårørende med krevende omsorgsoppgaver med bruk av frivillige. Kommunen har utviklet en modell for dette i samarbeid med Hamar Frivilligsentral. Lederen for Hamar Frivilligsentral forklarte at de fleste oppdragene om avlastning til pårørende går gjennom kommunen, men at pårørende også kan ta kontakt direkte med frivilligsentralen. Hamar Frivilligsentral samarbeider også med tildelingsenheten i tilfeller hvor pårørende selv tar kontakt. Tilbudet har eksistert i mange år, og lederen hadde ikke konkrete tall på hvor mange som har fått nytte av tilbudet. Samarbeidsavtalen beskrives nærmere i kapittel 6.2.5.

### 5.2.4 Involvering av brukerorganisasjoner på system- og tjenestenivå (Kriterium 4)

I dokumentbestillingen etterspurte vi rutiner eller prosedyrer som beskriver brukerinvolvering på system- og tjenestenivå, som for eksempel etablering av brukerråd og gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser.

Kommunen har skriftlig forklart at helse- og mestringsområdet har etablert en fast struktur for samhandling med kommunens eldreråd som del av arbeidet med å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Det gjennomføres jevnlige møter i eldrerådet hvor representanter fra Helse og mestring deltar etter behov og invitasjon. I disse møtene gis det orientering om status og utvikling i tjenestene, drift og aktuelle utfordringsområder, planlagte eller pågående endringer i tjenestetilbudet, og saker av politisk interesse og prioritering innen helse- og mestringsområdet. Formålet med deltakelsen er å; sikre at eldrerådet får nødvendig og oppdatert informasjon om tjenesteutviklingen, legge til rette for dialog og innspill fra brukerrepresentanter, og bidra til at erfaringer og synspunkter fra eldre blir ivaretatt i videre utvikling og beslutningsgrunnlag. Samhandlingen inngår som en del av kommunens system for brukermedvirkning og understøtter krav til involvering av brukerrepresentanter i utvikling av helse- og omsorgstjenester.

Lederen i eldrerådet i Hamar kommune bekreftet at rådet fungerer som et rådgivende organ for kommunen. Rådet består av representanter i et aldersspenn fra 70 til 90 år, hvor alle har ulik bakgrunn. I behandling av saker vurderes strukturene og prosessene som er fulgt i henhold til føringer i kommuneloven, hvor lederen påpekte at rådet skal og bør fungere som en «vaktbikkje» i kommunen. Hamar kommune har hatt tre ulike kommunedirektører de siste 12 årene, og alle sammen har gjort en god jobb opp mot eldrerådet, mente lederen. Samtidig opplevde lederen at eldrerådets rolle som høringsinstans har blitt styrket etter rådet etablerte en tydeligere instruks for sitt arbeid.

Lederen bekreftet også at kommunalsjef helse og mestring orienterer i eldrerådet fire ganger i året. Lederen opplever gode orienteringer om tjenesteområdene og mente at ledelsen i kommunalområdet er ærlige på det som ikke fungerer i tjenestene. I konkrete saker har rådet opplevd ledere som tar selvkritikk, er lydhøre og som retter opp i feil. Eldrerådslederens oppfatning er at kommunen har ledere som er lyttende, støttende og løsningsorienterte, og at eldrerådet møter mye velvilje fra både kommunens ledergruppe, administrasjon og politisk nivå. Eldrerådet har blitt inkludert og vært en brikke i omstruktureringer kommunen har gjennomført, og har fungert som en rådgivende instans for både administrativt og politisk nivå. Sammenlignet med mange andre kommuner, opplevde lederen at eldrerådet i Hamar har kommet langt i å etablere seg som rådgivende organ.

Eldrerådet får også ofte holde orienteringer og behandle sine innspill i kommunestyret og formannskap, hvor lederen deltar tre til fire ganger i året. Rådet har også representanter i strategiutvalget og økonomiutvalget, samt i helsehusprosjektet og arbeidet med ny kommuneplan. Eldrerådet møter ledere i alle kommunalområder gjennom rådsmøtene, hvor eldrerådet kan stille spørsmål og få orienteringer. Eldrerådet har også deltatt ved åpning av både Finsal og Seterløkka. Eldrerådet har tatt opp saker relatert til hjemmeboende eldre, blant annet knyttet til snømåking og å sikre tilstrekkelig tilgang på tilfluktsrom i boliger til eldre. Eldrerådet har også deltatt på byvandringer med Byutviklingsgruppa og kommet med innspill til hvordan byrommet bør utformes for å ivareta behovene til eldre.

Lederen vektla at gode strukturer i tjenestene kan sikre innsparinger på sikt, ved at folk får raskt hjelp og ved å redusere bruk av overliggerdøgn i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at alle politikere ser sammenhengen mellom økonomi og ansatte, og at tjenestene må ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gi tilstrekkelige tjenester. På dette området er eldrerådets anbefaling at kommunen toner ned nye investeringer og prioriterer lovpålagte oppgaver i første omgang. Dette har rådet kommet med innspill til i høringssvar til Handlings- og økonomiplanen i kommunen, hvor lederen opplevde at mange av deres innspill har blitt ivaretatt i planen.

**Demensforeningen i Hamarregionen og Hamar Frivilligsentral**

Dokumentet *Samarbeidsavtale Hamar kommune og Nasjonalforeningen for folkehelsen, Demensforeningen i Hamarregionen* (datert 07.05.2026) beskriver at demensforeningen skal benyttes som høringsinstans i spørsmål som gjelder demensområdet. I avtalen forplikter Hamar kommune seg til å invitere demensforeningen som brukermedvirker og høringsinstans i planlegging av tiltak rettet mot personer med demens og pårørende. Demensforeningen forplikter seg til å være høringsinstans, og være en reell partner når viktige avgjørelser, planer etc. skal drøftes, igangsettes og gjennomføres i demensomsorgen. Kommunalsjef Helse og mestring bekreftet i intervju at Demensforeningen blant annet blir invitert inn i planleggingsarbeidet rundt Helsehusprosjektet og skal bli inkludert i arbeidet knyttet til dimensjonering av tjenestene i kommunen.

Lederen for Hamar Frivilligsentral bekreftet at frivilligsentralen og andre frivillige organisasjoner har blitt invitert til å delta i råd vedrørende kommunens tjenestetilbud, blant annet knyttet til Helsehusprosjektet i kommunen.

**Pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser**

Hamar kommune gjennomførte bruker- og pårørendeundersøkelse i institusjonstjenesten i april 2026. Undersøkelsen er inkludert i Helse og mestring sin tertialrapport fra 1. kvartal 2026. Det oppgis tertialrapporten at undersøkelsen er gjennomført i verktøyet *Bedrekommune* og at jevnlige brukerundersøkelser bidrar til å sikre systematisk brukermedvirkning. Brukerundersøkelsen omfattet korttidsavdelinger og heldøgnsomsorgsboliger, med en svarprosent på 63 (80 av 127). Pårørendeundersøkelsen ble gjennomført ved alle enheter, med unntak av korttidsavdelingene, og hadde svarprosent på 58 (178 av 311). Resultatene omtales i kapittel 8.2.3.

### 5.2.5 Samarbeidsavtaler med frivilligheten (Kriterium 5)

I forbindelse med dokumentbestillingen har vi fått oversendt to samarbeidsavtaler mellom Hamar kommune og frivillige lag og organisasjoner som jobber med tilbud til personer med demens og deres pårørende.

I tidligere nevnt *Samarbeidsavtale Hamar kommune og Nasjonalforeningen for folkehelsen, Demensforeningen i Hamarregionen* (07.05.2026), beskrives det at avtalen er et supplement til avtalen om et Demensvennlig samfunn, signert mellom partene. Hensikten med avtalen er å sikre et forpliktende samarbeid om tilbud til personer med demens og deres pårørende. Samarbeidet omfatter utvikling av tilbud, arbeid for et demensvennlig lokalsamfunn samt erfarings- og kunnskapsutveksling. Avtalen viser blant annet til samarbeid om pårørendeskoler og samtalegrupper. Kommunen skal legge til rette for frivillig innsats, og partenes samarbeid skal følges opp gjennom et samarbeidsforum som møtes jevnlig og evaluerer avtalen årlig. Kommunalsjefen viste til at samarbeidsavtalen med Demensforeningen i Hamarregionen er fornyet og samarbeidet er styrket siden fornyingen av avtalen. Kommunalsjefen vektla betydningen av at samarbeidet må gå begge veier, og at de har fått tilbakemeldinger om en positiv utvikling i samarbeidet. Kommunalsjefen opplevde godt samarbeid rundt pårørendeskolen, veiledning og samtalegrupper i regi av foreningen.

Prosedyren *Avlastning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid* (datert 21.05.2026) beskriver at avlastning til pårørende med omsorgsoppgaver i hjemmet er et lavterskeltilbud i samarbeid mellom Hamar kommune og Hamar Frivilligsentral. Tilbudet er gratis og innebærer hjelp 2 til 4 timer per uke.[16] Hamar Frivilligsentral gjennomfører intervjuer med alle som ønsker å være frivillige i deres tilbud. Frivillige i avlastningstilbudet deltar i et kurs utviklet i samarbeid med demenskoordinator og kreftkoordinator. Kurset vektlegger blant annet rolleforståelse, grensesetting, kommunikasjon og kunnskap om demens, og anses som særlig viktig fordi de frivillige følger opp brukere i eget hjem. Tilbudet brukes ofte som avlastning for pårørende til personer med demens, ved at frivillige gjennomfører aktiviteter tilpasset brukerens funksjonsnivå. Lederen ved Hamar Frivilligsentral opplever at kommunen i større grad enn tidligere er åpen for samarbeid. Som eksempel viser lederen til brosjyren *Verdt å vite for seniorer*, som frivilligsentralen og kommunen utarbeidet i fellesskap, og som fortsatt er etterspurt. Samtidig påpeker lederen at økte forventninger til frivilligheten ikke nødvendigvis har blitt fulgt opp med økte økonomiske tilskudd. Etter lederens vurdering begrenser dette mulighetene for videre utvikling av tilbudene, samtidig som frivilligheten skal være et supplement til, og ikke en erstatning for, kommunale tjenester.

Prosjektleder Oppgavedelingen forklarte at prosjektet også innebærer arbeid knyttet til pårørende og nærnettverket. Denne delen av prosjektet skal testes ut i hjemmetjenesten. Hensikten er å sikre støtte og hjelp til brukere og pårørende gjennom nærnettverk og frivillig arbeid. Prosjektlederen samarbeider med Hamar Frivilligsentral om dette, siden de allerede har mange tilbud som kan benyttes.[17] Målet er at alle tilbudene til Hamar Frivilligsentral skal inn i Nyby, slik at brukere, pårørende og ansatte i tjenestene får én plattform å forholde seg til. Et sentralt tiltak er følgetjenesten, som bistår personer som har behov for følge til aktiviteter, avtaler eller andre gjøremål. Gjennom Nyby er målet å effektivisere formidlingen av slike oppdrag ved å koble pårørende og ansatte sammen med frivillige. Ordningen skal først prøves ut i hjemmetjenesten og evalueres med tanke på om den gir avlastning for ansatte, forklarte prosjektlederen.

Tjenesteleder hjemmeboende fremhevet at det er behov for et tettere og mer systematisk samarbeid med frivilligsektor i kommunen. Ifølge tjenesteleder må dette ses i sammenheng med den demografiske utviklingen, som innebærer en økning i antallet eldre, herunder flere enslige eldre. Samtidig viser

[16] Hamar kommune - *Avlastning til pårørende*

[17] Hamar Frivilligsentral tilbyr en rekke aktiviteter og tjenester for eldre og pårørende, blant annet hyggegrupper, frokostgrupper, handletjeneste, turvenner, ulike arrangementer og gratis advokatvakt.

framskrivninger av personellbehov og tilgang på arbeidskraft innen helse- og omsorgssektoren at kommunen kan stå overfor utfordringer knyttet til rekruttering og kapasitet i årene som kommer.

## 5.3 Revisors vurdering

### 5.3.1 Vurdering av revisjonskriterium 1 – Kommunens planstrategi

Undersøkelsen viser at kommunen vedtok ny planstrategi for årene 2024-2027 i desember 2024, hvor faktagrunnlaget beskrevet i Kunnskapsgrunnlaget er lagt til grunn. Den overordnede planstrategien og tilhørende samfunnsdel og Handlings- og økonomiplan beskriver sentrale utviklingstrekk i lys av demografi og alderssammensetning, hvor boligsituasjonen blant eldre, behov for flere skjermede institusjonsplasser for personer med demens og organiseringen av dagens tjenester drøftes. Kommunalsjef og prosjektleder har beskrevet at Hamar kommune er i gang med å utvikle en ny velferdsmodell, organisert gjennom syv innsatsområder, med mål om å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester i tråd med framtidige demografiske endringer. Kommunen anser det nødvendig å tenke nytt om hvordan helse- og omsorgstjenester planlegges, organiseres og leveres. Det vektlegges at god demensomsorg og gode tjenester til eldre ikke bare handler om dimensjonering av institusjonskapasitet, men også om forebygging, mestring, velferdsteknologi, styrking av lokalsamfunnets ressurser og tjenester som gjør det mulig for flere å bo hjemme lengst mulig.

Vi mener at revisjonskriterium 1 er etterlevd.

**Kommunen skal utarbeide en planstrategi som beskriver og drøfter samfunnsutvikling og det boligsosiale behovet i lys av befolkningsutviklingen og kapasitetsbehovene knyttet til personer med demens og deres pårørende.**

### 5.3.2 Vurdering av revisjonskriterium 2 – Kommunedelplaner

Innhentet data viser at kommunedelplanen for Helse og omsorg 2018-2030 er basert på et kunnskapsgrunnlag som vektlegger befolkningsframskrivinger i kommunen og behovet for tjenester innen demensomsorgen. Planens handlingsdel gjelder for perioden 2018–2022. Kommunal planstrategi 2024–2027 viser at Plan for helse og mestring skal følge opp utvalgte mål i kommuneplanens samfunnsdel som en tematisk kommunedelplan. Kommunalsjef Helse og mestring har forklart at arbeidet med den nye velferdsmodellens syv satsningsområder har påvirket revisjon av kommunedelplanen, som har tatt lenger tid enn planlagt. Ny kommunedelplan skal ferdigstilles i 2028. Revidering av Arbeidsplanen er utsatt fram til ny nasjonal demensplan foreligger. Tjenesteleder hjemmeboende har i intervju forklart at planen brukes som et oppslagsverk i tjenestene og anses som et arbeidsdokument.

Vår vurdering er, tross manglende revidering av kommunedelplaner, er at kommunens foreliggende planverk som omfatter tjenester innen demensomsorgen, i tilstrekkelig grad belyser demografiske utviklingstrekk og i stor grad er i tråd med kommunens planstrategi og forbedringsområdene innad i tjenestene.

Vi mener at revisjonskriterium 2 er etterlevd.

**Kommunedelplaner som omfatter tjenester innen demensomsorg, skal ha en handlingsdel for oppfølging de neste fire årene.**

### 5.3.3 Vurdering av revisjonskriterium 3 – Planlegging og dimensjonering av tilbudet til pårørende

Undersøkelsen viser at kommunen har inkludert pårørendes behov i planleggingen av demenstilbudet. Både planer og intervjuer omtaler tilbud til pårørende, herunder pårørendeskole, veiledning, samtalegrupper og avlastningstiltak. Kommunen vurderer også framtidige behov og følger med på etterspørselen etter tilbudene. Samtidig peker datagrunnlaget på enkelte utfordringer. Det beskrives et begrenset tilbud av avlastningsplasser, forventet økning i behovet for avlastning framover, samt innspill fra pårørende om behov for mer fleksible avlastningsordninger.

Alt i alt mener vi at revisjonskriterium 3 er etterlevd.

**Kommunens planlegging og dimensjonering av tjenestene inkluderer en vurdering av tilbudet til pårørende.**

### 5.3.4 Vurdering av revisjonskriterium 4 – Involvering av bruker- og pårørendeorganisasjoner

Innhentet data viser at Hamar kommune har systemer og etablerte rutiner for å involvere pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner på tjeneste- og systemnivå. Lederen av eldrerådet har bekreftet at rådet jevnlig får orienteringer fra ledelsen i Helse og mestring, samt at lederen ofte får holde orienteringer og behandle sine innspill i kommunestyret og formannskap. Rådet er også representert i strategiutvalget og økonomiutvalget, helsehusprosjektet og arbeidet med ny kommuneplan. Kommunen har også etablerte samarbeidsavtaler med Hamar Demensforening, hvor det beskrives at foreningen skal brukes som høringsinstans. Andre frivillige lag og foreninger har også blitt invitert inn i råd angående kommunens tjenestetilbud. Kommunen gjennomfører jevnlige bruker- og pårørendeundersøkelser innad i tjenestetilbudet til eldre, og resultatene benyttes i videre evaluering og planlegging av tjenestetilbudet.

Vi mener at revisjonskriterium 4 er etterlevd.

**Kommunen skal ha systemer og rutiner for å involvere pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner på tjeneste- og systemnivå.**

### 5.3.5 Vurdering av revisjonskriterium 5 – Samarbeidsavtaler med frivilligheten

Undersøkelsen viser at kommunen har etablerte samarbeidsavtaler med Nasjonalforeningen for folkehelsen, Demensforeningen i Hamarregionen. Samarbeidsavtalen beskriver hvordan samarbeidet er strukturert, og hva avtalene innebærer. Kommunen har også en samarbeidsavtale med Hamar Frivilligsentral om avlastning i hjemmet for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Avtalen beskriver lengde og innhold i tilbudet, samt ansvarsfordelingen mellom frivilligsentralen og kommunen. I intervjuer kommer det frem at mer ansvar for frivilligheten ikke er fulgt opp med tilsvarende økning i økonomisk støtte, og det vises til behov for mer systematisk samarbeid rundt frivillighet. Per i dag jobbes det med å sikre bedre organisering gjennom Nyby, hvor hensikten er å avlaste ansatte i tjenestene og styrke tilbudet til brukerne.

Vi mener at revisjonskriterium 5 i tilstrekkelig grad er etterlevd.

**Kommunen bør ha etablerte samarbeidsavtaler med frivillige som leverer tjenester til pasienter, bruker og pårørende i brukergruppen.**

# 6 Problemstilling 2 – Ansattes kompetanse om oppfølging og tilrettelegging

***Sikrer kommunen nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen?***

## 6.1 Revisjonskriterier for problemstilling 2

Nedenfor er en oversikt med de kriterier vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se vedlegg A.

| | | |
|---|---|---|
| | Kriterium 6 | Kommunen skal ha systemer for å kartlegge kompetanse og behov for opplæring blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. |
| | Kriterium 7 | Kommunen skal ha rutiner og praksis for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte som yter helse- og omsorgstjenester for personer med demens. Herunder skal det blant annet gis opplæring i personsentrert omsorg. |
| | Kriterium 8 | Kommunen bør ha et tverrfaglig team med spesiell kompetanse og definerte oppgaver i tilbudet til personer med demens og deres pårørende |

## 6.2 Innhentet data: Ansattes kompetanse om oppfølging og tilrettelegging

I det følgende beskrives kommunens strukturer og rutiner for kompetanseheving, opplæring og kunnskapsoverføring på tvers av enheter. Dette inkluderer systemer for kompetansekartlegging blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten, rutiner for opplæring, videre- og etterutdanning, samt organiseringen av kommunens demensteam. I datadelen beskrives også kartlagte bemannings- og kompetansebehov framover.

Sentrale dokumenter er:

- *Årlig kompetanseplan 2026 for Helse og mestring*
- *Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar 2024*
- *Prosedyre: Demensteam i Hamar kommune* (datert 28.09.2018)
- *Stillingsbeskrivelse - Demenskoordinator* (datert 11.02.2022)
- Prosedyre: *Samarbeid mellom demensteamet og fastleger i Hamar kommune* (datert 14.07.2020)

### 6.2.1 Kompetansekartlegging i helse- og omsorgstjenesten (Kriterium 6)

I *Årlig kompetanseplan 2026 for Helse og mestring* beskrives det at formålet med planen er å gi en rask og tydelig oversikt over kompetansebehov i enheter, bidra til enkel planlegging av kompetansehevende tiltak, og sikre at Helse og mestring har riktig kompetanse til å levere forsvarlige tjenester. Planen skal brukes av ledere og medarbeidere i den årlige kompetansekartleggingen. I planen vises det til at kommunen bruker EQS kvalitetssystem i kvalitets- og virksomhetsstyringen. I EQS registreres avvik,

læringsarbeid og rutiner. Gjennomførte kurs registreres i ressursstyringssystemet GAT[18]. Kommunen benytter blant annet *Kompetansebroen*, en portal for kunnskapsdeling i helsetjenesten, til e-læring og kursadministrasjon.

Som tabellen nedenfor viser er ansvaret for kompetansekartleggingen innad i enhetene tillagt enhetsleder, og ansatte har ansvar for å melde ifra om egne kompetansebehov til ledere. Virksomhetslederne har ansvar for å sammenstille kompetansebehov og sikre enhetsvise kompetanseplaner. Stab/fagutvikling har ansvaret for å sikre koordinering av planene, og kommunalsjef har ansvaret for evaluering og rapportering av kompetanse og tjenesteutviklingsmuligheter.

| Planens beskrivelse av ansvar og roller | |
|---|---|
| **Ansatte** | • Melder egne kompetansebehov til leder<br>• Holder seg faglig oppdatert<br>• Gjennomfører obligatoriske kurs<br>• Er ansvarlig for å registrere kompetanse i GAT i samråd med sin leder |
| **Enhetsleder** | • Kartlegger kompetansebehov i enheten<br>• Planlegger og gjennomfører intern opplæring systematisert i enhetsvise kompetanseplaner<br>• Følger opp at ansatte registrerer kompetanse i GAT/Kompetansebroen |
| **Virksomhetsledere** | • Sammenstiller kompetansebehov og påser at det foreligger enhetsvise kompetanseplaner<br>• Prioriterer tiltak innen eget område |
| **Tjenesteområdeledere** | • Er ansvarlig for å sikre gjennomføring og foreta prioriteringer |
| **Stab/fagutvikling** | • Koordinerer planer og støtter enheter<br>• Identifiserer relevante tiltak og opplæringsmuligheter |
| **Kommunalsjef** | • Kommunalsjefen er ansvarlig for søknad, evaluering og rapport av kompetanse og tjenesteutviklingsmuligheter |

*Kilde: Hamar kommune - Årlig kompetanseplan 2026 for Helse og mestring*

I malen for kompetansekartlegging[19] beskrives det at kompetansekartleggingen skal gjøres av nærmeste leder, og oppsummeres deretter av tjenesteledere og fagutviklerne. Det beskrives at behovene som meldes inn skal brukes som grunnlag for å planlegge konkrete tiltak for kompetanseheving. Tiltakene skal også bygge på funn fra tilsyn, registrerte avvik, nye nasjonale føringer og andre satsingsområder. Evaluering av kompetansekartleggingen skal gjennomføres i medarbeidersamtaler, legges frem for ledergruppen i Helse og mestring innen 15. november og være grunnlaget for neste års plan.

**Data fra intervju**

Tjenesteleder hjemmeboende opplyste om at den overordnede kompetanseplanen operasjonaliseres i de enkelte virksomhetsområdene gjennom lokale kompetanseplaner. Disse tar utgangspunkt i de overordnede prioriteringene, men suppleres med kompetansebehov som er knyttet til virksomhetenes spesifikke fagområder og tjenestenære utfordringer. Kommunen har også etablert et kompetanseårshjul som skal bidra til systematisk planlegging, gjennomføring og oppfølging av kompetanseutviklingstiltak. Ifølge tjenesteleder benyttes kompetanseplanene og kompetanseårshjulet som sentrale

[18] GAT er et ressursstyringssystem som brukes av sykehus, kommuner og virksomheter med døgnkontinuerlig drift.

[19] Se vedlegg C.

verktøy for å identifisere, prioritere og følge opp kompetanseutviklingsarbeidet i tjenestene. Tjenesteområdet vektla at det fremover blir viktig å bruke ansatte med helsefaglig kompetanse til helseoppgaver. I kartleggingsarbeidet evaluerer lederne om det er andre typer kompetanse virksomheten har behov for, og om behovet kan dekkes gjennom økt samarbeid med andre tjenesteområder og aktører. Kommunen har videre styrket bemanningen i dagaktivitetstilbudet og det ambulante teamet. Samtidig arbeides det med å vurdere hvordan tilgjengelige ressurser kan disponeres mest mulig hensiktsmessig.

Kompetansebehov i institusjonstjenesten drøftes jevnlig i møter med enhetsledere, forklarte virksomhetslederen. Fagutvikler formidler informasjon om aktuelle kurs og opplæringstiltak, og ansatte kan melde inn ønsker om videreutdanning. Virksomheten benytter også ressurser som demenskoordinator og AKS-sykepleier i arbeidet med fagutvikling og intern opplæring. Ifølge ledelsen brukes kompetansehjulet som grunnlag for intern undervisning og kompetansehevende tiltak. Opplæringstilbudet omfatter blant annet temaer innen demensomsorg, sårbehandling, pårørendekontakt og medisinhåndtering. Deltakelse på kurs vurderes ut fra virksomhetens bemanning og økonomiske rammer.

Virksomhetsleder Demens bekreftet at hver enhet utarbeider enhetsvise kompetanseplaner. Virksomhetslederen mener planen bør prioritere tiltak etter hva virksomheten trenger og ikke nødvendigvis etter hva ansatte ønsker. Lederne i virksomhetsområde Demens opplyser at det har vært relativt enkelt å rekruttere ansatte med relevant kompetanse. Samtidig fremheves det at erfaringen med personer med demens varierer mellom ansatte, og at oppfølging av brukergruppen krever både helsefaglig kompetanse og erfaring med å observere endringer i helsetilstand og tilpasse tjenestene til den enkeltes behov.

I intervjuene beskriver lederne i institusjonstjenesten at pasientenes behov blir mer komplekse, samtidig som det er utfordringer med å rekruttere enkelte faggrupper. Lederne peker på at dette krever løpende vurderinger av hvilken kompetanse tjenestene har tilgjengelig, hvordan kompetansen kan utnyttes best mulig, og hvilke tiltak som er nødvendige for å dekke framtidige kompetansebehov. Det fremheves særlig behov for helsefaglig kompetanse og erfaring i oppfølgingen av brukere med omfattende og sammensatte behov.

### 6.2.2 Rutiner og praksis for opplæring, videre- og etterutdanning (Kriterium 7)

*Årlig kompetanseplan 2026* for Helse og mestring inneholder et vedlegg kalt *Oppbyggingen av planhierarkiet i Helse- og mestring*. I vedlegget beskrives det at virksomhetsplanene for helse og mestring skal definere formål, hovedmål og tiltak for virksomheten, og planene skal utarbeides med bakgrunn i kommunalområdets styringsbrev fra kommunedirektøren. Den årlige kompetanseplanen skal vise struktur og prioriteringer av kompetansehevende tiltak i inneværende år.

Innen fagområdene palliasjon, demens og rehabilitering skal fagkoordinatorene utarbeid egne arbeidsplaner, hvor «særskilte» kompetansebehov knyttet til spesifikke brukergrupper bør inngå i kompetanseplanleggingen i de enkelte enhetene. Under *Årets prioriterte satsingsområder* for 2026 nevnes kommunikasjon og pårørende samarbeid, dokumentasjon og pasientsikkerhet, digital kompetanse/ teknologi, og forbedringsarbeid og kvalitetsforståelse.

*Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar 2024* vektlegger følgende overordnede kontinuerlige kompetansetiltak:

- **Demensomsorgens ABC:** Opplæring utarbeidet og organisert via nasjonalt kompetansesenter *Aldring og helse* på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kursopplegget gir kunnskap om demenssykdommer, demensforløpet og personsentrert omsorg. Gjennomføres gjennom seminarer, gruppesamlinger og selvstudier.
- **Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID):** Som er et evidensbasert verktøy for systematisk utredning og behandling av utfordrende atferd ved demens. Gjennomføres via systematisk kursing i langtidsavdelinger på sykehjem og i hjemmesykepleien. Kommunen har TID-administratorer som er ressurspersoner i forhold til veiledning/refleksjon i egne avdelinger. Revisjonen har fått oversendt opplæringsprosedyren *Demens – TID tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens*.
- **Personsentrert omsorg:** Kommunen har nedfelte arbeidsgrupper for personsentrert omsorg innen heldøgnsomsorg. Leder for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Hedmark har presentert ulike modeller for personsentrert omsorg. Demenskoordinator for dagaktivitet bistår i arbeidet etter behov.
- **Nasjonal informasjonskampanje om demensutredning og kursing av fastleger:** Oppdrag er gitt til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) fra Helsedirektoratet. Planlegging og gjennomføring skjer i samarbeider med Sykehuset Innlandet og kommunene i gamle Hedmark fylke. Det ble i 2021 avholdt regionale kurs for fastlegene i Østerdalen, Glåmdalen og Hedemarken med Elverum og Åmot. Demenskoordinator deltar som kursleder i bruk av utredningsverktøy. Disse kursene vil bli evaluert og videreført i 2023. Tilsvarende tilbud gis i «gamle» Oppland.

Vi har fått skriftlig forklart[20] at utvalgte områder for 2026 er å fullføre perm 2 for deltakerne på Demensomsorgens ABC, samt prosjekt på kompetanseheving via VR på tvers av enheter. Vedlikehold av kompetanse for demensteamets medlemmer (utredning og oppfølging), og å etablere og bygge kompetanse for ny ergoterapeut i demensteamet, nevnes også som utvalgte områder.

I dokumentbestillingen ba vi om oversikt over antall ansatte som har fått videre- og etterutdanning årene 2024 t.o.m. dagens dato. Tabellen nedenfor viser antall ansatte i tjenestene til personer med demens som har tatt videre- og etterutdanning i denne perioden. Tabellen fordeler ansatte på tjenester til hjemmeboende og institusjonstjenesten.

| Antall ansatte med videre- eller etterutdanning innen demens årene 2024 t.o.m. juni 2026 | | |
|---|---|---|
| | **Tjenester til hjemmeboende** | **Institusjonstjenesten** |
| ABC Demensomsorg | 4 | 9 |
| VR: ABC Demensomsorg | 18 | 7 |
| Videreutdanning demens og alderspsykiatri, fagskolen | 1 | 9 |
| Opplæringskurs SAM-ASK[21] 2- dagers kurs | | 46 |
| Klinisk helsearbeider | | 1 |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

[20] I dokumentet *Kompetanseplan demens 2026*

[21] SAM-AKS bygger på Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje om demens for utredning og oppfølging av pasienter i kommunene. Utredningen er til hjelp for å avklare pasientens helsesituasjon, og for planlegging og evaluering av miljørettede og medikamentelle tiltak i tråd med personsentrert omsorg.

#### 6.2.2.1 Data fra spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen vår har 10 av 71 respondenter (14 prosent) svart at de er kjent med at kommunen har et system for å kartlegge ansattes kompetansebehov. 26 av 71 respondenter (37 prosent) har svart delvis, og 35 av 71 respondenter (ca. 50 prosent) har svart nei. 8 av 71 respondenter (11 prosent) har svart at de har deltatt i en slik kartlegging i løpet av de to siste årene. 47 av 71 respondenter (66 prosent) har svart nei, og 16 av 71 respondenter (23 prosent) var usikre.

På spørsmålet *Har du selv ytret ønske om/behov for opplæring eller etter-/videreutdanning i demensomsorg*, fordeles respondentene seg slik:

- 16 av 71 (22 prosent) har ytret ønske om opplæring
- 15 av 71 (21 prosent) har ytret ønske om etter- eller videreutdanning
- 40 av 71 (56 prosent) har ikke ytret ønske om verken opplæring eller etter- eller videreutdanning.

I spørreundersøkelsen skulle respondentene vurdere sin egen kompetanse i ulike temaer på en skala fra i svært liten grad til i svært stor grad.

| På en skala fra i svært liten grad til i svært stor grad, i hvor stor grad opplever du at du har kompetanse om følgende | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | I svært liten grad | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
| **Demenssykdommer** | | 7 % | 23% | 52 % | 18 % |
| **Personsentrert omsorg** | | 3 % | 10 % | 52 % | 35 % |
| **Kommunikasjon*** | 3 % | 4 % | 19 % | 40 % | 34 % |
| **Kartleggingsverktøy*** | 3 % | 13 % | 26 % | 43 % | 16 % |
| **Ernæring** | | 4 % | 14 % | 62 % | 20 % |
| **Miljørettede/psykososiale tiltak*** | 3 % | 4 % | 36 % | 41 % | 16 % |
| **APSD** | 9 % | 7 % | 24 % | 52 % | 9 % |
| **Velferdsteknologi** | 4 % | 17 % | 38 % | 32 % | 9 % |

*Kilde: Questback- undersøkelse gjennomført av Revisjon Øst IKS, 2026. (N =71/*70).*

Av resultatene fremgår det at de ansatte i størst grad opplever å ha god kompetanse innen personsentrert omsorg, ernæring, demenssykdommer, kommunikasjon og APSD. For disse temaene svarer et flertall av respondentene at de har kompetanse i stor eller svært stor grad. Særlig gjelder dette personsentrert omsorg, der nær ni av ti oppgir høy grad av kompetanse, og ernæring, hvor over åtte av ti vurderer sin kompetanse som stor eller svært stor. Resultatene viser også at ansatte opplever å ha god kompetanse innen demenssykdommer og kommunikasjon. Innen disse områdene svarer et flertall at de har kompetanse i stor eller svært stor grad, mens en mindre andel oppgir at de har kompetanse i liten grad. Dette tyder på at respondentene generelt vurderer egen kompetanse som god på sentrale områder knyttet til omsorg og oppfølging av personer med demens.

Når det gjelder kartleggingsverktøy, miljørettede og psykososiale tiltak samt APSD, er svarene mer spredt. Selv om flertallet oppgir at de har kompetanse i stor eller svært stor grad, er det samtidig en relativt stor andel som svarer «i noen grad». Dette viser at opplevelsen av kompetanse innen disse temaene varierer mer mellom respondentene. Velferdsteknologi er området hvor respondentene i minst grad opplever å ha høy kompetanse. Her svarer under halvparten at de har kompetanse i stor eller svært stor grad, mens over halvparten oppgir at de har kompetanse i noen, liten eller svært liten grad. Også for kartleggingsverktøy er det en relativt stor andel som vurderer kompetansen sin som begrenset sammenlignet med de øvrige temaområdene.

| På en skala fra i svært liten grad til. i svært stor grad, i hvor stor grad opplever du følgende: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | I svært liten grad | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
| Jeg har kjennskap til kommunens tilbud til personer med demens | 3 % | 9 % | 31 % | 39 % | 18 % |
| Jeg har kjennskap til kommunens tilbud til pårørende | 6 % | 20 % | 35 % | 24 % | 15 % |
| Jeg kan gi brukere/pasienter veiledning om tjenestetilbudet | 8 % | 10 % | 35 % | 38 % | 8 % |
| Jeg kan gi pårørende veiledning om tjenestetilbudet | 10 % | 11 % | 34 % | 34 % | 11 % |

*Kilde: Questback- undersøkelse gjennomført av Revisjon Øst IKS, 2026, (N = 71).*

Som tabellen over viser svarte respondentene også på påstander om sin kjennskap til tjenestetilbudet kommunen har til personer med demens og deres pårørende. Resultatene viser at respondentene gjennomgående vurderer sin kjennskap og veiledningskompetanse som moderat til god. Kjennskapen til kommunens tilbud til personer med demens er høyest, med 57 prosent som oppgir stor eller svært stor grad av kjennskap. Tilsvarende er andelen som oppgir at de kjenner til tilbud til pårørende i stor eller svært stor grad 39 prosent. Et samlet trekk ved resultatene er at respondentene vurderer sin kjennskap til og evne til å veilede om tilbud til personer med demens som noe høyere enn tilsvarende kjennskap og veiledning knyttet til tilbud for pårørende.

**Data fra intervju**

Hamar kommune har ifølge kommunalsjefen hatt en ganske solid innføring av personsentrert omsorg, og kommunalsjefen mente at denne kompetansen er sentral for alle ansatte i eldreomsorgen. Mange av de ansatte har gjennomført Demensomsorgens ABC, samt at noen har gått videre på opplæringsprogram for psykisk sykdom. Tjenesteleder hjemmeboende forklarte at kommunen har gjennomført organisatoriske tilpasninger for å møte økende behov for tjenester til personer med demens. I 2021 ble én av enhetene innen hverdagsmestring omorganisert og overført til tjenesteområdet for personer med demens. I forbindelse med omorganiseringen har ansatte ifølge tjenestelederen fått opplæring i personsentrert omsorg, og flere har gjennomført Demensomsorgens ABC. Tiltakene er gjennomført for å sikre at de ansatte har kompetanse tilpasset oppgavene innen demensomsorgen.

Kommunen har igangsatt et pilotprosjekt om VR-opplæring i Demensomsorgens ABC som et kompetansehevende tiltak for ansatte i tjenestene. Tjenesteleder hjemmeboende forklarte at VR-prosjektet er en pilot som strekker seg over ett år og som skal munne ut i en rapport. Rapporten vil gi innsikt i

erfaringer, opplevd nytte og en anbefaling for videre kompetanseheving innen Demensomsorgens ABC. Enhetsleder for Sone 2 bekreftet at alle ansatte har testet dette, men de har ikke gjennomført delen med refleksjonskortene som følger pilotprosjektet. Virksomhetsleder Demens håper at opplegget også kan benyttes i Sone 1 og Dagaktiviteten.

Demenskoordinator viste til at ansatte på skjermede enheter har særskilt kompetanse på demens og håndtering av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). På ordinære avdelinger gis det også opplæring på området, men den spesialiserte kompetansen er sterkest på de skjermede enhetene. Skjermede enheter skal brukes når det er et faglig begrunnet behov, men man ønsker samtidig å unngå unødvendig flytting av pasienten. Tilnærmingen bygger på personsentrert omsorg, med vekt på struktur i hverdagen, tilpassede aktiviteter og regulering av både ytre og indre stimuli. Forutsetningen for å lykkes med dette er tilstrekkelige personalressurser, vektla demenskoordinatoren.

Enhetsleder for Dagaktivitet opplyste at enheten per i dag ikke har et fast system for kompetanseheving, men at det arbeides med å etablere dette. Det legges vekt på å utnytte og dele kompetanse internt, men en travel arbeidshverdag gir begrenset tid til faglige drøftinger. Fremover er målet å gjennomføre faglig utvikling hver 14. dag, med rullerende tidspunkt slik at flest mulig kan delta. Enhetsleder vurderte at dette kan bidra til å styrke det faglige nivået i tjenesten.

Grunnlaget for kompetanseheving blant ansatte bygges på en oversikt over hva den ansatte allerede har av kompetanse og utdanning, og hva de trenger, forklarte kommunalsjefen. Innen eldreomsorgen er det gjennom den årlige kompetansekartleggingen kartlagt behov for både generell kompetanse og spesialisert kompetanse. Antallet som tar utdanning hvert år må også veies opp mot pasientsikkerheten og driften i hver enhet. Kommunen søker Statsforvalteren om midler for å sikre ansatte utdanning. Fristen for å søke kompetansemidler er 15. mars hvert år, og kompetanseplanene legges til grunn ved søknad om midler fra Statsforvalteren. Kommunen har ikke en stipendordning for ansatte innen helse- og omsorgstjenestene, men ansatte får støtte til pensumbøker, eksamens- og semesteravgifter. I noen tilfeller innvilges også støtte til reiseutgifter og permisjon med lønn. Arbeidstiden til ansatte tilpasses studiene, og det er sjeldent de har mulighet til å innvilge heltidsstudier.

Gjennom intervjuer kommer det fram at kommunen også legger til rette for kompetanseutvikling gjennom samarbeid med utdanningsinstitusjoner og ved å ta imot elever, studenter og praksiskandidater i tjenestene. Virksomhetsleder for institusjonstjenesten forklarer at økende kompleksitet i pasientgruppen gjør det nødvendig å styrke kompetansen blant fagarbeidere. Lederne oppfordrer ansatte til å ta videreutdanning, blant annet innen demens, alderspsykiatri og rus og psykisk helse, og det vises til videreutdanningstilbud som kan bidra til økt fagkompetanse. Det opplyses også at kommunen forsøker å tilrettelegge for deltakelse i utdanning og opplæring.

Kommunen har et tydelig fokus på kompetanseutvikling og oppleves som en kompetansetung organisasjon, forklarte hovedtillitsvalgt. Det legges til rette for at ansatte kan ta videre- og etterutdanning, og arbeidsgiver viser vilje til å støtte ansatte som ønsker kompetanseheving. Samtidig pekes det på at dette området har et forbedringspotensial. Ressursene er begrensede, noe som medfører at en del utdanning og kompetanseutvikling må gjennomføres i ferier eller ved bruk av permisjonsdager. Tilretteleggingen er god, men innebærer ikke nødvendigvis full økonomisk finansiering, mente den hovedtillitsvalgte.

### 6.2.3 Demenskoordinator og demensteam (Kriterium 8)

Kommunen har opplyst at demensteamet består av en spesialsykepleier i 100 prosent stilling, en ergoterapeut i 50 prosent stilling og en sykepleier i 20 prosent stilling. Demenskoordinatoren har hatt rollen siden 2007. Demensteamet står foran endringer i bemanningen ved at spesialergoterapeuten slutter høsten 2026, forklarte demenskoordinator. Det er planlagt å erstatte denne funksjonen med en ny medarbeider i en stilling på 50 til 60 prosent.

Kommunen har utarbeidet styrende dokumenter for demensteamet og demenskoordinator som beskriver organisering og ansvarsområder.[22] Ifølge disse dokumentene har demensteamet ansvar for utredning og kartlegging av personer med ervervet kognitiv svikt. Demenskoordinator er beskrevet som kommunens faglige hovedressurs på demensområdet, med oppgaver knyttet til veiledning, bistand i utredningsarbeid, kompetanseutvikling, tverrfaglig samarbeid og oppfølging av arbeidsplanen for demens. Demenskoordinator opplyser at rundt 30 prosent av tiden brukes til veiledning og opplæring av ansatte i tjenestene. Veiledningsarbeidet omfatter blant annet observasjon, evaluering av tiltak og støtte til ansatte i krevende situasjoner.

Gjennom intervjuer med ansatte i ulike lederroller har flere trukket fram styrking av demensteamet som et forbedringsområde i kommunens tjenestetilbud, hvor tjenesteleder hjemmeboende påpekte at styrking av demensteamet er identifisert som et mulig framtidig tiltak. Etter det revisjonen er opplyst, er styrking av demensteamet ikke prioritert i gjeldende økonomi- og handlingsplan for 2027. Kommunalsjefen understreket i intervju at Hamar kommune har valgt å bygge demenskompetanse bredt i tjenestene, slik at kompetansen ikke blir konsentrert til ett team. Kommunen har også en egen demenssone i hjemmetjenesten. Ressursbruk og organisering på området evalueres løpende for å sikre best mulig kvalitet og effektivitet i tjenestene. Kommunalsjefen viste samtidig til at det kan være aktuelt å innhente erfaringer fra andre kommuner som har organisert demensarbeidet på andre måter, som del av det videre utviklingsarbeidet.

## 6.3 Revisors vurdering

### 6.3.1 Vurdering av revisjonskriterium 6 – Kompetansekartlegging

Det framgår av innhentet data at kommunen har rutiner for å systematisk kartlegge kompetansebehov i tjenestene. Foreliggende *Årlig kompetanseplan 2026 for Helse og mestring* beskriver overordnede kompetanse- og opplæringsbehov i tjenestene, og vi har fått bekreftet at denne bygger på kartlagte behov, nasjonale føringer og retningslinjer, avviksmeldinger fra tjenestene, og erfaringer og anbefalinger fra tilsynsrapporter. Virksomhetslederne har videre bekreftet at det utarbeides enhetsvise kompetanseplaner basert på behovene i tjenestene.

Selv om kommunen opplyser at kompetansebehov kartlegges og legges til grunn for kompetanseplanleggingen, antyder resultater fra spørreundersøkelsen at et fåtall av de som har svart kjenner til systemet for kartlegging av kompetansebehov, og svært få oppgir å ha deltatt i en slik kartlegging de siste to årene, til tross for at flertallet har jobbet i kommunen i over tre år. Selv om svarprosenten i spørreundersøkelsen er lav, mener revisjonen mener dette kan antyde at ansatte ikke er tilstrekkelig kjent med rutinene som foreligger. Revisjonen vurderer alt i alt at kommunen har et system for å kartlegge kompetanse og behov for opplæring blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

[22] Se vedlegg E.

Vi mener at revisjonskriterium 6 er etterlevd.

**Kommunen skal ha systemer for å kartlegge kompetanse og behov for opplæring blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten.**

### 6.3.2 Vurdering av revisjonskriterium 7 – Rutiner og praksis for opplæring, videre- og etterutdanning

Datagrunnlaget viser at kommunen har flere systematiske kompetansetiltak innen demensområdet, herunder Demensomsorgens ABC, TID-opplæring, og VR-basert opplæring i demensomsorg. Det foreligger også kompetanseplaner og arbeidsplaner som beskriver prioriterte kompetanseområder og tiltak. Kommunalområdet har også flere ordninger for å sikre ansatte videre- eller etterutdanning. Det vises samtidig til at kommunen har samarbeid med utdanningsinstitusjoner som kan bidra til rekruttering av både sykepleiere, vernepleiere og fagarbeidere.

Spørreundersøkelsen viser også at en stor overvekt av de som har svart opplever at de har kompetanse om personsentrert omsorg i stor eller svært stor grad, noe som underbygger at området har hatt høy prioritet. Samtidig varierer opplevd kompetanse mellom ulike fagområder. Særlig innen velferdsteknologi, kartleggingsverktøy og miljørettede tiltak er det en betydelig andel ansatte som oppgir at de bare har kompetanse i noen grad eller i liten grad. Dette kan indikere behov for ytterligere målrettede kompetansetiltak innen enkelte områder av demensomsorgen. Vår vurdering er allikevel at kriteriet er etterlevd.

Vi mener at revisjonskriterium 7 er etterlevd.

**Kommunen skal ha rutiner og praksis for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte som yter helse- og omsorgstjenester for personer med demens. Herunder skal det blant annet gis opplæring i personsentrert omsorg.**

### 6.3.3 Vurdering av revisjonskriterium 8 – Tverrfaglig demensteam

Undersøkelsen viser at Hamar kommune har et demensteam bestående av spesialsykepleier i 100 prosent stilling, en ergoterapeut i 50 prosent stilling og en sykepleier i 20 prosent stilling. På bakgrunn av innhentet data kommer det ikke fram hvilken formell kompetanse teamet har utover grunnutdanningen, men intervjudata viser at teamet har lang erfaring med arbeidet. Videre har kommunen utarbeidet styrende dokumenter som beskriver organisering, ansvar og oppgaver for demensteamet og demenskoordinator, noe som bidrar til å tydeliggjøre teamets rolle i tjenestetilbudet.

Samtidig viser intervjuene at flere ledere ser behov for å styrke demensteamet på sikt. Bemanningsendringer i teamet og forventninger om økt behov for demensutredning og oppfølging kan påvirke kapasiteten fremover. Revisjonen merker seg imidlertid at kommunen bevisst har valgt å bygge demenskompetanse bredt i tjenestene, og at kommunen fortløpende vurderer organisering og ressursbruk på området. På bakgrunn av datagrunnlaget mener revisjonen at kommunen allikevel har etablert et tverrfaglig demensteam med særskilt kompetanse og klart definerte oppgaver.

Vi mener at revisjonskriterium 8 er etterlevd.

**Kommunen bør ha et tverrfaglig team med spesiell kompetanse og definerte oppgaver i tilbudet til personer med demens og deres pårørende**

# 7 Problemstilling 3 – Tildeling av tjenester til brukere og pårørende

***Tildeles tjenester til personer med demens og deres pårørende i henhold til lovkrav?***

## 7.1 Revisjonskriterier for problemstilling 3

Punktene under er en oversikt over de kriteriene vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se vedlegg A.

| | | |
|---|---|---|
| | Kriterium 9 | Kommunen skal ha skriftlige rutiner som bidrar til å sikre at vedtak på tildeling av tjenester skjer i henhold til forvaltningsloven. |
| | Kriterium 10 | Kommunen skal ha rutiner og praksis som sikrer at det fattes vedtak om pårørendestøtte til pårørende som yter særlig tyngende omsorgsarbeid, herunder avlastning. |
| | Kriterium 11 | Kommunen skal ha systemer for bruk av koordinator og individuell plan i oppfølgingen av personer med demens og deres pårørende. |
| | Kriterium 12 | Kommunen skal tildele langtidsplass på sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester i tråd med lovverk og kommunens egen forskrift. |
| | Kriterium 13 | Kommunens bruk av ventelister skal være i henhold til lovverk og kommunens egen forskrift. |

## 7.2 Innhentet data: Tildeling av tjenester til personer med demens og deres pårørende

Datadelen beskriver kommunens etterlevelse av forvaltningslovens krav til enkeltvedtak, begrunnelse og likebehandling. I dette vektlegges rutiner og praksis for tildeling av tjenester som helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon, pårørendestøtte, koordinator, individuell plan og dagaktivitetstilbud til personer med demens. Datadelen omfatter også kommunens rutiner og praksis for bruk av ventelister for tildeling av langtidsplass på sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester, samt vedtaksfesting av pårørendestøtte.

### 7.2.1 Rutiner for tildeling av tjenester (kriterium 9)

Kommunen har oversendt søknadskjema for Helse- og omsorgstjenester i Hamar kommune. I søknadsskjemaet inndeles helse- og omsorgstjenestene i kategoriene; *hjemmebaserte tjenester*, *heldøgnsbemannede tjenester* og *andre tjenester*. Søknadskjemaet inneholder beskrivelse av hvilke personopplysninger som er nødvendige, opplysninger om søkers helse og kontaktinformasjon til fastlege.[23]

Prosedyren *Ansvar- og oppgavefordeling for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester* (datert 11.05.2026) beskriver at hensikten er å sikre korrekt og fullført saksbehandling av søknader og revurderinger av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Som oversikten i vedlegg G viser, inneholder alle prosedyrer for tildeling av helse- og omsorgstjenester henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven,

[23] Søker må beskrive mål for tjenesten(e), ressurser og sosialt nettverk, hva søker trenger bistand med, status ift. bopel, og et felt hvor søker må krysse av for samtykke. I vedlegget til søknadsskjemaet oppgis nærmere opplysninger om samtykke, samtykkekompetanse og nærmeste pårørende.

og for hver av prosedyrene for enkelttjenester oppgis henvisning til aktuell lovparagraf. Fem av prosedyrene inneholder formuleringen «vedtak fattes etter forvaltningslovens saksbehandlingsregler», hvor én av prosedyrene henviser til lovparagraf i forvaltningsloven. Én av prosedyrene inneholder henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunens praksis i henhold til forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak beskrives i 8.2.2 og 8.2.4.

**Data fra intervju**

Lederen for tildelingsenheten forklarte at enheten har mål om kort saksbehandlingstid, og at søknader ofte behandles og tjenester tildeles innen kort tid, i enkelte tilfeller samme dag som søknaden mottas. Ved mer tidkrevende kartlegging informeres søkerne om årsaken til forsinkelsen. Lederen opplyste videre at det er tett samarbeid mellom tjenestene og tildelingsenheten, og at vurderinger av tjenestetildeling bygger på individuelle og faglige vurderinger. Ved begrenset kapasitet gjennomgås aktuelle saker i fellesskap for å vurdere prioritering av tilbud. Lederen viste også til at opplæring og saksbehandling i hjemmesykepleien i mindre grad ble gjennomført som planlagt, men opplevde at situasjonen har bedret seg over tid.

Virksomhetsleder Demens forklarte at mottaksteamet gjennomfører innledende kartlegging av brukere, og at personer med kognitiv svikt følges opp videre i demenssonen. Det ble vist til at tjenestene samarbeider på tvers, og at grundig kartlegging, dokumentasjon og dialog er viktig for å sikre at brukerne får riktig tilbud. Enhetsledere og arbeidslagsledere fremhevet at dagens rutiner for tjenestetildelingen gir nærhet til brukerne ved at vedtak fattes av ansatte med god kjennskap til behov og tjenester. Samtidig ble det pekt på at en mer samlet tildeling kan gi økt effektivitet.

### 7.2.2 Rutiner og praksis for vedtak på pårørendestøtte (kriterium 10)

I dokumentbestillingen etterspurte vi antall vedtak og avslag på tildeling av pårørendestøtte til pårørende til personer med demens i perioden 1. april 2025 til 1. april 2026. Som vist i kommunens oversikt har det bare blitt gitt ett avslag på omsorgsstønad i denne perioden.

| Antall søknader på pårørendestøtte i perioden 01.04.2025 til 01.04.2026 | | | |
|---|---|---|---|
| **Søknader** | **Antall søknader** | **Antall innvilget** | **Antall avslag** |
| **Avlastning** | 90 | 90 | 0 |
| **Omsorgsstønad** | 4 | 3 | 1 |
| **Opplæring og veiledning** | O | O | O |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

Kommunen oppgir skriftlig at veiledning og oppfølging til pårørende med demens er individuelt tilpasset og bygger på prinsipper om personsentrert tilnærming. Det foreligger derfor ingen standardisert mal for innholdet i veiledningen. Omfang og innhold vurderes ut fra den enkelte pårørendes behov og situasjon. Det oppgis at påmelding til Pårørendeskolen skjer via nasjonalforeningen for demens. Pårørende kan også få individuelle samtaler med demenskoordinator. Disse samtalene journalføres ikke, siden pårørende har uttrykket at de ikke ønsker registering i pasientjournalsystemet Gerica. Av denne grunn fattes det heller ikke vedtak på denne oppfølgingen, forklarte demenskoordinator. Demenskoordinatoren var usikker på om denne praksisen vil endres når kommunen går over til journalføring i Aidn.

I forbindelse med dokumentbestillingen har kommunen oversendt saksfremlegg fra sak 64/2026 behandlet i formannskapsmøte 20. mai 2026 hvor kommunestyret vedtar endring av kommunens lokale forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Endringen trådte i kraft 27. mai 2026. I saksfremlegget beskrives det at § 7 tredje ledd: «at personer som mottar hovedomsorgen fra sine pårørende, skal få tilbud om avlastende tiltak for særlig tyngende omsorgsoppgaver», er endret til «Pårørende og andre med særlig tyngende omsorgsoppgaver, og som står for hovedomsorgen til søker, skal få tilbud om avlastende tiltak for særlig tyngende omsorgsoppgaver». Det spesifiseres at korrigeringen av § 7 er avgrenset til å presisere hvem avlastningstiltakene retter seg mot. Korrigeringen vil bidra til større tydelighet for innbyggere, pårørende og ansatte, og vil samtidig støtte opp under korrekt saksbehandling.

Kommunalsjef Helse og mestring har forklart i intervju at kommunen har revidert den lokale forskriften etter at Revisjon Øst IKS i oppstartsmøtet med kommunen påpekte behov for tydeligere formuleringer knyttet til avlastning for pårørende.

**Avlastning i hjemmet og dagaktivitet**

Prosedyren *Avlastning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid* (datert 21.05.2026) gjelder ansatte som yter tjenester til hjemmeboende. Ansatte eller primærkontakt kan melde behov for avlastning til Hamar Frivilligsentral, som har ansvar for å finne en frivillig som skal bidra som «avlaster». Det skal gjennomføres et koblingsmøte mellom frivillig, bruker/pårørende og ansatte. Dette skal dokumenteres i en koblingsavtale og det skal opprettes tiltak i Gerica om «pårørendestøtte» for hjemmesykepleien og for hjemme-rehabilitering. Avlastning som gis i hjemmet i samarbeid med Hamar Frivilligsentral vedtaksfestes ikke.

Enhetsleder for Dagaktiviteten behandler søknader om dagaktivitetstilbud for personer med demens. Søknadene gjennomgås i månedlige inntaksmøter med ansatte i enheten og demenskoordinator, hvor kapasitet og tilbud vurderes opp mot den enkelte brukers behov. Det gjennomføres deretter hjemmebesøk med bruker og pårørende før det fattes enkeltvedtak. Enhetslederen opplyste at de fleste får vedtak innen én til to dager. I enkelte tilfeller kan brukere få en midlertidig «lånedag», det vil si at vedkommende får tilbud om en ekstra dag på dagsenteret, for å avlaste pårørende eller håndtere krevende hjemmesituasjoner.

**Avlastningsopphold**

Kommunen har oversendt prosedyren *Avlastningsopphold – Saksbehandling* (datert 07.01.2020) som beskriver at avlastningsopphold er et tidsbegrenset tilbud til omsorgsyter for å opprettholde gode familierelasjoner, bevare sosialt nettverk og ha mulighet for nødvendig og regelmessig fritid.

Prosedyren beskriver at søknader om korttidsplass behandles individuelt på grunnlag av en helsefaglig vurdering. Etter at søknaden er mottatt, sendes det informasjon til *bruker* om mottak av søknaden, forventet saksbehandlingstid og ansvarlig saksbehandler. Vurderingen av behovet for tjenesten bygger på opplysninger i søknaden, samtaler med bruker og pårørende, samt eventuelt et vurderingsbesøk i hjemmet. Opplysningene drøftes deretter i inntaksmøte for korttidsplasser, som beslutter tildeling av plass. Soneleder har ansvar for saksbehandling i Gerica og utforming av vedtak med begrunnelse. Prosedyren opplyser også at oppholdet er gratis, men at brukeren selv må dekke utgifter til blant annet legemidler, medisinsk utstyr, legetilsyn og transport.

Kommunen har oversendt fem vedtak på avlastningsopphold. Alle vedtakene tituleres med «Melding om vedtak» og det oppgis når søknad er mottatt og perioden for avlastning i institusjon. Oppsummert viser stikkprøvekontrollen at følgende beskrives i vedtakene:

| Innhold i vedtakene basert på stikkprøvekontrollen | | |
|---|---|---|
| Kategori | **Antall** | Beskrivelse i vedtakene |
| **Begrunnelse** | 5 av 5 | «På grunn av stor omsorgsbelastning i hjemmet, er det innvilget et avlastningsopphold for **navn på bruker/pasient** på **navn på institusjon** fra **dato til dato**». |
| **Saksopplysninger** | 1 av 5 | Et av fem vedtak inneholder saksopplysninger som beskriver den pårørendes situasjon og hensikten med avlastningen. |
| **Henvisning til lovhjemmel:** | 5 av 5 | I alle fem vedtak henvises det til at søknaden er behandlet iht. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. Innholdet i § 3-6 gjengis uten henvisning til at avlastning gis etter § 3-6 nr. 2. |
| **Informasjon til bruker** | 5 av 5 | I alle fem vedtak beskrives det: «Ved avlastningsoppholdet må du sørge for å ha med deg medisiner, toalettsaker, inkontinensutstyr og annet forbruksmateriell». |
| **Klagegang** | 5 av 5 | Under klagegang henvises det til pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. *Klage.* og § 7-5. *Frist for klage.* Innholdet i paragrafene gjengis i alle vedtakene. Alle vedtak inneholder vedlegg med «Melding om rett til å klage over vedtak». I skjemaene oppgis det at enten Tjenester til hjemmeboende eller Enhet for tildeling av helse- og omsorgstjenester er avsender/forvaltningsorganet. |
| **Svarslipp** | 5 av 5 | Alle fem vedtak inneholder en svarslipp hvor pårørende må krysse av for om pårørende ønsker å ta imot tilbud om *Avlastning i institusjon for **bruker**, ved **navn på sykehjem**, fra **dato til dato***. Svarslippen inneholder også et punkt som pårørende kan krysse av hvis de ikke ønsker å ta imot tilbudet om ***Avlastning - i institusjon*** |

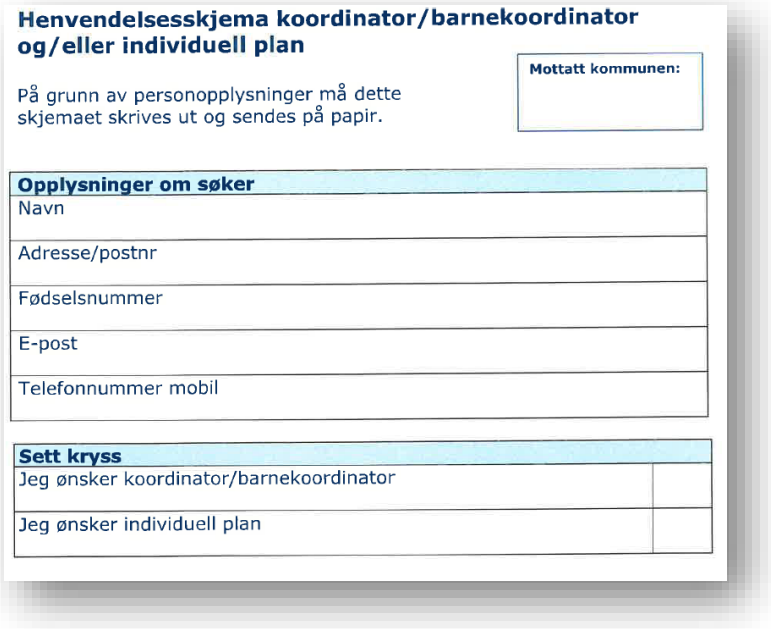
På spørsmål om rutiner for tildeling av avlastning, forklarte en av enhetslederne at vedtakene utformes av arbeidslagslederen og enhetsleder signerer. De følger en egen en mal på hvordan dette kan gjøres. Vedtak om avlastning fattes på den pårørende, men lagres på brukeren i Gerica. Enhetslederen erkjente at formuleringene i vedtakene kan virke misvisende, siden de inneholder informasjon som er rettet mot brukeren. Enhetslederen var litt usikker på hvordan praksisen kan forbedres, slik at det tydeliggjøres at avlastning gis som tjeneste til den pårørende. Siden det er brukeren som får et korttidsopphold, har brukeren også behov for nødvendig informasjon. En løsning kan være at brukeren får et informasjonsbrev om tilbud om avlastningsopphold, men dette er ikke gjeldende praksis per nå. Det er ulikt hvordan pårørende ønsker at disse situasjonene håndteres, og hvordan bruker skal informeres, forklarte enhetslederen.

Lederen for tildelingsenheten påpekte at det innad i kommunalområdet diskuteres hvordan avlastningsvedtakene skal praktiseres og om gjeldende praksis ivaretar lovkravene for tildeling av tjenester. Dette gjelder om vedtakene skal journalføres på pårørende eller bruker. På spørsmål om utformingen av vedtak på avlastning i institusjon, svarte lederen at vedtakene formuleres av ansatte ute i tjenestene

og at utformingen av vedtakene kan påvirkes av dette. Siden de ansatte ikke primært jobber med saksbehandling, var lederes oppfatning at ansatte må få mer tid og ro for å fatte vedtakene.

### 7.2.3 Systemer for bruk av koordinator og individuell plan (kriterium 11)

I *Kommunedelplanen for 2018-2030* oppgis det under kapittelet *Utviklingsarbeid (tjenester) 2018-2021* at utviklingsarbeid med sikte på at individuell plan og koordinatorfunksjonen skal benyttes i større grad og særlig i tjenester eller til brukergrupper der disse verktøyene sjelden benyttes. I dokumentbestillingen etterspurte vi hvor mange personer med demens som har koordinator og individuell plan (IP). I kommunens oversikt oppgis det at det er én person med demens som har koordinator og én som har IP.



**Henvendelsesskjema koordinator/barnekoordinator og/eller individuell plan**

På grunn av personopplysninger må dette skjemaet skrives ut og sendes på papir.

**Mottatt kommunen:**

| **Opplysninger om søker** |
|---|
| Navn |
| Adresse/postnr |
| Fødselsnummer |
| E-post |
| Telefonnummer mobil |

| **Sett kryss** | |
|---|---|
| Jeg ønsker koordinator/barnekoordinator | |
| Jeg ønsker individuell plan | |

Kommunen har oversendt søknadskjema, samt rutiner/prosedyrer for individuell plan og koordinator og primærkontakter. I *Henvendelsesskjema koordinator/barnekoordinator og/eller individuell plan* skal søker fylle ut om det er behov for koordinator og/eller IP, informasjon om behov for koordinering, informasjon om samarbeidsparter og hvem de ønsker som koordinator.

Det beskrives i skjemaet at Hamar kommune bruker verktøyet Visma Flyt Samspill til å koordinere, opprette og følge opp individuelle planer.[24] Tilgang til systemet gis personlig.

Kommunen har oversendt tre prosedyrer som beskriver arbeidsfordelingen mellom koordinerende enhet, enhetsledere og koordinatorer, oppsummert i tabellen i vedlegg F. Prosedyrene inneholder beskrivelse av koordinerende enhets overordnede ansvar for barnekoordinator, koordinator og individuell plan, koordinators oppgaver og leder i den enkelte enhet sitt ansvar. Henvendelsesskjemaet mottas og behandles av koordinerende enhet. Ledere i helse og mestring har ansvar for å oppnevne koordinator etter henvendelse fra koordinerende enhet. Det oppgis ikke i prosedyren hvor mange tjenester som kreves før det kan oppnevnes koordinator eller opprettes individuell plan.

Prosedyren *Primærkontakt Helse og omsorg* (08.10.2025) beskriver at primærkontakten skal følge opp pasientens eller brukerens tjenestetilbud i samarbeid med vedkommende og i tråd med vedtak. Primærkontakten skal kjenne brukerens ressurser og behov, gi nødvendig informasjon og veiledning til øvrige ansatte. Primærkontakten har ansvar for å melde ifra til arbeidslagsleder eller leder dersom hjelpebehovet endres og pasient/bruker har behov for å endre tjeneste eller omsorgsnivå. Det er ikke beskrevet i rutinen at primærkontakt skal informere bruker eller pårørende om mulighet for IP og koordinator.

[24] Det opplyses at Visma Flyt Samspill er tilgjengelig via internett og tilfredsstiller sikkerhetskrav fra Datatilsynet.

**Data fra intervju**

Leder for tildelingsenheten forklarte at det i enkelte saker innvilges både koordinator og individuell plan, mens andre kun har behov for én av ordningene. For at en person skal få innvilget koordinator eller IP, må det foreligge behov for samordning av tjenester på tvers av sektorer eller tjenesteområder. Det gis sjelden avslag på søknader, da de fleste som søker oppfyller kriteriene for oppfølging, forklarte lederen, som påpekte at det blant eldre tjenestemottakere er vanligere å ha en primærkontakt og en tiltaksplan enn en formell koordinator og individuell plan. Når det gjelder personer med demens, er det sjelden at pårørende etterspør koordinator eller individuell plan. Kommunen har både demenskoordinator og demensteam som følger opp denne brukergruppen, og erfaringen er at en godt utarbeidet tiltaksplan ofte ivaretar behovene på en like god måte som en individuell plan.

Kommunalsjef Helse og mestring forklarte at det skal gjøres individuelle vurderinger i hvert enkelt tilfelle når det gjelder behov for koordinator og individuell plan. Erfaringen til kommunalsjefen og de andre lederne vi har intervjuet, er at mange brukere og pårørende ikke etterspør individuell plan, og at koordineringen av tjenester i praksis ofte ivaretas gjennom demenskoordinator, tjenesteansvarlige, primærkontakter og øvrige ansatte i tjenestene. Tjenesteleder hjemmeboende vektla også at behov for ulike tjenester drøftes i inntaksmøter, hvor man jobber med å plassere brukere innenfor de rette tjenestene. Kommunalsjefen viste samtidig til at det er et forbedringspotensial knyttet til systematisk vurdering og bruk av koordinator og individuell plan der vilkårene er oppfylt.

### 7.2.4 Kommunens tildelingspraksis ved langtidsplass i institusjon eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester (kriterium 12 og 13)

Kommunen har oversendt følgende oversikt over antall søknader og avslag på institusjonsplass og omsorgsbolig for perioden 1. april 2025 til 1. april 2026. Oversikten viser at det er gitt ett avslag på langtidsopphold og to avslag på omsorgsbolig HDO i denne perioden.

| Søknader og avslag på institusjonsplass og omsorgsbolig HDO perioden 1. april 2025 til 1. april 2026 | | | |
|---|---|---|---|
| **Søknader** | **Antall søknader** | **Antall innvilget** | **Antall avslag** |
| Langtidsopphold institusjon | 147 | 146 | 1 |
| Omsorgsbolig m. heldøgns bemanning | 51 | 49 | 2 |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

Prosedyren *Vedtak – Langtidsopphold i institusjon* (datert 01.11.2025) inneholder definisjoner, prosedyre for saksbehandling, ansvarsfordeling mellom tildeling og driftsorganisasjonen, føringer for IPLOS-registering, samt ansvar for prosedyren. Under referanser henviser prosedyren til forskrift for tildeling av langtidsopphold eller tilsvarende bolig, Hamar.

*Forskrift for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende* bolig, *Hamar kommune* tredde i kraft 01.08.2017. Forskriftens § 2 tydeliggjør at denne gjelder for alle som bor eller oppholder seg i Hamar kommune, og som har et varig, omfattende, døgnkontinuerlig pleie- og omsorgsbehov som ikke kan oppfylles tilstrekkelig i eget hjem eller annen tilpasset bolig. Langtidsopphold skal gis ved et av kommunens sykehjem eller *botilbud med tilsvarende tjenester*. Forskriftens § 3 beskriver hva som er grunnlag for vurdering og tildeling. I andre ledd presiseres det at tjenester på lavere nivå skal som

hovedregel være forsøkt før tildeling av langtidsplass i sykehjem. Tredje ledd beskriver at vurdering av behovet for helsehjelp skal skje via kartleggingsverktøyet IPLOS. Ved vurdering skal det, etter femte ledd A-G, tas hensyn til søkers helsetilstand, mentale tilstand, kognitiv svikt, evne til egenomsorg, boforhold, sosiale nettverk, og «valg av hvilke avdeling ift. kompetanse».

Forskriftens § 4 A-C gir kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem. Blant annet skal sykehjem tildeles personer med behov for døgnkontinuerlig oppfølging av medisinsk behandling, pleie og tilsyn som ikke krever sykehusinnleggelse, men hvor hjelpebehovet er uforutsigbart og tjenestetilbudet ikke kan tidfestes. Andre kriterier som skal vektlegges ved vurdering for tildeling er:

A. Personer som har behov for langvarige helse- og omsorgstjenester gjennom hele døgnet, der andre aktuelle tjenester har vært forsøkt uten å dekke nødvendig og forsvarlig behov for helse- og omsorgstjeneste.
B. Langtidsplass skal i hovedsak benyttes for personer over 67 år.
C. Personer med hjelpebehov der nødvendig kompetanse og utstyr for å sikre helseoppfølging og behandlinger kun kan gis i sykehjem eller *særskilt tilrettelagt boliger for heldøgnstjenester*.

Forskriften inneholder bestemmelser knyttet til søknad og vedtak (§ 5), venteliste (§ 6), tiltak i påvente av langtidsopphold i sykehjem (§ 7). § 6 beskriver at dersom søker fyller kriteriene for langtidsopphold, men kan få forsvarlige helse- og omsorgstjenester i hjemmet i påvente av langtidsoppholdet, skal kommunen sette søker på venteliste dersom det ikke er ledig plass. Ved ledig plass skal alle på ventelista vurderes av sentralt inntaksmøte. Ved ledig plass skal den med størst hjelpebehov ut fra kriteriene i § 4 prioriteres. Seltralt inntaksmøte har ansvar for å holde oversikt over personer som venter, og vurdere situasjonen jevnlig.

§ 7 beskriver at personer med vedtak og som venter på langtidsopphold i sykehjem skal få andre nødvendige tjenester for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp i ventetiden. Blant annet nevnes økt hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagsenter, støttekontakt, korttidsopphold og/eller andre tjenester i omsorgstrappen. Pårørende og andre med særlig tyngende omsorgsoppgaver, og som står for hovedomsorgen til søker, skal få tilbud om avlastende tiltak for særlig tyngende omsorgsoppgaver. Plass ved dag- og aktivitetssenter skal og vurderes. Ved endring av helsetilstand i påvente av plass må det gjøres en ny vurdering.

Forskriften inneholder informasjon om saksbehandlingstid (§ 8), hvor kommunen skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Det skal gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt. I forskriftens § 10. *Klagegang*. oppgis det at vedtak kan påklages til Fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. I ledd fire oppgis det at klagefristen er fire uker, og skal fremgå av vedtaket jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5.

I tidligere nevnte saksfremlegg fra sak 64/2026 behandlet i formannskapsmøte 20. mai 2026, vedtas omformulering av § 10 tredje og fjerde ledd. § 10 tredje og fjerde ledd endres til:

> En eventuell klage sendes kommunen, som tar saken til vurdering i første instans. Dersom det ikke gis medhold, skal klagen sendes av kommunen uten ugrunnet opphold til Statsforvalteren for endelig vurdering og avgjørelse. Klagefrist er 4 uker, og skal fremgå av vedtaket jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5. For nærmere opplysninger, eller ved behov for mer hjelp til å framsette en eventuell klage kan kommunen bistå.

I saksfremstillingen beskrives det at denne korrigeringen er en presisering at det er *kommunen*, og ikke den enkelte saksbehandler som mottar, behandler og veileder ved klagebehandling.

Kommunens tildelingsprosedyre *Inntak – tildeling av bolig i Helse- og omsorgstjenesten* (22.01.2026) beskriver krav til dokumentert helsemessig behov knyttet til somatiske, kognitive eller psykiske utfordringer. Prosedyren omfatter blant annet saksbehandling, vurderingskriterier, lovgrunnlag og klagerettigheter. Det fremgår at vedtak om tildeling av bolig er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. For boliger der helse- og omsorgstjenester er vesentlige, kan det ikke klages på selve boligtildelingen, men på innholdet i tjenestene. Slike klager behandles av kommunen, med Statsforvalteren som endelig klageinstans. Klager skal sendes til kommunen ved saksbehandler inne tre uker.

I prosedyren henvises det til *Forskrift om kommunal bolig, Hamar*. I *Forskrift om tildeling av kommunal bolig for vanskeligstilte på boligmarkedet, Hamar kommune* (datert 01.01.2011) oppgis det i § 2. Virkeområde, at forskriften *ikke* gjelder ved søknad om opphold i institusjon, i omsorgsboliger i tilknytning til institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgnstjenester. Prosedyren inneholder ikke henvisning til den kommunale forskriften om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig.

#### *7.2.4.1 Stikkprøvekontroll*

Revisjonen har gjennomført stikkprøvekontroll på ti vedtak om langtidsplass på sykehjem og ti vedtak om plass i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, samt ti vedtak/brev hvor søkere settes på venteliste. I forbindelse med stikkprøvekontrollen ba revisjonen om dokumentasjon på IPLOS-registeringer for de aktuelle vedtakene som ble oversendt.[25] Tabellen under viser hva som er IPLOS-skår både i søknader som ble innvilget eller hvor bruker er satt på venteliste. Tabellen inneholder også en oversikt over tidspunktet for siste IPLOS-registering, samt om det i vedtaket er opplyst om bakgrunn/saksopplysninger, vurdering/begrunnelse og lovhjemmel som fastsetter brukers klagerett.

| **IPLOS-skår til grunn for vedtak om langtidsplass i institusjon eller plass i omsorgsbolig med heldøgns bemanning, inkludert ventelistevedtak og brev om venteliste** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vedtak** | **Søknads-dato** | **Vedtakstids-punkt/ dato for plassering på venteliste** | **Tidspunkt for siste IPLOS** | **IPLOS-skår** | **Opplyst i vedtaket** | | |
| | | | | | **Bak-grunn/sa ksopplys-ninger** | **Vurde-ring/be-grun-nelse** | **Informa-sjon om klage-gang** |
| **Langtidsplass i sykehjem innvilget** | | | | | | | |
| **1** | 21.01.2025 | 04.02.2026 | 06.02.2026 | 4,5 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **2** | 09.01.2026 | 21.01.2026 | 15.10.2025 | 2,4 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **3** | 26.03.2026 | 30.03.2026 | 17.04.2026 | 4,2 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **4** | 27.01.2026 | 23.02.2026 | 19.02.2026 | 3.9 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **5** | 28.08.2025 | 21.01.2026 | 14.01.2026 | 4,5 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **6** | 09.07.2025 | 29.01.2026 | 15.01.2026 | 3,9 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **7** | 28.01.2026 | 03.02.2026 | 07.05.2025 | 3,0 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **8** | 10.03.2026 | 13.04.2026 | 10.04.2026 | 4,2 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **9** | 26.03.2026 | 13.04.2026 | 07.04.2026 | 4,5 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **10** | 24.02.2025 | 30.03.2026 | 27.03.2026 | 3,6 | ✓ | ✓ | ✓ |

[25] . IPLOS-registreringer er en kartlegging av personens funksjonsnivå på ulike variable, blant annet såkalte ADL-funksjoner. ADL står for Aktiviteter i dagliglivet

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ventelistevedtak langtidsplass sykehjem** | | | | | | | |
| **11** | 30.012026 | 11.03.2026 | 03.02.2026 | 4,5 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **12** | 23.02.2026 | 11.03.2026 | 23.02.2026 | 3,3 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **13** | 05.11.2025 | 03.12.2025 | 13.11.2025 | 2,1 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Plass i omsorgsbolig med heldøgnstjenester innvilget** | | | | | | | |
| **14** | 27.01.2026 | 04.03.2026 | 29.01.2026 | 2,7 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **15** | 18.11.2025 | 09.02.2026 | 01.10.2025 | 3,6 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **16** | 19.12.2025 | 09.02.2026 | 09.09.2025 | 2,1 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **17** | 17.01.2026 | 19.01.2026 | 07.01.2026 | 3,6 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **18** | 28.07.2025 | 01.01.2026 | 17.01.2026 | 2,7 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **19** | 14.10.2025 | 19.12.2025 | 22.10.2025 | 2,4 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **20** | 06.112025 | 03.12.2025 | 21.10.2025 | 3,3 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **21** | 29.09.2025 | 27.10.2025 | 13.08.2025 | 2,1 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **22** | 29.09.2025 | 14.10.2025 | 20.09.2025 | 4,2 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **23** | 03.03.2025 | 13.10.2025 | 24.09.2025 | 3.3 | ✓ | ✓ | ✓ |
| **Ventelistebrev om omsorgsboliger med heldøgnsbemanning** | | | | | | | |
| **24** | 14.10.2025 | 05.11.2025 | 22.10.2025 | 2,4 | ✓ | ✓ | ✗ |
| **25** | 27.01.2026 | 11.02.2026 | 29.01.2026 | 2,7 | ✓ | ✓ | ✗ |
| **26** | 19.12.2024 | 29.12.2025 | 09.09.2025 | 2,1 | ✓ | ✓ | ✗ |
| **27** | 18.11.2025 | 11.12.2025 | 01.10.2025 | 3,6 | ✓ | ✓ | ✗ |
| **28** | 19.08.2025 | 19.09.2025 | 11.09.2025 | 1,5 | ✓ | ✓ | ✗ |
| **29** | 25.07.2025 | 05.09.2025 | 17.01.2025 | 2,7 | ✓ | ✓ | ✗ |
| **30** | 24.02.2026 | 07.04.2026 | 09.04.2026 | 2,7 | ✓ | ✓ | ✗ |

**IPLOS-registering**

Oversikten viser at IPLOS-registering for **17 av 20 vedtak** om tildeling av langtidsplass i institusjon eller omsorgsbolig er registrert før vedtak er fattet. I **ni** av vedtakene er siste IPLOS-registering gjennomført mindre enn 30 dager før vedtaket er fattet, og i **fem** av vedtakene er IPLOS-registeringen gjennomført mer enn 60 dager før vedtaket ble fattet. I **tre** av vedtakene er den siste IPLOS-registeringen datert etter vedtaket er fattet.

For ventelistevedtak på sykehjemsplass er alle IPLOS-registeringer gjennomført under to måneder før vedtaket er fattet. For ventelistebrev om omsorgsbolig med heldøgnstjenester er IPLOS-registeringen i **fire av sju** ventelistebrev gjennomført innen 30 dager før vedtaket er fattet. I **to** av vedtakene er det mer enn tre måneder siden sist IPLOS-registering, og i **ett** av vedtakene er IPLOS-registreringen datert etter personen er satt på venteliste.

Oversikten viser at **fem av ti** søkere som har fått innvilget langtidsplass i institusjon har en samleskår på 4,2 eller høyere, som innebærer et omfattende bistandsbehov. **Fire av ti** brukere har en samleskår på mellom 3,0 og 3,9, som tilsvarer at søkeren har middels til stort bistandsbehov. **En av ti** brukere har en samleskår på 2,4, som vil si utfordringer eller endret tilstand. De tre søkerne som har fått vedtak om venteliste har ulik grad av bistandsbehov, med samleskår som varierer fra 2,1 til 4,5.

For søkere som har fått innvilget plass i omsorgsbolig HDO har **en av ti** søkere en samleskår på over 4, som innebærer et omfattende bistandsbehov. **Fire av ti** søkere har en samleskår mellom 3,3 til 3,6,

som vil si middels til stort bistandsbehov. Resterende søkere har en samleskår på mellom 2,1 til 2,7, som innebærer utfordringer eller endret tilstand. De sju søkerne som er satt på venteliste har en samleskår som varierer fra 1,5 til 3,6, hvor **fem av sju** har en samleskår på mellom 2,1 og 2,7.

**Bakgrunn og saksopplysninger**
I samtlige vedtak og ventelistebrev gis det en beskrivelse av bakgrunn og saksopplysninger. Det henvises blant annet til kartlegginger gjennomført av hjemmesykepleien/demenskoordinator/demensteam, innhenting av informasjon fra bruker og pårørende, samt beskrivelse av saksgangen.

**Vedtak om tildeling langtidsplass i sykehjem**
Vedtak om langtidsopphold i institusjon tituleres med «Melding om vedtak». I vedtakene henvises det til at søknaden er behandlet i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, plass i institusjon, og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 andre ledd. Det beskrives videre at «tilbud om langtidsopphold i sykehjem gis når behovet for medisinskfaglig oppfølging er av så omfattende karakter at det er behov for heldøgns pleie- og omsorg i institusjon, og det vurderes at det er mest hensiktsmessig at det ivaretas i institusjon». Det spesifiseres at andre tiltak må være forsøkt først.

Det begrunnes i alle vedtak at tildelingen eller endringen av sykehjemsplass er basert på innhentede helseopplysninger. I noen av vedtakene formuleres dette på følgende måte:

> «Etter en samlet vurdering av dine ressurser, helsetilstand og funksjonsnivå, ble det vurdert at du fylte kriteriene for tildeling av langtidsopphold i institusjon»
>
> «Hamar kommune vurderer at du er i behov av medisinskfaglig oppfølging og tilstedeværelse av personell hele døgnet for trygghet, veiledning, tilrettelegging og bistand til alle daglige aktiviteter».

**Ventelistevedtak for langtidsopphold i institusjon**
Ventelistevedtak for langtidsopphold i institusjon tituleres med «Melding om vedtak – venteliste langtidsopphold i institusjon». Alle ventelistevedtakene inneholder en begrunnelse for at bruker er satt på venteliste. Det oppgis at tjenesten er innvilget i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 andre ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, plass i institusjon, herunder sykehjem. Det oppgis i vedtakene hvordan kommunen skal ivareta omsorgsbehovet i påvente av langtidsplass i sykehjem.

**Vedtak på tildeling av omsorgsbolig med heldøgnstjenester**
Vedtak om omsorgsbolig med heldøgnstjenester tituleres med «Vedtak om kommunal bolig hvor helse- og omsorgstjenester er det vesentlige i avtaleforholdet». I vedtak om tildeling av omsorgsbolig med heldøgnstjenester henvises det til at søknaden er behandlet i henhold til pasient- og brukerettighetsloven § 2-1 andre ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a. Det vises til at kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

**Ventelistebrev for omsorgsbolig med heldøgnstjenester**
Ventelistebrev for omsorgsbolig med heldøgnstjenester tituleres med «Svar på søknad om omsorgsbolig med heldøgnsomsorgstjenester». Det oppgis i alle brevene at søknaden er behandlet i henhold til pasient- og brukerettighetsloven § 2-1 andre ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a. Her

vises det til samme begrunnelse som i vedtak på tildeling av omsorgsbolig. I brevene brukes ulike formuleringer for å tydeliggjøre at bruker er satt på venteliste:

> «Du settes på venteliste for omsorgsbolig med heldøgnsomsorgstjenester»
>
> «Du er satt på venteliste, og du vil bli kontaktet når omsorgsbolig med heldøgnsomsorgstjenester kan tilbys».
>
> «Du er satt på venteliste, og vil bli kontaktet når slik bolig kan tilbys»

Videre beskrives det at inntaksmøter avholdes hver uke og søkermassen gjennomgås ved ledighet. I brevene forklares det at «Alle som settes på venteliste fyller kriteriene for tildeling, men det er den med størst behov ved ledighet som prioriteres. Du har samme rettigheter til tjenester (hjemmesykepleie, hjemmehjelp mv) uavhengig av type bolig».

**Klagegang og klagerettigheter**

Stikkprøvekontrollen viser at alle vedtak og ventelistevedtak på langtidsopphold i institusjon inneholder informasjon om klagegang iht. pasient- og brukerettighetsloven § 7-2 og § 7-5 om frist for klage. I vedtaket oppgis det at man kan finne mer informasjon i vedlegget *Melding om rett til å klage over vedtak*.[26] Vedlegget inneholder blant annet informasjon om; klagerett, klagefrist, hvem som skal få klagen, rett til å kreve begrunnelse, innholdet i klagen og informasjon om klage til Sivilombudet.

I vedtak om plass i omsorgsbolig med heldøgnstjenester oppgis det «at klage kan sendes kommunal klagenemnd». Det oppgis ikke klagefrist. Ventelistebrevene inneholder ikke informasjon om klagerett.

**Data fra intervju**

Leder for tildelingsenheten opplyste at saker om langtidsplass og omsorgsbolig behandles i faste inntaksmøter hver uke, hvor blant annet demenskoordinator og representanter fra hjemmetjenesten deltar. Kommunen legger til grunn at vurderingene skal bygge på kartlagt tjenestebehov og faglige vurderinger. Vedtak fattes av tildelingsenheten. Demenskoordinator opplyste at vurderinger av plassering bygger på en faglig vurdering av den enkeltes somatiske og kognitive behov. Mange av de som innvilges langtidsplass i institusjon har ofte hatt korttidsopphold/vurderingsopphold tidligere før tildeling av langtidsopphold. Dersom det er behov for endringer i tilbudet, skal dette begrunnes faglig og komme frem av vedtaket. Bruker og pårørende skal informeres om endringer. Det er viktig å ikke vente for lenge med slike endringer, da en overgang kan bli mer krevende dersom sykdommen har utviklet seg for langt vektla koordinatoren.

Kommunalsjefen og leder for tildelingsenheten opplyste at kommunen har korte ventelister på institusjonsplasser. Lederen opplyste videre at kommunen har ulik praksis for venteliste til langtidsplass i institusjon og omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, fordi disse anses som ulike tjenester. For omsorgsbolig sendes det ventelistebrev som beskriver hvordan brukerens behov skal ivaretas i ventetiden. Kommunen legger til grunn at tildeling av omsorgsbolig er tildeling av bolig, og at det derfor gjelder en annen prosedyre enn ved venteliste på langtidsplass i institusjon. Kommunalsjef Helse og mestring opplyste at vedtak om langtidsplass i institusjon per september 2026 ikke lenger knyttes til en bestemt avdeling. Dette skal gi fleksibilitet til å plassere brukere ut fra behov og kapasitet uten at det fattes nytt vedtak ved interne flyttinger. Kommunalsjefen viste til at dette er en praksis kommunen har fått støtte for hos Statsforvalteren.

[26] Se vedlegg D.

## 7.3 Revisors vurdering

### 7.3.1 Vurdering av revisjonskriterium 9 – Rutiner for tildeling av tjenester

Kommunen har etablerte rutiner for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester, og den overordnede prosedyren viser til både helse- og omsorgslovgivningen, pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven. Flere av tjenesteprosedyrene beskriver også at vedtak fattes etter forvaltningslovens saksbehandlingsregler, og enkelte prosedyrer omtaler klageadgang, klagefrist og enkeltvedtak. Intervjuene viser videre at vedtak bygger på kartlegging, dokumentasjon og individuelle vurderinger av brukerens behov.

Vi mener at revisjonskriterium 9 er etterlevd.

**Kommunen skal ha skriftlige rutiner som bidrar til å sikre at vedtak på tildeling av tjenester skjer i henhold til forvaltningsloven.**

### 7.3.2 Vurdering av revisjonskriterium 10 – Rutiner og praksis for vedtak på pårørendestøtte

Innhentet data viser at kommunen fatter vedtak på tildeling av avlastning og omsorgsstønad, men ikke på oppfølging, samtaler og veiledning som gis av demenskoordinator.

For tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 1-3 gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd. Kommunen skal derfor fatte vedtak ved tildeling, endring eller avslag på opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad som varer mer enn to uker. Helsedirektoratet (2026)[27] vektlegger at pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid skal tilbys individuell veiledning og opplæring når de har et nødvendig behov for slik støtte. Veiledning bør foregå regelmessig og ta utgangspunkt i pårørendes opplevde situasjon og forutsetninger. Den bør være avtalebasert, preget av kontinuitet og tilrettelagt med hensyn til tid og sted. I tilfeller hvor opplæring og veiledning gis over lengre tid, mener revisjonen at disse tjenestene også bør vedtaksfestes.

Det framgår av innhentet data at vedtak på omsorgsstønad og avlastning fattes på og adresseres til den pårørende. Samtidig lagres vedtaket på brukeren i pasientjournalsystemet. Revisjonen har gjennom intervjuer stilt spørsmål ved denne praksisen siden pårørende er den juridiske part i saken. Beskrivelsen under *informasjon til bruker* i vedtakene inneholder også informasjon rettet mot bruker, ikke den pårørende. Intervjuede har vist til at en bedre praksis kan være at brukeren mottar et eget informasjonsbrev om at de er tildelt avlastningsopphold og at dette brevet lagres i pasientjournalen.

Revisjonen har inntrykk av at kommunen tilrettelegger for at pårørende mottar avlastningstiltak, men at det foreligger formelle svakheter i vedtakene opp mot forvaltningslovens krav. I stikkprøvekontrollen inneholdt bare ett av fem vedtak opplysninger om den pårørendes situasjon. Formuleringen «På grunn av stor omsorgsbelastning i hjemmet» beskriver etter revisjonens vurdering i begrenset grad faktagrunnlaget, omsorgsbelastningen og innholdet i tiltaket, slik forvaltningsloven § 25 andre ledd forutsetter. I saker om helse- og omsorgstjenester tilsier kravet om likebehandling, etterprøvbarhet, informasjon og brukermedvirkning at vedtaket begrunnes også når en søknad innvilges fullt ut. Ved revurdering av vedtak vil opprinnelig begrunnelsen være sentral for å ta stilling til om grunnene som tilsa innvilgelse fortsatt foreligger. Stikkprøvekontrollen viser også at vedtakene henviser til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 uten å presisere at avlastningsoppholdet gjelder avlastningstiltak etter nr.

[27] Helsedirektoratet (29.06.2026) Pårørendeveileder

2. En tydeligere henvisning til relevant hjemmel vil styrke vedtakenes begrunnelse og tydeliggjøre hvilken type pårørendestøtte som er innvilget.

Revisjonen merker seg også at prosedyren *Avlastningsopphold – Saksbehandling* (07.01.2020) viser til en lovhenvisning som ble endret i 2017. Etter revisjonens vurdering etterlever kommunen kravene til pårørendestøtte med særlig tyngende omsorgsoppgaver på flere områder. Samtidig hadde ingen pårørende på undersøkelsestidspunktet vedtak om opplæring og veiledning etter loven, da dette ble ivaretatt gjennom individuelle samtaler og tilbudet ved Pårørendeskolen. Revisjonen vil vektlegge at kommunen også bør utarbeide en mal og retningslinjer for tildeling av opplæring og veiledning, samt at vedtakene, spesielt med hensyn til vedtak om avlastning, i større grad bør utformes i samsvar med forvaltningslovens krav.

Vi mener at revisjonskriterium 10 delvis etterlevd.

**Kommunen skal ha rutiner og praksis som sikrer at det fattes vedtak om pårørendestøtte til pårørende som yter særlig tyngende omsorgsarbeid.**

### 7.3.3 Vurdering av revisjonskriterium 11 – Systemer for bruk av koordinator og IP

Undersøkelsen viser at kommunen har rutiner og systemer for behandling av søknader om koordinator og individuell plan. Prosedyrene inneholder ikke føringer for hvem som skal opplyse om retten til IP og koordinator. Intervjuer med kommunalsjef og øvrige ledere viser at koordinator og individuell plan sjelden etterspørres av brukere eller pårørende, og at behovet for koordinering i stor grad ivaretas av demenskoordinator/demensteam, tjenesteansvarlige og øvrige ansatte, samt gjennom individuelle tiltaksplaner. Samtidig pekes det på et forbedringspotensial i den systematiske vurderingen og bruken av koordinator og individuell plan når vilkårene er oppfylt.

Revisjonen vurderer også at det er et forbedringspotensial knyttet til systematisk vurdering og bruk av koordinator og individuell plan der vilkårene er oppfylt. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 vektlegger at for pasient eller bruker som har behov for tilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven *skal kommunen sørge for* at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helsedirektoratets veileder[28] tydeliggjør at kommunen ikke kan vente til pasient/bruker søker om individuell plan, kommunen skal på eget initiativ avklare om pasient eller bruker ønsker en individuell plan eller koordinator. Dog skal ikke den individuelle planen utarbeides uten samtykke fra brukeren, og hvis pasienten ikke har beslutningskompetanse, må samtykke innhentes fra den som har kompetanse til å samtykke på vegne av pasienten.

Individuell plan og koordinator kan være spesielt aktuelt for hjemmeboende med behov for utredninger og oppfølging av både demensteam, hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten, for å sikre samordningen mellom tjenestenivåene. Revisjonen ønsker derfor å vektlegge betydningen av at pasienter, brukere og pårørende blir tilstrekkelig kjent med sine rettigheter tilknyttet opprettelse av individuell plan og til å få oppnevnt en koordinator.

På bakgrunn av innsamlet data oppfatter revisjonen det som uklart hvorvidt kommunen i tilstrekkelig grad tilbyr individuell plan og koordinator der det er et behov, eller om praksis er at brukere/pårørende selv må etterspørre tjenestene. Dette mener vi kan øke risikoen for at brukere/pårørende ikke får ivaretatt retten til disse tjenestene ved behov for langvarige og koordinerte tjenester.

[28] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester

Vi mener at revisjonskriterium 11 er delvis etterlevd.

**Kommunen skal ha systemer for bruk av koordinator og individuell plan i oppfølgingen av personer med demens og deres pårørende.**

### 7.3.4 Vurdering av revisjonskriterium 12 og 13 – Kommunens tildelingspraksis og bruk av venteliste

Stikkprøvekontrollen viser at alle gjennomgåtte vedtak inneholder beskrivelser av bakgrunn og saksopplysninger, vurderinger av hjelpebehovet og henvisning til relevant lovgrunnlag. Både vedtak om langtidsplass i sykehjem og omsorgsbolig med heldøgnstjenester begrunnes med den enkeltes helse- og omsorgsbehov, og intervjudata tilsier at vurderingene bygger på kartlagt funksjonsnivå og faglige vurderinger som behandles i tverrfaglige inntaksmøter. Stikkprøvekontrollen viser at ventelistevedtakene/ventelistebrevene for både langtidsopphold i institusjon og omsorgsbolig med heldøgnstjenester inneholder informasjon om at søker oppfyller kriteriene for tildeling, er satt på venteliste og vil motta nødvendige tjenester i ventetiden. Det fremgår også at prioritering ved ledig plass skjer ut fra hjelpebehov, i tråd med prinsippene i kommunens lokale forskrift.

Videre viser stikkprøvene at IPLOS-registreringer inngår i vurderingsgrunnlaget i de gjennomgåtte sakene. Samtidig er det enkelte forhold som kan svekke grunnlaget for vurderingene. I fem av de gjennomgåtte vedtakene var siste IPLOS-registrering mer enn 60 dager gammel da vedtaket ble fattet, og i tre saker er registreringen datert etter vedtakstidspunktet. Dette kan svekke dokumentasjonen på at vurderingene bygger på oppdatert informasjon om søkers funksjonsnivå. Det er også avdekket svakheter knyttet til informasjon om klageadgang i saker om omsorgsbolig med heldøgnstjenester. Vedtakene viser til kommunal klagenemnd, uten å opplyse om klagefrist, og ventelistebrevene inneholder ikke informasjon om klagerett. Dette er ikke fullt ut i samsvar med kravene som følger av lovverket og kommunens egen forskrift.

Videre fremkommer det at kommunen praktiserer venteliste for omsorgsbolig og venteliste for langtidsplass i institusjon ulikt. Kommunen begrunner dette med at omsorgsbolig anses som en boligtildeling, mens langtidsplass er en helse- og omsorgstjeneste. Datagrunnlaget viser imidlertid at prosedyren for tildeling av omsorgsbolig viser til en boligforskrift som eksplisitt ikke gjelder omsorgsboliger med heldøgnstjenester, og prosedyren henviser heller ikke til den lokale forskriften som regulerer langtidsopphold i institusjon *eller tilsvarende bolig*. Dette kan skape uklarhet om rettsgrunnlaget og hvilke regler som skal legges til grunn for ventelistehåndteringen. Ventelistebrevene for omsorgsbolig inneholder heller ikke informasjon om klagerettigheter. Dette mener revisjonen svekker brukernes mulighet til å ivareta sine rettigheter dersom de ønsker å påklage kommunens vurdering.

Samlet sett vurderes det at kommunen i hovedsak tildeler langtidsplass i sykehjem og omsorgsbolig med heldøgnstjenester i tråd med lovverk og egen forskrift, men at det finnes enkelte svakheter knyttet til dokumentasjon gjennom IPLOS-registreringer og informasjon om klagerettigheter. Kommunen følger i stor grad forskriftens bestemmelser om venteliste ved at søkere vurderes, prioriteres etter hjelpebehov og tilbys nødvendige tjenester i ventetiden. Samtidig er det enkelte uklarheter knyttet til regelverkforankringen for vedtak og ventelistebrev til omsorgsbolig med heldøgnstjenester og svakheter i informasjonen om klageadgang, som gjør at etterlevelsen ikke fullt ut er i tråd med lovverket og kommunens egen forskrift.

Totalt sett vurder revisjonen at kommunen har rutiner som kan bidra til at vedtak fattes i tråd med forvaltningslovens krav, samtidig viser innhentet data og vurderingene av kriterium 10, 12 og 13 svakheter i kommunens etterlevelse av forvaltningslovens krav til enkeltvedtak.

Vi mener at revisjonskriterium 12 er delvis etterlevd.

**Kommunen skal tildele langtidsplass på sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester i tråd med lovverk og kommunens egen forskrift.**

Vi mener at revisjonskriterium 13 er delvis etterlevd.

**Kommunens bruk av venteliste skal være i henhold til lovverk og kommunens egen forskrift.**

# 8 Problemstilling 4 – Avvikshåndtering innad i kommunalområdet

***Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering på kommunalområde Helse og mestring?***

## 8.1 Revisjonskriterier for problemstilling 4

Punktene under er en oversikt over de kriteriene vi har benyttet for å besvare problemstillingen og våre vurderinger av disse. Kriteriene er gjengitt i kortform. For en full utledning av revisjonskriteriene, se vedlegg A.

| | |
|---|---|
| Kriterium 14 | Kommunen skal ha systemer, rutiner og føringer for registering av avvik og uønskede hendelser innen kommunalområdet helse- og mestring. |
| Kriterium 15 | Kommunen skal sikre at ansatte innen kommunalområdet har tilstrekkelig kunnskap om avvikssystemet og hva som skal meldes som avvik. |
| Kriterium 16 | Kommunen skal sikre at innmeldte avvik utgjør en del av det systematiske arbeidet med å kartlegge risiko innen kommunalområdet helse- og mestring. |
| Kriterium 17 | Kommunen skal ha rutiner for gjennomgang av avviksrapporter og tilbakemeldinger fra ansatte, pasienter og pårørende i oppfølging av evalueringsplikten. |
| Kriterium 18 | Kommunen skal legge avviksrapporteringer til grunn i arbeidet med å korrigere uforsvarlige og lovstridige forhold, herunder innføre korrigerende tiltak og forbedringer av rutiner og prosedyrer. |

## 8.2 Innhentet data: Avvikshåndtering innad i kommunalområdet

Datadelen beskriver hvordan kommunalområdet følger opp internkontrollen knyttet til avvikshåndtering i tjenester til personer med demens og deres pårørende. I dette vektlegges rutiner og systemer for avvikshåndtering, gjennomføring av risikokartlegginger basert på innmeldte avvik og uønskede hendelser. I tillegg beskrives det hvordan avviksrapporter og -statistikk brukes i oppfølgingen av evaluerings- og korrigeringsplikten, jamfør forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Hamar kommune sitt kvalitetssystemet EQS inndeler avvik/uønskede hendelser i kategoriene *bekymringsmelding, HMS (ansatt), IKT og personvern, tjenesteyting, ytremiljø, og økonomi.* I oversendt avviksrapport er det totalt 2615 innmeldte avvik og uønskede hendelser registrert i tjenester til personer med demens i tidsrommet 01.01.2025 til 30.04.2026. Tabellene nedenfor viser fordelingen av innmeldte avvik i kategoriene *tjenesteyting, vold/trakassering og HMS (ansatt).*

| **Innmeldte avvik og uønskede hendelser i perioden 01.01.2025-30.04.2026** | |
|---|---|
| **Antall meldinger registrert per kategori tjenesteyting** | |
| Annet | **258** |
| Brukerdokumentasjon | **152** |
| Ernæring og munnhelse | **15** |
| Fall | **1159** |

| | |
|---|---|
| Legemiddelhåndtering | **713** |
| Saksbehandling | **4** |
| Smittevern | **12** |
| Tvang | **53** |
| Utstyr/hjelpemidler | **28** |
| Vold/trakassering | **197** |
| **Totalt** | **2591** |
| **Antall meldinger registrert under vold/trakassering (bruker/pasient)** | |
| Annet | **16** |
| Fysisk vold med slagvåpen, kniv eller annen gjenstand | **3** |
| Fysisk vold biting, slag, spark, spytting eller lignende | **134** |
| Fysisk skade (stikk, sår, brudd) | **21** |
| **Totalt** | **174** |
| **Antall meldinger registrert under HMS (ansatt)** | |
| Fysisk vold | **153** |
| Psykisk vold | **13** |
| Psykososialt arbeidsmiljø | **13** |
| Stikkskade | **4** |
| Verbale trusler/trakassering | **35** |
| **Totalt** | **218** |

*Kilde: Hamar kommune, kommunalområde Helse og mestring, 2026*

Som oversikten viser er det i kategorien *tjenesteyting* flest registrerte avvik på *fall* (1159), *legemiddelhåndtering* (713), *annet* (259), *vold/trakassering* (197) og *brukerdokumentasjon* (152). Under kategorien vold/trakassering (bruker/pasient) er det totalt 174 innmeldte avvik, hvor flest avvik går på fysisk vold (biting, slag, spark, spytting eller lignende). Det er totalt 218 innmeldte avvik i kategorien HMS (ansatt), hvor 153 av disse er registrert som fysisk vold og 35 som verbale trusler/trakassering.

### 8.2.1 Systemer, rutiner og føringer for avviksregistering (Kriterium 14 og 15)

Prosedyren *Internkontroll – Håndtering av avvik i Helse- og omsorg* (datert 23.08.22) beskriver at registering og behandling av uønskede hendelser og avvik gjøres i kvalitetssystemet EQS.

Prosedyren skal sikre at avvik og uønskede hendelser registreres og håndteres på en hensiktsmessig måte. Formålet er også å gi oversikt over avvik og annen styringsinformasjon som kan belyse om tjenestene er forsvarlige, i tråd med lovkrav og gjenstand for systematisk kvalitetsforbedring. Prosedyren bygger på blant annet helsepersonelloven § 17, helsetilsynsloven § 3 og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4. Det vises også til forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten, som ble opphevet i 2017 og erstattet med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Kommunalsjef Helse og mestring har ansvar for utforming, revisjon og godkjenning av prosedyren, mens ledere i tjenesteområdet skal bidra til utforming og sørge for at den holdes oppdatert.

Som vist i tabellen på neste side skal avviksbehandlingen bestå av registering, rapportering og oppfølging med formål om å forebygge nye avvik. Det skal innføres strakstiltak som retter opp feil og mangler *her og nå*. Prosedyren tydeliggjør at ansatte har ansvar for å registrere avvik og innføre strakstiltak. Nærmeste ledere har ansvaret for å følge opp og lukke avviket.

| Ansvarsfordeling i avviksoppfølgingen | |
|---|---|
| **Ansatte er ansvarlige for å registrere avvik som definert i prosedyren** | • Når avvik oppdages må den som oppdager avviket/feilen selv vurdere hvordan avviket skal håndteres der og da, og iverksette strakstiltak.<br>• Avviksmeldingen skal registreres så raskt som mulig etter strakstiltak er utført.<br>• Den som oppdager avviket, er ansvarlig for å skrive avviket (andre kan gjøre det på vedkommende sine vegne).<br>• Avviket skal beskrives så detaljert som mulig, hva som ble gjort når avviket ble oppdaget, og andre påkrevde felt for at meldingen skal bli fullstendig. |
| **Leder er ansvarlig for å følge opp og lukke avvik iht. prosedyren** | • Lukke avviket innen 14 dager<br>• Gi tilbakemelding til ansatte som meldte avviket<br>• Vurdere behovet for igangsetting av tiltak<br>• Analysere registrerte avvik og bruke statistikken for å kunne forbedre og lære av uønskede hendelser for å kvalitetssikre tjenesteytingen<br>• Nærmeste leder skal varsles hvis avvik er av omfattende skader<br>• Avvik fra andre resultatenheter i kommunen skal sendes til riktig behandlingsansvarlig |

*Kilde: Hamar kommune - Internkontroll – Håndtering av avvik i Helse- og omsorg*

Avvik (uønsket hendelse) defineres i prosedyren som hendelser hvor det ikke er samsvar mellom den praksisen som blir utøvd og krav i lover, forskrifter, regelverk eller av Hamar kommunes og helse- og omsorgs interne prosedyrer og rutiner, herunder;

- Feil og mangler på utstyr, instrumenter og maskiner
- Brudd på krav og etterlevelse av rutiner og prosedyrer
- Feil og mangler ved systemet, for eksempel ved skriftlige prosedyrer eller rutiner
- Personskade på bruker/pasient eller ansatte, ulykker og nestenulykker.

Prosedyren legger til grunn at avvik skal rettes mot systemer, rutiner og prosesser, ikke enkeltpersoner. Den gir føringer for melding og håndtering av avvik knyttet til tjenesteyting[29], samt uønskede hendelser som rammer ansatte, som ulykker, stikkskader, vold og trusler. Det finnes også egne prosedyrer for avvik knyttet til dokumentasjon og samhandling med eksterne aktører. Kritikkverdige forhold skal meldes etter kommunens varslingsrutine. Kommunalsjef Helse og mestring har ansvar for å gjøre prosedyren kjent for ledere. Lederne skal implementere og følge opp etterlevelsen, mens ansatte har ansvar for å kjenne til og følge prosedyren[30].

**Data fra intervju**

Kommunalsjef Helse og mestring bekreftet at ansvaret for at prosedyrer er oppdaterte og i samsvar med gjeldende praksis og regelverk ligger hos lederlinjen. For å styrke dette arbeidet har kommunalområdet opprettet et team for fag og kvalitetsforbedring, som skal støtte tjenestene med systematisk revisjon, kvalitetssikring og harmonisering av prosedyrer, herunder prosedyrer for avvikshåndtering.

[29] *legemiddelhåndtering, dokumentasjon (journal), samhandling med eksterne (sykehus, fastlege, trygghetsalarm, medisindispenser, AMK, legevakt, apotek), forulemping/skade, ikke utført tiltak/tjeneste, klage/bekymringsmelding (inkl. tilsynssaker), smittevern og fall.*

[30] *Internkontroll – Håndtering av avvik i Helse- og omsorg* (datert 23.08.22)

Endelig godkjenning og implementering skjer gjennom ordinær lederlinje. Tjenesteleder hjemmeboende forklarte at arbeidet med internkontroll i kommunalområdet er forankret i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Som en del av dette arbeidet har flere ledere deltatt i Statsforvalterens opplæringsprogram om kvalitetssirkelen. Et prioritert område innen internkontroll er videreutvikling av avvikshåndteringen i kommunalområdet. Innen stab- og støttefunksjonene pågår det arbeid med fagutvikling, internkontroll og oppdatering av relevante styringssystemer.

Hovedverneombudet bekreftet at kommunalområdet helse og mestring har en egen ressursperson med ansvar for kvalitetssystemet EQS som holder opplæring for andre. Opplæring i systemet er også et tema på verneombudsmøtene. Verneombudene har lesertilgang til alle typer avvik, ikke bare HMS-avvik. Hovedverneombud presisere at lokale verneombud bare skal følge med på HMS -avvik og det er begrenset hvor aktive de er siden de ikke har frikjøp. Avvikssystemet legger opp til at ansatte kan melde inn uheldige hendelser eller avvik, og må ikke ta stilling til om det er et avvik, påpekte hovedverneombudet.

Hovedverneombudet og hovedtillitsvalgt opplyste at det har vært en forbedring i innmeldingen av avvik innen kommunalområdet, men at det samtidig er utfordringer knyttet til tilgjengeligheten til EQS, blant annet at ansatte ikke kan registrere avvik fra alle arbeidsflater eller via mobiltelefon. Det ble også vist til at enkelte ansatte mangler tilgang til systemet, og at innlogging kan være tidkrevende dersom passord er glemt. Ifølge hovedverneombudet kan dette bidra til at avvik ikke alltid meldes. Det ble opplyst at ansatte kan registrere avvik på vegne av kollegaer som ikke har tilgang til systemet.

På spørsmål om alle ansatte i tjenestene har tilstrekkelig tilgang til å melde avvik, viste kommunalsjefen til at datasikkerhet og GDPR setter begrensninger i hvilke typer enheter som kan brukes til å melde avvik. I hjemmetjenesten vil melding av avvik via telefon framtvinge krav om arbeidstelefon, og dette vil bli en for stor utgift for kommunen. Siden helsepersonelloven vektlegger et selvstendig ansvar for å melde avvik, var kommunalsjefen tydelig på at ansatte må prioritere å melde inn avvikene de blir kjent med selv om det er tidkrevende. Avviksrapporteringer muliggjør at de kan fange opp systemfeil og sikre at pasienter får rett oppfølging. Det er veldig viktig at ansatte både journalfører og melder ifra om hva som er utført og ikke, siden det er mange personer involvert i oppfølgingen av brukerne, vektla kommunalsjefen. Dokumentasjon er et viktig ledd i kvalitetskjeden, og kommunalsjefen håpet systematikken ville bedres etter innføringen av pasientjournalsystemet Aidn.

Intervjuene med tjenesteledere, virksomhetsledere og enhetsledere viser at det er etablert en praksis for registrering av avvik, og at lederne har kjennskap til hvilke typer hendelser som meldes i tjenestene. Lederne opplyste at de fleste avvikene gjelder fallhendelser, legemiddelhåndtering og manglende etterlevelse av rutiner. Innen hjemmetjenestene ble det også vist til avvik knyttet til manglende tilrettelegging i hjemmet. Beskrivelsene av hvilke hendelser som registreres tyder på at ansatte har kunnskap om flere sentrale avviksområder i tjenestene.

Samtidig opplyste lederne at enkelte typer hendelser meldes sjeldnere. Det ble blant annet vist til at avvik knyttet til vold og trusler ikke alltid registreres, fordi slike hendelser ofte oppfattes som en del av arbeidshverdagen. Enhetsleder i institusjonstjenesten opplyste også at ikke alle avvik meldes, blant annet fordi registreringen kan oppleves som tidkrevende. Flere ledere viste videre til eksempler på utfordringer som har pågått over tid uten at det er sendt avviksmelding. Dette gjelder blant annet forhold knyttet til samhandling, dokumentasjon og etterlevelse av rutiner. Lederne opplyste at manglende avviksrapportering kan gjøre det vanskeligere å følge opp utfordringer og arbeide systematisk med forbedring.

#### 8.2.1.1 Data fra spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen[31] fikk de ansatte flere spørsmål om kjennskap til og opplæring i kvalitetssystemet EQS. Spørreundersøkelsen viser følgende:

- 69 av 71 respondenter (97 prosent) svart at de er kjent med at kommunen bruker kvalitetssystemet EQS til innmelding av avvik og uønskede hendelser.
- 55 av 71 respondenter (78 prosent) har svart at de har fått tilstrekkelig opplæring i avvikssystemet *eller* er trygg på hvordan avvikssystemet skal brukes. 16 av 71 respondenter (22 prosent) har svart de har behov for mer opplæring *eller* at de ikke vet hvordan avvikssystemet skal brukes. Prosentvis er det flest innen hjemmebaserte tjenester som ikke har fått/har behov for opplæring.
- 51 av 70 respondenter (ca. 70 prosent) er i stor eller svært stor grad trygg på hva som skal meldes som avvik/uønskede hendelser. 13 av 70 respondenter (ca. 20 prosent) har svart i noen grad og 6 av 71 respondenter (ca. 10 prosent) har svart i liten eller svært liten grad på samme spørsmål. Prosentvis er det flest innen institusjonstjenesten trygge på hva som skal meldes av avvik/uønskede hendelser.

| **Hvor ofte melder du avvik innen disse kategoriene?** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Daglig/flere ganger hver uke | Ca. én gang hver uke | Ca. annenhver uke | Minst én gang i måneden | Flere ganger i året | Noen få ganger i året | Aldri |
| **Tjenesteyting** | 3 % | 6 % | **20 %** | **14 %** | **20 %** | **24 %** | **14 %** |
| **Vold/trakassering (bruker)** | - | 6 % | 3 % | **10 %** | **7 %** | **32 %** | **42 %** |
| **HMS** | - | 6 % | 3 % | 3 % | 1 % | **31 %** | **56 %** |

*Kilde: Questback- undersøkelse gjennomført av Revisjon Øst IKS, 2026, (N = 71).*

Oversikten over viser at ansatte melder flest avvik knyttet til tjenesteyting, og færrest avvik innen HMS.

Respondentene fikk også spørsmål om det hender at de ikke melder inn avvik. 54 av 71 respondenter (76 prosent) har svart at det *av og til* eller *ofte* hender at de ikke melder inn om avvik/uønskede hendelser. På oppfølgingsspørsmålet svarte de 54 respondentene på ulike påstander om hvorfor de ikke melder avvik. Respondentene kunne krysse av på flere påstander. Årsakene som gikk mest igjen var:

- Har ikke tid til å registrere (26 av 54 respondenter)
- Har ikke tro på at registering vil føre til varige tiltak/forbedringer (24 av 54 respondenter)
- Glemmer å melde inn (22 av 54 respondenter)
- Melder heller ifra muntlig til nærmeste leder/en kollega (17 av 54 respondenter)
- Har meldt inn de samme avvikene mange ganger før (14 av 54 respondenter)
- Usikkerhet om det er avvik/uønsket hendelse (12 av 54 respondenter)

[31] 90 prosent av respondentene har jobbet innen eldreomsorgen i mer enn 3 år.

40 respondenter har svart det åpne spørsmålet *Har du forslag til tiltak som kan gjøres for at flere skal melde avvik?* I svarene gir ansatte uttrykk for to hovedutfordringer relatert til mangelfull opplæring i hva som er avvik og hvordan EQS brukes, og sikkerhet om hvilke hendelser som skal meldes, særlig knyttet til vold og trusler mot ansatte.

Av konkrete forbedringsforslag nevnes blant annet:

- Opplæring, repetisjon og oppfriskning for faste ansatte, vikarer, avviksmeldere og de som behandler avvik
- Behov for tydeligere retningslinjer
- Konkretisering av hvilke situasjoner som skal meldes, praktiske øvelser og gjennomgang av eksempler
- Enklere skjema
- Mulighet for registrering direkte fra jobbtelefon/app
- Bedre integrasjon med dokumentasjonssystemer

Respondentenes svar gir også uttrykk for to hovedutfordringer knyttet til oppfølgingen av avvik:

1. **Manglende tilbakemeldinger og synlighet i oppfølgingen av meldte avvik.**

   «Synliggjøre/vise til hva som skjer med innmeldte avvik.»

   «Opplever at mange av avvikene som blir meldt blir lukket og hører ikke noe mer.»

   «Tydelig kommunikasjon på hva som er blitt gjort etter at avviket er behandlet.»

2. **Lav tillit til at avvik fører til konkrete forbedringer eller tiltak.**

   «Det skjer ikke noe endring uansett.»

   «Det føles som at det ikke er noe vits i å melde avvik.»

   «At vi vet at avvikene blir tatt alvorlig og fører til endringer ved behov».

Flere respondenter peker på behovet for en sterkere avvikskultur hvor avvik ufarliggjøres, hvor det er økt fokus på læring fremfor skyld, og å framsnakke avvik som forbedringsverktøy. Konkrete tiltak som nevnes er regelmessig dialog om avvik på personalmøter.

### 8.2.2 Bruk av avviksstatistikk i risikokartlegginger (kriterium 16)

Prosedyren *Internkontroll – Håndtering av avvik i Helse- og omsorg* (datert 23.08.22) beskriver at øverste leder har ansvaret for å sikre at virksomhetene jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Øverste leder har også ansvaret for å sikre at det finnes en oversikt, sørge for at tilbakemeldinger, erfaringer og evalueringer er tilgjengelig og trekkes inn i planleggingen av virksomhetens oppgaver.

I dokumentbestillingen etterspurte vi siste gjennomførte risikokartlegging/ROS-analyse innenfor kommunalområdet som inkluderer tjenester til personer med demens og deres pårørende. Kommunen har oversendt én ROS-analyse (datert 23.01.2026) og en handlingsplan (datert 13.02.2024) for Klukstuen omsorgssenter, skjermet enhet. I ROS-analysen fra 2026 beskrives det hvordan flere av tiltakene i handlingsplanen fra 2024 er fulgt opp ved Klukstuen.

Oversendt *Mal for risikokartlegging* deles inn i fem hoveddeler som beskriver hva som skal gjennomgås i en risikokartlegging[32]:

1. Hva kan gå galt: hvor identifisert risiko skal beskrives
2. Hvor kan det gå galt: hvor vurdert risiko uten etablerte tiltak/kontroller beskrives i konsekvenstype og risiko.
3. Hva har vi gjort for å unngå at det går galt: hvor etablerte kontroller/tiltak for å redusere risiko forklares
4. Er det nok: Hvor risiko med etablert internkontroll forklares
5. Oppfølging: Hvor nye eller endrede internkontroll-aktiviteter beskrives, inkludert vurdering av risiko etter tiltak.

Skjemaet[33] inneholder en skala for vurdering av sannsynlighet og konsekvens fra 1 til 5, der 1 representerer lav sannsynlighet/liten konsekvens og 5 representerer høy sannsynlighet/svært stor konsekvens. Risikoskåren beregnes ved å multiplisere sannsynlighet og konsekvens, og resultatet føres inn som en samlet skår. Skjemaet inneholder også et felt for angivelse av konsekvenstype.

**Data fra intervju**

Tjenesteleder hjemmeboende opplyste at lederne har oppmerksomhet på oppfølging av avvik og på å avklare hvilke hendelser som skal meldes som avvik. Samtidig ble det opplyst at internkontrollrutinene knyttet til avvikshåndtering, risikovurdering og tiltaksplaner har behov for oppdatering. Det pågår derfor et arbeid med revisjon av prosedyrer i EQS. Formålet er å gjøre systemet mer oversiktlig og brukervennlig for ansatte. Tjenesteleder fremhevet betydningen av å revidere internkontrollarbeidet og sikre en enhetlig praksis på tvers av kommunalområdet.

En av virksomhetslederne i institusjonstjenesten forklarte at det ble gjennomført tilsyn fra Arbeidstilsynet for noen år siden, og i etterkant av dette ble det gjennomført risikokartlegging ved Klukstuen. I dag har de rutiner for risikoanalyse av alle pasienter, og ressursene tilpasses etter disse analysene. For eksempel kan ansatte gjennomføre arbeidet sammen ved høy risiko.

Enhetsleder Sone 2 forklarte at det er mange avvik som ikke meldes, og på dette området har enheten forbedringspotensial. Innad i Sone 2 gjøres det løpende risikovurderinger hver dag, forklarte enhetslederen. Ved kartlagt eller antatt risiko kan det føres inn i tiltaksplanen at ansatte reiser sammen. Vurderingene knyttes både til pasientens atferd, potensielle utfordringer knyttet til pårørende eller utfordringer knyttet til bostedet til pasienten (sistnevnte føres ikke i tiltaksplanen til bruker). På dette området er det også viktig med kollegaveiledning på hvordan hendelser kan forebygges og følges opp.

Arbeidslagslederne i Sone 1 og 2 forklarte at man kan sette inn tiltak ved atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens og spesialisthelsetjenesten kan i noen tilfeller gi veiledning. De må hele tiden vurdere forsvarligheten i situasjonen til bruker og deres pårørende, og det er rom for å sette inn faste vakter eller tilsyn. Personer med atferdsutfordringer er ofte de som trenger mer permanente oppfølgingstilbud, forklarte de. I noen tilfeller kan pårørende få trygghetsalarm slik at de kan tilkalle ansatte ved behov. Avlastning i perioder er veldig viktig for disse brukerne og deres pårørende.

[32] Se vedlegg H
[33] Se vedlegg H

Gjennom intervjuer har ulike ledere påpekt at alle fall skal registreres som avvik i kommunen, uavhengig av om hendelsen er HMS-relatert eller en del av brukerens sykdomsbilde. Dette gir en tydelig og enkel praksis for de ansatte, der hovedregelen er at alle fall skal meldes, forklarte en tjenesteleder. Deretter vurderes det i den videre behandlingen av avviket hvor ansvaret for oppfølging skal ligge.

Avvik innen legemiddelhåndtering skyldes blant annet feil utdeling av medisiner ved bruk av både multidose og dosett, samt manglende signering etter utdeling, opplyste en av enhetslederne. Avvikene oppdages ofte av ansatte på påfølgende vakt og meldes i avvikssystemet. Innmeldte avvik følges opp med ansvarlige ansatte, og rutinene for legemiddelhåndtering gjennomgås jevnlig for å redusere risikoen for feil. Enhetslederen viste også til utfordringer knyttet til at medisinrommet deles med tilrettelagte tjenester, noe som gjør det vanskeligere å ha oversikt over tilgang til legemidler. Manglende medisiner meldes videre til virksomhetsleder.

### 8.2.3 Bruk av avviksrapporteringer og tilbakemeldinger i evaluerings- og korrigeringsarbeidet (kriterium 17 og 18)

I Hamar kommune sin bruker- og pårørendeundersøkelse i institusjonstjenesten fra april 2026 var helhetsvurderingen i brukerundersøkelsen 3,6 av 4 (nasjonalt snitt: 3,5). Helhetsvurderingen i pårørendeundersøkelsen var 3,2 av 4 (nasjonalt snitt: 3,2). Kommunalsjefen forklarte i intervju at parameterne i undersøkelsen er endret siden sist gjennomføring, hvor skalaen er endret fra 1-6 til 1-4. I tertialrapporten fra 1. kvartal 2026 beskrives det at forbedringsområdene knyttes til:

- Aktivitet og livskvalitet
- Brukermedvirkning
- Informasjon og kommunikasjon
- Tydeligere struktur og rolle- og ansvarsavklaringer

Tertialrapporten beskriver at det vil arbeides videre med en gjennomgang av hvilke tiltak som er gjennomført siden forrige undersøkelse, for å identifisere hva som har hatt ønsket effekt og hvor det er behov for justeringer. Dette vil danne grunnlag for videre utvikling av konkrete, realistiske og forpliktende tiltak.

Kommunalområdet hadde i 2025 totalt åtte klagesaker hos Statsforvalteren fordelt på ulike tjenesteområder. Enkelte klagesaker de senere årene har vært knyttet til Parkgården, hvor kommunalsjefen refererte til saker som har blitt omtalt i mediene. Klagesakene omfatter ulike tjenester og problemstillinger, og kommunen har ikke mottatt tilbakemeldinger som tilsier systematiske brudd på helse- og omsorgslovgivningen. Kommunalsjefen understreket at spørsmål og klager fra pårørende skal tas på alvor og kan gi viktig informasjon om forhold som bør følges opp nærmere. Samtidig viste kommunalsjefen til at pårørendes ønsker og forventninger ikke alltid er sammenfallende med kommunens ansvar og de tjenestene kommunen er forpliktet til å yte. I slike saker søker kommunen ved behov råd og veiledning hos Statsforvalteren. Kommunalsjefen understreket at tjenestene må utformes på grunnlag av faglige vurderinger, lovverk og den enkelte brukers behov. Ved innføring av ny elektronisk pasientjournal (Aidn) forventer kommunen at nye løsninger for informasjonsdeling med pårørende, innenfor gjeldende personvernregler, kan bidra til bedre dialog, økt innsyn og større trygghet for pårørende.

Kommunalsjefen rapporterer til politisk nivå om avvikene innad i kommunalområdet, samt om gjennomførte og pågående tilsyn. Kommunalsjefen er tydelig på at avvikene er nyttige for å kunne forebygge, vurdere og evaluere tjenestene. Det er derfor positivt at de får inn mange avvik, og kommunalsjefen vektla at det reelt sett burde vært meldt inn flere. Kommunalsjefen viste til at statistikk over

vold- og trusselepisoder innen demensomsorgen ble benyttet som en del av faktagrunnlaget i saken om styrking av skjermede plasser. Dataene bidro til å synliggjøre utfordringsbildet og behovet for mer tilrettelagte tilbud for brukere med omfattende oppfølgings- og skjermingsbehov.

Tjenesteledere, virksomhetsledere og enhetsledere beskriver at avvik behandles og følges opp i ulike møtefora, herunder ledermøter, enhetsledermøter og personalmøter. De forklarer at avvik brukes som grunnlag for dialog med ansatte, vurdering av enkelthendelser og identifisering av behov for kompetansehevende eller forebyggende tiltak. Flere av lederne viser til konkrete tiltak som opplæring, veiledning, prosedyrer for håndtering av vold og trusler, debriefing etter hendelser, styrking av bemanning og kontrolltiltak knyttet til legemiddelhåndtering. Samtidig opplyser flere at praksisen for oppfølging av avvik varierer mellom enhetene, at det meldes relativt få avvik, og at kommunen har et forbedringspotensial når det gjelder en mer systematisk bruk av avviksrapportering i lærings- og forbedringsarbeidet.

Hovedverneombudet opplyser at innmelding og oppfølging av HMS-avvik knyttet til vold og trusler varierer mellom tjenestene. Status for HMS-grupper og lukking av avvik drøftes i jevnlige møter med verneombudene, og enkelte avdelinger har HMS-grupper som behandler avvik og følger opp forbedringstiltak. Samtidig er ikke gruppene etablert i alle enheter, og hovedverneombudet viser til at omorganiseringer og lederskifter har bidratt til ulik praksis og utfordringer i oppfølgingen av kvalitetsarbeidet. Det opplyses også at tidligere faste HMS-møter er redusert enkelte steder, og at HMS-grupper mangler i deler av demensomsorgen. Hovedverneombudet mente omorganisering og lederskifter har vært en medvirkende årsak til at gruppene ikke er på plass, og omorganiseringene har medført at noen ansatte er usikre på hvem lederen deres er og hvem lederne skal være videre. Utskiftningene kan være medvirkende til usikkerhet i oppfølgingen av kvalitetsarbeidet, og hovedverneombudet vektla betydningen av faste rutiner for hvordan dette skal følges opp.

## 8.3 Revisors vurdering

### 8.3.1 Vurdering av revisjonskriterium 14 – Systemer og rutiner for avviksregistering

Undersøkelsen viser at kommunen har systemer, rutiner og føringer for registering av avvik og uønskede hendelser i EQS. I intervjuer trekkes det fram utfordringer knyttet til tekniske og organisatoriske forhold. Hovedverneombudet viste til at systemet ikke er tilgjengelig på alle arbeidsflater eller på ansattes mobiltelefoner, noe som medfører at ansatte, for eksempel i hjemmetjenesten, ofte må vente til de er tilbake på kontoret for å registrere avvik. Kommunalsjefen forklarte at disse begrensningene ikke uten videre kan endres fordi hensyn til datasikkerhet og personvern (GDPR) setter krav til hvilke enheter som kan benyttes. Videre ville tilgang via telefon i hjemmetjenesten innebære behov for arbeidstelefoner, noe kommunen vurderer som en for stor kostnad.

Undersøkelsen viser at prosedyren *Internkontroll – Håndtering av avvik i Helse- og omsorg* fra 28.02.2022 ikke er forankret i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017), men i en eldre forskrift som er opphevet. Gjennom intervjuer har kommunalsjef og tjenesteledere vist til at kommunalområdet har igangsatt et forbedringsarbeid med systematisk revisjon, kvalitetssikring og harmonisering av prosedyrer. Flere ledere har deltatt i Statsforvalterens opplæringsprogram om kvalitetssirkelen. En av tjenestelederne fremhevet betydningen av å revidere internkontrollarbeidet og sikre en enhetlig praksis på tvers av kommunalområdet. I lys av igangsatt forbedringsarbeid på området, anser vi kriteriet som etterlevd.

Vi mener at revisjonskriterium 14 er etterlevd.

**Kommunen skal ha systemer, rutiner og føringer for registering av avvik og uønskede hendelser innen kommunalområdet helse- og mestring.**

### 8.3.2 Vurdering av revisjonskriterium 15 – Ansattes opplæring i avvikssystemet

Innhentet data viser at et klart flertall av de ansatte kjenner til EQS, opplever å ha fått tilstrekkelig opplæring og er trygge på hvilke hendelser som skal meldes. Samtidig viser spørreundersøkelsen at en ikke ubetydelig andel ansatte har behov for mer opplæring eller er usikre på hva som skal meldes som avvik. De åpne svarene underbygger at det fortsatt er behov for mer systematisk opplæring, tydeligere avklaringer og konkrete eksempler på meldingspliktige hendelser.

Samtidig viser undersøkelsen at et betydelig antall ansatte av og til eller ofte unnlater å melde avvik. Manglende tilbakemeldinger på meldte avvik og lav tillit til at avvik fører til konkrete forbedringer fremstår som sentrale utfordringer. Dette kan indikere at ansatte opplever at det ikke har noen hensikt å melde inn avvik. Vi mener dette tydeliggjør et behov for å synliggjøre oppfølgingen av avvik, styrke læringsperspektivet og bygge tillit til at avviksmeldinger brukes som grunnlag for forbedring av tjenesten. Dette sammenfaller også med intervjudata som er innhentet i undersøkelsen. Basert på dette, er revisjonens vurdering at kommunen delvis har sikret tilstrekkelig kunnskap om avvikssystemet og hva som skal meldes som avvik.

Vi mener at revisjonskriterium 15 er delvis etterlevd.

**Kommunen skal sikre at ansatte innen kommunalområdet har tilstrekkelig kunnskap om avvikssystemet og hva som skal meldes som avvik.**

### 8.3.3 Vurdering av revisjonskriterium 16 – Bruk av avviksstatistikk i risikokartlegginger

Undersøkelsen viser at kommunen har rutiner som legger til grunn at avvik og uønskede hendelser skal gjennomgås og benyttes i arbeidet med å identifisere risiko og forebygge nye hendelser. Kommunen har en metode for risikokartlegging og har oversendt eksempler på ROS-analyser hvor tiltak og risiko vurderes systematisk. Intervjuene viser også at enkelte avviksområder følges opp gjennom konkrete risikovurderinger, blant annet når det gjelder vold og trusler, fall og legemiddelhåndtering. Samtidig har vi fått begrenset dokumentasjon på hvordan avviksstatistikk systematisk inngår i risikokartlegginger på tvers av hele kommunalområdet. Flere ledere peker på at internkontroll- og risikovurderingsarbeidet er under revisjon, og det kommer frem at mange avvik ikke meldes. Når avvik ikke registreres, svekkes også grunnlaget for risikovurderinger og systematisk forbedringsarbeid.

Vi mener at revisjonskriterium 16 er delvis etterlevd.

**Kommunen skal sikre at innmeldte avvik utgjør en del av det systematiske arbeidet med å kartlegge risiko innen kommunalområdet helse- og mestring.**

### 8.3.4 Vurdering av revisjonskriterium 17 og 18 – Bruk av avviksrapporteringer og tilbakemeldinger i evaluerings- og korrigeringsarbeidet

Undersøkelsen viser at kommunen har etablert flere ordninger for å innhente, gjennomgå og følge opp avvik og tilbakemeldinger fra ansatte, brukere og pårørende. Datagrunnlaget viser at avvik behandles i ulike møtefora på flere nivåer i organisasjonen, og at tilbakemeldinger fra bruker- og pårørendeundersøkelser, klager og løpende dialog inngår i kommunens arbeid med kvalitetsutvikling. Det fremkommer også flere eksempler på at avvik og andre tilbakemeldinger har dannet grunnlag for endringer i tjenestene og ulike korrigerende tiltak.

Samtidig viser datagrunnlaget at praksisen for gjennomgang og oppfølging av avvik varierer mellom enheter og tjenesteområder. Flere ledere beskriver at det meldes få avvik, og at bruken av avviksrapportering som grunnlag for læring og forbedring ikke er likt utviklet på tvers av organisasjonen. Datagrunnlaget viser også variasjoner i oppfølgingen av HMS-avvik og forbedringstiltak.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjudata indikerer dessuten at avvikssystemet ikke fullt ut oppleves som et effektivt forbedringsverktøy. Selv om mange ansatte oppgir at avvik følges opp av nærmeste leder, svarer en betydelig andel at de sjelden eller aldri får tilbakemelding på avvik de har meldt inn. Flere oppgir også at de i liten grad opplever at innmeldte avvik fører til konkrete forbedringer i tjenestene. Videre viser både spørreundersøkelsen og intervjuene at enkelte avvik ikke meldes fordi ansatte er usikre på hva som skal registreres, eller fordi de ikke opplever at rapporteringen fører til endringer. Dette innebærer at ledelsen ikke nødvendigvis får et fullstendig grunnlag for evaluering og forbedringsarbeid.

Kommunen har etablerte rutiner for gjennomgang og oppfølging av avvik, og det finnes eksempler på at avviksrapportering bidrar til korrigerende tiltak. Videre er det iverksatt et forbedringsarbeid med hensyn til rutiner for avvikshåndtering i kommunalområdet. Samtidig vektlegger revisjonen at tilbakemelding på status per i dag innebærer at systematisk oppfølging og bruk av avvik som grunnlag for læring og forbedring ikke er tilstrekkelig enhetlig eller godt innarbeidet i alle deler av kommunalområdet.

Vi mener at revisjonskriterium 17 er delvis etterlevd.

**Kommunen skal ha rutiner for gjennomgang av avviksrapporter og tilbakemeldinger fra ansatte, pasienter og pårørende i oppfølging av evalueringsplikten.**

Vi mener at revisjonskriterium 18 er delvis etterlevd.

**Kommunen skal legge avviksrapporteringer til grunn i arbeidet med å korrigere uforsvarlige og lovstridige forhold, herunder innføre korrigerende tiltak og forbedringer av rutiner og prosedyrer.**

# 9 Konklusjon

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke hvordan Hamar kommune ivaretar planlegging og kapasitet, tildeling, tilrettelegging og avvikshåndtering innen tjenestetilbudet, for å møte det økende behovet for demensomsorg.

For de enkelte problemstillinger kan vi konkludere som følger:

**Problemstilling 1: Hvordan ivaretar Hamar kommune planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende?**
Vår konklusjon er at Hamar kommune i stor grad ivaretar planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende. Kommunens planstrategi beskriver hvordan kommunen planlegger å omstille tjenestene for å møte framtidige behov, og kommunen har allerede igangsatt kvalitetsutviklingsarbeid innad i kommunalområdet. Kommunen har etablerte rutiner og systemer som sikrer involvering av pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner på tjeneste- og systemnivå, hvor både eldrerådet og Demensforeningen brukes som høringsinstanser. Kommunen har også flere etablerte samarbeidsavtaler med frivillige som leverer tjenester til brukere, pasienter og pårørende, og gjennom den nye velferdsmodellen arbeides det med mer systematisk samarbeid med frivillige som kan levere tjenester til brukergruppen.

**Problemstilling 2: Sikrer kommunen nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen?**
Vår vurdering er at kommunen i hovedsak sikrer nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for personer med demens. Kommunen har etablert systemer for kompetansekartlegging, kompetanseplanlegging og opplæring, og det gjennomføres flere målrettede kompetansetiltak innen demensomsorg. Undersøkelsen viser også at kommunen har et tverrfaglig demenstilbud gjennom demensteam, demenskoordinator og virksomhetsområdet Demens.

Selv om kommunen har rutiner for å kartlegge kompetansebehov, tyder datagrunnlaget på at disse ikke er tilstrekkelig kjent blant ansatte. Spørreundersøkelsen viser at få ansatte kjenner til eller har deltatt i kartlegging av kompetansebehov, til tross for lang erfaring i kommunen. Videre varierer den opplevde kompetansen mellom ulike fagområder, og særlig innen velferdsteknologi, kartleggingsverktøy og miljørettede tiltak oppgir en betydelig andel ansatte at de har begrenset kompetanse. Det framkommer også at enkelte deler av tjenestene er sårbare som følge av rekrutteringsutfordringer og behov for økt fagkompetanse.

Revisjonen vurderer derfor at kommunen i stor grad har etablert de nødvendige strukturene, rutinene og kompetansetiltakene for å sikre kompetanse om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen. Samtidig er det behov for fortsatt oppmerksomhet på kompetanseutvikling innen enkelte fagområder, bedre forankring av arbeidet med kompetansekartlegging blant ansatte og tiltak som kan redusere sårbarheten knyttet til bemanning og rekruttering.

**Problemstilling 3: Tildeles tjenester til personer med demens og deres pårørende i henhold til lovkrav?**
Revisjonens konklusjon er at kommunen i hovedsak tildeler tjenester til personer med demens og deres pårørende i tråd med gjeldende lovkrav, men at det på flere områder er identifisert svakheter som gjør at etterlevelsen ikke kan vurderes som fullt ut tilfredsstillende. Undersøkelsen viser at kommunen

har etablert rutiner og praksis for tildeling av helse- og omsorgstjenester, bruk av koordinator og individuell plan, behandling av søknader om langtidsopphold og håndtering av ventelister. Tildelingene bygger i all hovedsak på individuelle vurderinger og helse- og omsorgsfaglige vurderinger, og personer som oppfyller vilkårene synes i stor grad å få innvilget nødvendige tjenester.

Samtidig avdekker revisjonen forhold som kan ha påvirket rettssikkerheten og kvaliteten i saksbehandlingen. Det gjelder blant annet mangelfulle eller utdaterte prosedyrer, svakheter i begrunnelsen av enkelte vedtak om pårørendestøtte, begrenset systematisk vurdering av behov for koordinator og individuell plan, samt ulik praksis når det gjelder informasjon om klagerettigheter. Revisjonen har også registrert enkelte svakheter i dokumentasjonsgrunnlaget for noen vedtak. På denne bakgrunn vurderer revisjonen at kommunen i stor grad ivaretar lovkravene for tildeling av tjenester til personer med demens og deres pårørende, men at det er behov for forbedringer for å sikre en mer helhetlig praksis og etterlevelse av regelverket.

**Problemstilling 4: Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering på kommunalområdet Helse og mestring?**
Revisjonens konklusjon er at kommunen i hovedsak ivaretar avvikshåndteringen innen kommunalområdet Helse og mestring gjennom etablerte systemer, rutiner og arenaer for registrering, behandling og oppfølging av avvik. Undersøkelsen viser samtidig utfordringer knyttet til opplæring, ulik praksis mellom tjenestene og manglende registrering av enkelte avvik. Både spørreundersøkelsen og intervjuene tyder på at ansatte i varierende grad opplever å få tilbakemelding på innmeldte avvik eller ser at avvik fører til konkrete forbedringer. Etter revisjonens vurdering har kommunen et grunnlag for forsvarlig avvikshåndtering, men det er behov for å styrke den systematiske oppfølgingen og bruken av avvik som grunnlag for læring, risikovurdering og kvalitetsforbedring.

# 10 Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger at kommunedirektøren bør:

1. Sikre ensartet saksbehandlingspraksis, herunder sørge for regelmessig revidering av lovhenvisninger i prosedyrer og rutiner.
2. Sikre at vedtak om pårørendestøtte utformes i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd og forvaltningslovens krav til begrunnelse.
3. Styrke rutinene for å informere om, vurdere og tilby koordinator og individuell plan når vilkårene for slike tiltak er oppfylt.
4. Sikre at vedtak om langtidsplass bygger på oppdatert IPLOS-registrering.
5. Gjennomgå praksis for bruk av ventelistevedtak og ventelistebrev, herunder sikre at brukerne gis korrekt og fullstendig informasjon om klageadgang og klagefrister.
6. Sikre en systematisk praksis for avvikshåndtering i hele tjenesten.
7. Styrke bruken av avvik som grunnlag for læring, risikovurdering og kvalitetsforbedring.

# 11 Kommunedirektørens uttalelse

Hamar kommune

Caroline Værlien

| Deres ref | Vår ref | Saksbehandler | Dato |
|---|---|---|---|
| | 2026/7979-4 | Cathrine Pedersen | 02.11.2026 |

**Foreløpig forvaltningsrevisjonsrapport, u.off. jf. offl.l. § 5, 2. ledd. Tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende - Hamar kommune**

Rapporten gir et godt kunnskapsgrunnlag for kommunens videre arbeid med å utvikle tjenestene til personer med demens og deres pårørende.

Kommunedirektøren merker seg at revisjonen samlet sett gir et positivt bilde av kommunens arbeid på området. Rapporten viser at kommunen i stor grad ivaretar planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling, og i hovedsak sikrer nødvendig kompetanse hos ansatte. Det er også positivt at revisjonen vurderer at tjenestetildelingen i all hovedsak bygger på individuelle og helse- og omsorgsfaglige vurderinger, og at personer som oppfyller vilkårene, i stor grad får innvilget nødvendige tjenester.

Samtidig peker rapporten på forbedringsbehov knyttet til enkelte deler av saksbehandlingen, informasjon om rettigheter og klageadgang, vurdering av individuell plan og koordinator, dokumentasjonsgrunnlaget for vedtak og den systematiske bruken av avvik. Kommunedirektøren slutter seg i hovedsak til anbefalingene og vil følge dem opp.

**Planlagte tiltak**

Flere av anbefalingene berører utviklingsarbeid som allerede er besluttet eller igangsatt i Helse og mestring. Oppfølgingen vil bygge på retningen som allerede er lagt gjennom kommunens planarbeid og arbeidet med ny velferdsmodell. Anbefalingene vil integreres i pågående og planlagte prosesser, slik at oppfølgingen bidrar til en helhetlig og varig utvikling av tjenestene.
Kommunen har vedtatt å etablere et felles tjenestekontor for Helse og mestring fra våren 2027. Etableringen skal samle og styrke det forvaltningsfaglige miljøet

> Hamar kommune
> Helse og mestring

Besøksadresse:
Vangsvegen 51
Postadresse:
Postboks 4063, 2306 HAMAR

Telefon: 62 56 30 00
postmottak@hamar.kommune.no
Org. nr.: 970 540 008
www.hamar.kommune.no
Sikker Post

og bidra til mer enhetlig saksbehandling, likebehandling, tydeligere ansvar og bedre kvalitet i vedtak og dokumentasjon. Som en del av etableringen vil kommunen gjennomgå arbeidsprosesser, ansvarsfordeling, vedtaksmaler, prosedyrer og rutiner. Anbefalingene knyttet til pårørendestøtte, individuell plan og koordinator, IPLOS-registrering, ventelister og informasjon om klagerettigheter vil inngå i dette arbeidet.

Arbeidet med å gjennomgå og harmonisere rutiner og arbeidsprosesser er allerede påbegynt som en del av forberedelsene til innføringen av ny elektronisk pasientjournal i 2027. Oppfølgingen av revisjonens anbefalinger vil inngå i denne gjennomgangen og videreføres i etableringen av tjenestekontoret. Dette gir kommunen mulighet til å se organisering, arbeidsprosesser, dokumentasjonspraksis og systemstøtte i sammenheng, og til å etablere en mer enhetlig praksis som del av den nye organiseringen.

Kommunen har også styrket arbeidet med fag, internkontroll og kvalitetsforbedring. Prosedyrer i kvalitetssystemet skal gjennomgås og oppdateres, og det skal utvikles en mer enhetlig praksis for melding, behandling og oppfølging av avvik. Det skal legges større vekt på tilbakemelding til medarbeiderne og på å bruke avvik samlet som grunnlag for læring, risikovurdering og kvalitetsforbedring..

Rapporten synliggjør både styrker i dagens tjenestetilbud og områder for forbedring, og vil være et nyttig grunnlag for kommunens videre kvalitets- og utviklingsarbeid.

Med hilsen

Cathrine Pedersen
Kommunalsjef

Kopi til:
Osmund Kaldheim
Merete Nissen Westgaard

# 12 Referanser

**Lovverk**

Forvaltningsloven (sist endret 01.01.2026) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-2025-04-25-12). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10

Helse- og omsorgstjenesteloven (siste endret 01.09.2025) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2025-06-20-74). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Helsepersonelloven (sist endret 01.01.2026) *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2025-06-20-96) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Kommuneloven (sist endret 01.01.2026) *Lov om kommuner og fylkeskommuner*. (LOV-2025-06-20-96). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83

Pasient- og brukerrettighetsloven (siste endret 01.01.2026) *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* (LOV-2025-06-20-39) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Plan- og bygningsloven (sist endret 17.01.2026) Lov om planlegging og byggesaksbehandling. (LOV-2025-05-27-21). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71

**Forskrifter**

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (sist endret 01.08.2022) (FOR-2022-06-22-1110). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (sist endret 2020) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250

Forskrift for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, Hamar kommune, Hedmark (sist endret 2021) (FOR-2021-01-07-78). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2017-06-21-1294

Verdighetsgarantien (sist endret 01.07.2020) *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2020-06-19-1238). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426

**Veiledere og andre kilder**

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 23. februar 2024, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens

Helsedirektoratet (2018). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 29. oktober 2018, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten

Helsedirektoratet (2024). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 13. mars 2024, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

Helse- og omsorgsdepartementet (2025) Demensplan 2025

Helsedirektoratet (2019). Venteliste på langtidsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 20. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/venteliste-p%C3%A5-langtidsplass-eller-tilsvarende-bolig-s%C3%A6rskilt-tilrettelagt-for-held%C3%B8gnstjenester

Helsedirektoratet (2025). Rettslige rammer for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 21. mai 2025, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettslige-rammer-for-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgstjenesten-og-frivilligheten

**Dokumenter fra kommunen**

Planstrategi for 2024-2027 (vedtatt i kommunestyret 25. september 2024)

Kommuneplanens samfunnsdel (vedtatt i kommunestyret 17. desember 2025)

Økonomi- og handlingsplan 2026-2030 (sist endret 16.12.2025)

Kommunedelplan for helse og mestring 2018-2030 (vedtatt i kommunestyret 20.06.2018)

Kommunedelplan for byutvikling 2023-2025 (vedtatt i kommunestyret 20.09.2023)

Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar kommune 2024 (datert 17.01.2024)

*Samarbeidsavtale Hamar kommune og Nasjonalforeningen for folkehelsen, Demensforeningen i Hamarregionen* (datert 07.05.2026)

*Avlastning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid* (datert 21.05.2026)

*Årlig kompetanseplan 2026 for Helse og mestring*

*Arbeidsplan for demensomsorgen i Hamar 2024*

*Prosedyre: Demensteam i Hamar kommune* (datert 28.09.2018)

*Stillingsbeskrivelse - Demenskoordinator* (datert 11.02.2022)

Prosedyre: *Samarbeid mellom demensteamet og fastleger i Hamar kommune* (datert 14.07.2020)

*Ansvar- og oppgavefordeling for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester* (datert 11.05.2026)

Avlastningsopphold – Saksbehandling (07.01.2020)

Avlastning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid (21.05.2026)

Vedtak – Langtidsopphold i institusjon (01.11.2025)

Inntak – tildeling av bolig i Helse- og omsorgstjenesten (22.01.2026)

*Internkontroll – Håndtering av avvik i Helse- og omsorg* (datert 23.08.22)

ROS-analyse (datert 23.01.2026) og en handlingsplan (datert 13.02.2024)

*Mal for risikokartlegging*

# Vedlegg A: Revisjonskriterier

## Om utledning av revisjonskriterier

I utledning av kriteriene vektlegges anbefalingene i Helsedirektoratets *Nasjonal faglig retningslinje om demens* (2017). Retningslinjen er utformet på bakgrunn av de krav som stilles til helse- og omsorgstjenestene i lov og forskrift. Retningslinjen bygger på følgende lovverk, forskrifter og veiledere:

- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)

I tillegg er følgende lover og forskrifter lagt til grunn i utledningen:

- Kommuneloven
- Forvaltningsloven
- Plan- og bygningsloven
- Forskrift for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, Hamar kommune, Hedmark

## Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

***Hvordan ivaretar Hamar kommune planlegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende?***

### Statlige føringer og lovverk

I Helse- og omsorgsdepartementet sin Demensplan 2025 oppfordrer Regjeringen kommunene til å sette demens på dagsordenen i det ordinære planarbeidet. Det er videre et mål om å sørge for at heldøgns omsorgsplasser som bygges, er tilpasset og tilrettelagt for personer med demens. Målet er et mer demensvennlig samfunn, ikke egne samfunn for personer med demens. Det vises til at lokalisering av heldøgnstilbud i tilknytning til sentrumsnære funksjoner og andre bomiljøer kan være berikende både for beboerne og nærområdet. I planleggingsarbeidet bør planleggere og formgivere spørre om hva prosjektet kan gjøre for nærmiljøet, hva nærmiljøet kan gjøre for prosjektet, og hva omgivelsene kan bidra med for den enkeltes opplevelse av mening og livskvalitet.

Kravene til kommunens planlegging og dimensjonering av tjenester beskrives blant annet i plan- og bygningsloven. I henhold til lovens § 3-1 a skal det blant annet gjøres en avklaring rundt samfunnsmessige behov og oppgaver, og angis hvordan oppgavene kan løses. Kommunene ved kommunestyret skal ifølge § 10-1 «[m]inst én gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering, utarbeide og vedta en kommunal planstrategi». Den kommunale planstrategien bør inneholde en drøfting av de strategiske valg kommunen tar i tilknytning til samfunnsutviklingen. I dette inngår langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorens virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden.

Lovens § 11- 1 stiller videre krav til at kommunen skal ha en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. Kommuneplanen skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Den skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og legge retningslinjer og pålegg for statlige og regionale myndigheter til grunn. Videre kan det utarbeides kommunedelplan for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder. Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig.

Kommuneplanens samfunnsdel, jf. § 11- 2, skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Den bør inneholde en beskrivelse og vurdering av alternative strategier for utviklingen i kommunen. Kommuneplanens samfunnsdel skal være grunnlaget for sektorenes planer og virksomhet i kommunen. Den skal gi retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i kommunal virksomhet og ved medvirkning fra andre offentlige organer og private. Kommunedelplaner for temaer eller virksomhetsområder skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og handlingsdelen skal revideres årlig.

I tillegg til overordnet lovverk for kommunalplanlegging, legges det også føringer for hvordan helse- og omsorgstjenestene bør planlegges og organiseres. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 beskriver at kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester innebærer at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I paragrafens tredje ledd heter det at kommunens ansvar etter første ledd blant annet innebærer en plikt til å planlegge. Videre bestemmer forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 5 at kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Videre beskriver boligsosialloven § 5 andre ledd at kommunen skal ha oversikt over behovet for både ordinære og tilpassede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet. Denne oversikten skal inngå i arbeidet med kommunens planstrategi etter plan- og bygningsloven § 10-1. En drøfting av kommunens boligsosiale arbeid bør inngå i strategien. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplanen etter plan- og bygningsloven kapittel 11, fastsette overordnede mål og strategier for det boligsosiale arbeidet. Målene og strategiene skal være egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor.

Vi legger til grunn at kommunens planverk gir tilstrekkelig oversikt og grunnlag for styring for tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. I dette legges det også til grunn at demens settes på dagsordenen i kommunens ordinære planarbeid.

### Tjenestetilbudet til pårørende

I en kommune med stadig økning i antall personer med demens, krever dette at kommunen også planlegger og dimensjonerer tjenestetilbudet til pårørende til brukergruppen. For pårørende til personer med demens, er blant annet kommunens kapasitet innen opplærings- og veiledningstilbud, pårørendeskole, samtalegrupper, kurstilbud og møteplasser sentralt. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 tydeliggjør at kommunen skal tilby nødvendig pårørendestøtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid, blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad.

Vi legger til grunn at kommunens planlegging og dimensjonering av tjenestene inkluderer en vurdering av behovet for ulike tilbud til pårørende.

### Pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 fastsetter at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Videre skal virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter. Helsedirektoratets *Pårørendeveileder* (2018) konkretiserer at kommuner på tjeneste- og systemnivå har plikt til å etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter på ulike nivå, og gjøre bruk av disse erfaringene i sitt forbedringsarbeid. Involvering av pårørende på tjenestenivå kan skje gjennom:

- Etablering av bruker – og pårørende utvalg
- Åpne allmøter for alle pasienter/brukere og pårørende
- Temavise aldersgrupper eller liknende med representasjon av pasienter/brukere og pårørende
- Systematisk innsamling av informasjon om brukeropplevd kvalitet gjennom pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser

Involvering av pårørende på et mer overordnet systemnivå i kommuner kan tilsvarende skje gjennom for eksempel bruker- og pårørendeorganisasjon i rådgivende organer på politisk eller administrativt nivå.

Vi legger til grunn at kommunen har systemer og rutiner for å involvere pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner på tjeneste- og systemnivå.

### Samarbeid med frivillige organisasjoner

Det fastsettes i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 tredje ledd, at helse- og omsorgstjenestene skal legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Frivillige kan supplere med aktiviteter og tilbud og slik bidra til økt trivsel og livskvalitet for pasienter, brukere og pårørende. For eksempel organisering og ledelse av turgrupper, trenings- eller hobbytilbud, gruppeaktiviteter, sosiale aktiviteter osv. for personer med demens og deres pårørende.

I Helsedirektoratets (2025) rundskriv Rettslige rammer for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten beskrives det at virksomheten før oppstart av et konkret tilbud i regi av frivillige må sikre at pasienten eller brukeren mottar den hjelpen vedkommende har rett på fra helse- og omsorgstjenesten. Dette sikrer at det frivillige tilbudet utgjør et supplement til nødvendige tjenester og ikke blir en erstatning for slike tjenester. Det er en forutsetning at tjenesten er tilstrekkelig og forsvarlig bemannet, slik at frivillige ikke settes i situasjoner hvor de må utføre grunnleggende helse- og omsorgsoppgaver.

Helsedirektoratet (2025) anbefaler at den aktuelle virksomheten bør utarbeide en samarbeidsavtale med frivilligheten om tilbud til pasienter, brukere og pårørende. I avtalen bør det klargjøres roller, tidsbruk, konkretisering av tilbudet som skal gis, økonomi, oppfølging og forankring i kommunen, samt rutiner for varsling, evalueringer og veiledning. Samarbeidsavtalen bør evalueres av begge parter etter en avtalt periode.

Vi legger til grunn at kommunen har etablert samarbeidsavtaler med frivillige eller ideelle organisasjoner som leverer tjenester til pasienter, bruker og pårørende i brukergruppen.

### Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 1

| Kriterier problemstilling 1: Problemstillingen | |
|---|---|
| **1.** | Kommunen skal utarbeide en planstrategi som beskriver og drøfter samfunnsutvikling og det boligsosiale behovet i lys av befolkningsutviklingen og kapasitetsbehovene knyttet til personer med demens og deres pårørende. |
| **2.** | Kommunedelplaner som omfatter tjenester innen demensomsorg, skal ha en handlingsdel for oppfølging de neste fire årene. |
| **3.** | Kommunens planlegging og dimensjonering av tjenestene inkluderer en vurdering av tilbudet til pårørende |
| **4.** | Kommunen skal ha systemer og rutiner for å involvere pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner på tjeneste- og systemnivå |
| **5.** | Kommunen bør ha etablerte samarbeidsavtaler med frivillige som leverer tjenester til pasienter, bruker og pårørende i brukergruppen. |

## Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

***Sikrer kommunen nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen?***

### Kompetansekartlegging og krav til kompetanse

Det går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at tjenestene som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet innebærer blant annet at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. I den nasjonale retningslinjen om demens (2017) presiseres det at kommunen må sørge for at ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevd, slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Retningslinjen beskriver at kompetanse om demens blant annet innebærer gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentret omsorg, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, ernæring, lindrende behandling, samt miljørettede og psykososiale tiltak og aktiviteter og legemiddelbehandling.

Retningslinjen vektlegger at virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester, videre skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens. Dette innebærer at virksomheten har rutiner for:

- opplæring og kompetanseutvikling av alle ansatte innen personsentrert omsorg og behandling.
- systematisk evaluering og kvalitetsforbedring av tjenestene.
- tydelig ledelse og støtte av ansatte i utøvelsen av personsentrert omsorg og behandling.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 fastsetter at virksomheten som en del av styringssystemet har plikt til å planlegge, og dette inkluderer blant annet å ha oversikt over ansattes kompetanse

og behov for opplæring. Helsedirektoratet anbefaler kommunene å ta i bruk KS sitt verktøy for strategisk kompetanseplanlegging. [34]

Den nasjonale retningslinjen beskriver at for å sikre tilstrekkelig kompetanse må virksomheten kartlegge kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, samt sørge for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og eventuelt videre- og etterutdanning. Virksomheten må også sikre at de ansatte har god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune for å kunne sette inn tiltak i tråd med sykdomsutviklingen til personer med demens og pårørende.

Vi legger til grunn at kommunen har et kvalitets- og styringssystem for kartlegging, opplæring, videre- og etterutdanning av ansatte som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens. I dette vektlegges det at tjenestene er organisert på en måte som sikrer at ansatte kan yte forsvarlige tjenester. Kommunen må også ha rutiner og praksis som sikrer at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om og yter personsentrerte helse- og omsorgstjenester til personer med demens.

### Demenskoordinator og demensteam

For å sikre lovkravet om helhetlige og koordinerende tjenester, anbefaler den nasjonale retningslinjen at kommunene har tverrfaglige team med kompetanse om demens som del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende. Teamets funksjon bør være å:

- bistå lege under demensutredning
- sikre at personer med demens og deres pårørende gis oppfølging etter diagnose
- sikre et fast kontaktpunkt i kommunen videre i sykdomsforløpet.

Teamet bør minst bestå av sykepleier og ergoterapeut med bred kompetanse om demens, og helst også lege.

Vi legger til grunn at kommunen bør ha et demensteam som bistår tjenestemottaker og pårørende. Det vektlegges også at demensteamet eller ansvarsgruppen har nødvendig kunnskap om demens.

### Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 2

| Sikrer kommunen nødvendig kompetanse hos ansatte om oppfølging og tilrettelegging for målgruppen? | |
|---|---|
| **6.** | Kommunen skal ha systemer for å kartlegge kompetanse og behov for opplæring blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. |
| **7.** | Kommunen skal ha rutiner og praksis for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte som yter helse- og omsorgstjenester for personer med demens. Herunder skal det blant annet gis opplæring i personsentrert omsorg. |
| **8.** | Kommunen bør ha et tverrfaglig team med spesiell kompetanse om demens som del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende. |

[34] Helsedirektoratet (2018) Strategisk kompetanseplanlegging bør benyttes for å sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenestene

## Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 3

***Tildeles tjenester til personer med demens og deres pårørende i henhold til lovkrav?***

### Forvaltningslovens krav til enkeltvedtak

Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 beskriver at forvaltningsloven gjelder for kommunens virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven og av pasient- og brukerettsloven. For tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, § 3-6 og § 3-8, gjelder forvaltningslovens regler om enkeltvedtak jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd. Dette inkluderer tjenester som:

- Helsetjenester i hjemmet
- Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- Plass i institusjon, herunder sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester
- Nødvendig pårørendestøtte, herunder opplæring, veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

**Dagaktivitetstilbud til personer med demens**: Helsedirektoratet anbefaler at kommunen bør treffe enkeltvedtak om dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens, selv om det ikke foreligger krav om dette etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 7. Et dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens dekker ofte ulike tjenestebehov som avlastning og personlig assistanse, og helsedirektoratet mener derfor at hensynet bak kravet om enkeltvedtak iht. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 også gjør seg gjeldende for denne tjenesten.[35]

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 skal det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester som er ment å vare lengre enn to uker. Enkeltvedtaket skal være skriftlig og begrunnet. Det skal videre inneholde en redegjørelse for hvilke regler som er anvendt, beskrivelse av hvilket faktum som er lagt til grunn for avgjørelsen og redegjørelse for hvilke hovedhensyn som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen.

Tjenestene skal iverksettes fra det tidspunktet pasient/brukers behov tilsier det, altså innen forsvarlig tid, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Hva som er forsvarlig, vil bero på et helse- og sosialfaglig skjønn, og skal komme frem av vedtaket.

Det skal også komme frem av vedtaket at det er klageadgang, hva klagefristen er, hva som er riktig klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage. Ettersom pasient- og brukerrettighetsloven er en særlov for helse- og omsorgstjenesten, går den foran forvaltningsloven ved motstrid. Et eksempel er klagefristen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5, som er fire uker. For enkeltvedtak som ikke fattes etter pasient- og brukerrettighetsloven, for eksempel vedtak om tildeling av kommunal bolig, er klagefristen tre uker i tråd med forvaltningsloven § 29. Det skal opplyses om innsynsretten og adgangen til å be om utsatt iverksettelse i vedtaket.

Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter bestemmelser for kommunens plikt til å tilby avlastning, og pasient- og brukerrettighetsloven fastsetter pårørende sin rett til å få dekket sitt behov for nødvendig

[35] Helsedirektoratet (01.09.2025) § 2-7 Forvaltningslovens anvendelse.

avlastning fra kommunen. Pårørende som yter særlig tyngende omsorgsarbeid, har etter pasient- og brukerrettsloven § 2-8 rett til et vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.

Vi legger til grunn at kommunen fatter vedtak og tildeler tjenester i henhold til forvaltningsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettsloven. I dette vektlegges det at vedtakene skriftliggjøres og omfatter lovpålagt informasjon, samt at vedtak om avlastning fattes på pårørende som yter særlig tyngende omsorgsarbeid.

### Koordinator og individuell plan

Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 fastsetter også at kommunen skal tilby koordinator til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, inkludert personer med demens. Hvis tjenestemottaker ønsker, skal det utarbeides en individuell plan. Kommunen skal ha rutiner for mottak og behandling av henvendelser om individuell plan og koordinator, hvor både muntlige og skriftlige henvendelser dokumenteres.[36] For individuell plan og koordinator gjelder ikke bestemmelsene i forvaltningsloven om enkeltvedtak, men avgjørelser om avslag kan påklages til Statsforvalteren etter pasient- og brukerettighetsloven § 7-2, og må derfor skriftliggjøres. Dette innebærer også at helse- og omsorgspersonell skal gi veiledning om retten til å klage, og ved behov bistå i utforming av klage.

Vi legger til grunn at kommunen har systemer for bruk av koordinator og individuell plan for personer med demens, og at avslag på søknader og klageretten dokumenteres skriftlig.

### Kommunens bruk av venteliste

I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e andre ledd er det bestemt at pasient og bruker som oppfyller kommunens kriterier, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold, skal ha rett til vedtak. Vedtaket innebærer at vedkommende er kvalifisert for langtidsplass og skal føres på venteliste. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a fjerde ledd pålegger kommunene å føre ventelister over pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold. Det skal registreres dato for når pasienten er satt på venteliste, og dato når pasient er tatt av ventelisten.[37]

Unntak fra dette er:

- Personer som har fått tilbud om plass, men som har takket nei i påvente av tilbud på et bestemt sykehjem.
- Personer som har plass i egen bostedskommune, men søker seg til en annen kommune.
- Personer som er inneliggende i spesialisthelsetjenesten og ikke er meldt utskrivningsklare.

Dersom plass på sykehjem er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har pasienten rett til sykehjemsplass. I disse tilfellene må pasienten tildeles plass og kan ikke settes på venteliste.

Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, Hamar kommune, Hedmark (2021) § 6. *Venteliste* beskriver at dersom søker fyller kriteriene for langtidsopphold, men kan få forsvarlige helse- og omsorgstjenester i hjemmet i påvente av langtidsoppholdet, skal kommunen sette søker på venteliste dersom det ikke er ledig plass. Ved ledig plass skal alle på ventelista vurderes av

[36] Helsedirektoratet (2023) Om individuell plan og koordinator – formål og rettigheter
[37] Helsedirektoratet (2019). Venteliste på langtidsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester

sentralt inntaksmøte. Forskriftens § 3 Grunnlag for vurdering og tildeling ledd 5, beskriver at det ved vurdering blant annet skal tas hensyn til søkers helsetilstand, mentale tilstand, kognitiv svikt og evne til egenomsorg.

Ved ledige plasser skal den med størst hjelpebehov ut fra kriteriene i § 4 prioriteres. Hovedkriteriet er at langtidsopphold i sykehjem tildeles personer med behov for døgnkontinuerlig oppfølging av medisinsk behandling, pleie og tilsyn som ikke krever sykehusinnleggelse, men hvor hjelpebehovet er uforutsigbart og tjenestetilbudet ikke kan tidfestes.

Andre kriterier som skal vektlegges ved vurdering for tildeling er:

A. Personer som har behov for langvarige helse- og omsorgstjenester gjennom hele døgnet, der andre aktuelle tjenester har vært forsøkt uten å dekke nødvendig og forsvarlig behov for helse- og omsorgstjeneste.
B. Langtidsplass skal i hovedsak benyttes for personer over 67 år.
C. Personer med hjelpebehov der nødvendig kompetanse og utstyr for å sikre helseoppfølging og behandlinger kun kan gis i sykehjem eller særskilt tilrettelagt boliger for heldøgns tjenester. Sentralt inntaksmøte har ansvar for å holde oversikt over personer som venter, og å vurdere situasjonen jevnlig.

§ 7 i samme forskrift beskriver at personer med vedtak og som venter på langtidsopphold i sykehjem skal få andre nødvendige tjenester for å sikre nødvendig og forsvarlig helsehjelp i ventetiden. Dette kan for eksempel være økt hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagsenter, støttekontakt, korttidsopphold og/eller andre tjenester i omsorgstrappen. Personer som mottar hovedomsorgen fra sine pårørende, skal få tilbud om avlastende tiltak for særlig tyngende omsorgsoppgaver. Plass ved dag- og aktivitetssenter skal og vurderes. Ved endring av helsetilstand i påvente av plass må det gjøres en ny vurdering.

Vi legger til grunn at kommunen tildeler tjenester i tråd med lovverk og kommunens egen forskrift, herunder krav til tildeling av langtidsplasser eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester, samt bruk av ventelister.

### Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 3

| Tildeles tjenester til personer med demens og deres pårørende i henhold til lovkrav? | |
|---|---|
| **9.** | Kommunen skal ha rutiner og praksis som sikrer at vedtak på tildeling av tjenester skjer i henhold til forvaltningsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettsloven. |
| **10.** | Kommunen skal ha rutiner og praksis som sikrer at det fattes vedtak om avlastning til pårørende som yter særlig tyngende omsorgsarbeid. |
| **11.** | Kommunen skal ha systemer for bruk av koordinator og individuell plan i oppfølgingen av personer med demens og deres pårørende. |
| **12.** | Kommunen må skriftlig informere om avslag på søknader om koordinator og individuell plan, samt informere om klagerettighetene i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. |

| | |
|---|---|
| **13.** | Kommunen skal tildele langtidsplass på sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester i tråd med lovverk og kommunens egen forskrift. |
| **14.** | Kommunens bruk av venteliste skal være i henhold til lovverk og kommunens egen forskrift. |

## Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 4

***Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering på kommunalområde Helse og mestring?***

### Registering av avvik

Kommuneloven § 25-1 beskriver at kommunedirektørens ansvar knyttet til internkontroll er å:

- utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll

I KS-veilederen *Orden i eget hus: Kommunedirektørens internkontroll* anbefales det at kommunene innfører rapportering på avvik mellom virksomhetsnivå og ledelse, og at hver kommune må integrere rapporteringen i sitt styringssystem ut fra hva som anses hensiktsmessig og hvilke behov kommunen har. For å sikre tilstrekkelig kartlegging har arbeidsgiver ansvar for at systemet fungerer. Avviksrapportering og -håndtering bør følges opp slik at det enkelte avviket blir lukket, og i tillegg bidra til at tilsvarende eller andre avvik forebygges. [38]

*Internkontrollforskriften* er også tydelig på at arbeidstakerne skal medvirke ved innføring og utøvelse av internkontroll.[39] Dette innebærer at man som arbeidstaker har plikt til å blant annet melde avvik. Ansattes plikt innebærer også at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om hva som skal meldes, og har tilgang til å melde inn om avvik og andre uønskede hendelser.

Vi legger til grunn at det foreligger rutiner og systemer for avviksmelding- og håndtering innad i kommunalområdet Helse og mestring, og at ansatte får tilstrekkelig opplæring om hva som skal meldes og hvordan dette skal meldes.

### Bruk av avviksrapporter og tilbakemeldinger i det systematiske forbedringsarbeidet

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 g skal virksomheten ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen. Oversikten skal inkludere om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 e stiller videre krav om medvirkning fra pasienter, brukere og pårørende. I kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter,

[38] KS veileder (2020) Orden i eget hus -Kommunedirektørens internkontroll
[39] Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter § 4. *Plikt til internkontroll*.

brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres. Pasienter, brukere og pårørende skal aktivt involveres i forbedringsarbeidet. Videre innebærer evalueringsplikten blant annet å gjennomgå avvik og uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges, jf. forskriftens § 8 e. Denne gjennomgangen er leders ansvar, og informasjonen skal brukes til å avdekke årsakene til hendelser, fremme læring og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Korrigeringsplikten innebærer etter forskriftens § 9 a-c å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, samt å sørge for korrigerende tiltak og å forbedre rutiner og prosedyrer. For oppfølging av denne plikten vil gjennomgang av rapporter fra melde- og avvikssystemer og lukking av avvik stå sentralt. Eksempel på uforsvarlige og lovstridige forhold kan være svikt i rutiner og arbeidsprosesser, mangel på etterlevelse og prosedyrer. Det kan være relatert til pasientskader, klager fra pasienter eller pårørende, bekymringer som meldes fra ansatte eller informasjon som viser uønsket variasjon i tjenestene.[40] Øverste leder har ansvaret for å sikre at korrigerende tiltak gjennomføres, og at de systematisk testes ut og følges av målinger for å dokumentere om de har effekt.

Vi legger til grunn at innmeldte avvik utgjør en del av det systematiske arbeidet med å kartlegge risiko innen kommunalområdet Helse og mestring, og at det foreligger rutiner for gjennomgang av avviksrapporter og tilbakemeldinger fra ansatte, pasienter og pårørende i oppfølging av evalueringsplikten. Kommunalområdet må videre ha rutiner og systemer for å legge avviksrapporteringer til grunn i arbeidet med å korrigere uforsvarlige og lovstridige forhold, herunder innføre korrigerende tiltak og forbedringer av rutiner og prosedyrer.

### Punktvis oppsummering av revisjonskriterier for problemstilling 4

| Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering på kommunalområde Helse og mestring? | |
|---|---|
| **15.** | Kommunen skal ha systemer, rutiner og føringer for registering av avvik og uønskede hendelser innen kommunalområdet helse- og mestring. |
| **16.** | Kommunen skal sikre at ansatte innen kommunalområdet har tilstrekkelig kunnskap om avvikssystemet og hva som skal meldes som avvik. |
| **17.** | Kommunen skal sikre at innmeldte avvik utgjør en del av det systematiske arbeidet med å kartlegge risiko innen kommunalområdet helse- og mestring. |
| **18.** | Kommunen skal ha rutiner for gjennomgang av avviksrapporter og tilbakemeldinger fra ansatte, pasienter og pårørende i oppfølging av evalueringsplikten |
| **19.** | Kommunen skal legge avviksrapporteringer til grunn i arbeidet med å korrigere uforsvarlige og lovstridige forhold, herunder innføre korrigerende tiltak og forbedringer av rutiner og prosedyrer. |

[40] Kilde: Helsedirektoratet (2018) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

## Referanser


**Lovverk**

Forvaltningsloven (sist endret 01.01.2026) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-2025-04-25-12). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10

Helse- og omsorgstjenesteloven (siste endret 01.09.2025) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2025-06-20-74). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Helsepersonelloven (sist endret 01.01.2026) *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2025-06-20-96) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Kommuneloven (sist endret 01.01.2026) *Lov om kommuner og fylkeskommuner*. (LOV-2025-06-20-96). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83

Pasient- og brukerrettighetsloven (siste endret 01.01.2026) *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* (LOV-2025-06-20-39) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Plan- og bygningsloven (sist endret 17.01.2026) Lov om planlegging og byggesaksbehandling. (LOV-2025-05-27-21). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71

**Forskrifter**

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (sist endret 01.08.2022) (FOR-2022-06-22-1110). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (sist endret 2020) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250

Forskrift for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, Hamar kommune, Hedmark (sist endret 2021) (FOR-2021-01-07-78). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2017-06-21-1294

Verdighetsgarantien (sist endret 01.07.2020) *Forskrift om en verdig eldreomsorg* (FOR-2020-06-19-1238). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426

**Veiledere og andre kilder**

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 23. februar 2024, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens

Helsedirektoratet (2018). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 29. oktober 2018, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten

Helsedirektoratet (2024). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 13. mars 2024, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

Helse- og omsorgsdepartementet (2025) Demensplan 2025

Helsedirektoratet (2019). Venteliste på langtidsplass eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnstjenester [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 20. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/venteliste-p%C3%A5-langtidsplass-eller-tilsvarende-bolig-s%C3%A6rskilt-tilrettelagt-for-held%C3%B8gnstjenester

Helsedirektoratet (2025). Rettslige rammer for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivilligheten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 21. mai 2025, lest 23. mars 2026). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettslige-rammer-for-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgstjenesten-og-frivilligheten

# Vedlegg B: Beskrivelse av innsatsområdene i ny velferdsmodell.

**Helsehus:** Et av innsatsområdene i ny velferdsmodell er Helsehus. Innsatsområdet har sitt hovedfokus på tjenesteutvikling, med mål om å skape mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp på tvers av tjenester, fagområder og forvaltningsnivåer. Arbeidet skal bidra til bedre samhandling mellom kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og øvrige samarbeidspartnere, slik at innbyggerne opplever koordinerte og sømløse tjenester. Kommunalsjefen understreket at Helsehus ikke først og fremst handler om et bygg, men om utvikling av framtidens tjenester og arbeidsformer. Samtidig vurderes hvordan fysiske løsninger kan understøtte målene om bedre samhandling, innovasjon og ressursutnyttelse. En viktig del av innsatsområdet er å styrke samspillet mellom kommunale tjenester, frivillighet, lag og foreninger, nærmiljø og innbyggere. Dette er også et sentralt grep i arbeidet med satsningen *Bo trygt hjemme,* hvor målet er å legge til rette for at flere kan mestre hverdagen, oppleve tilhørighet og bo trygt hjemme lengst mulig. Møteplasser, aktivitet og sterke lokalsamfunn ses i denne satsningen som viktige supplement til de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene og som sentrale virkemidler i framtidens velferdstjenester.

**Arbeidstidsordninger:** Evaluering og endring av dagens arbeidstidsordninger inngår også som satsingsområde. Kommunalsjefen viste til at framtidens behov for helse- og omsorgstjenester, kombinert med knapphet på arbeidskraft, gjør det nødvendig å vurdere hvordan tilgjengelig kompetanse organiseres og benyttes. Gjennom utredninger gjennomført med ekstern bistand har kommunen fått tilbakemeldinger om at enkelte lokale avtaler og arbeidstidsordninger vurderes å være mer gunstige enn det som er forenlig med en langsiktig bærekraftig turnusplanlegging. Dette kan påvirke kommunens evne til å sikre tilstrekkelig kompetanse hele døgnet og året. Det arbeides derfor blant annet med å styrke heltidskulturen og utvikle arbeidstidsordninger som bidrar til god kompetansedekning, kvalitet og bærekraft i tjenestene.

**Kvalitetsutvikling/samarbeidsmønstre:** Videre arbeides det med kvalitetsutvikling og endring av samarbeidsmønsteret på tvers av tjenester. Kommunalsjefen viste til at det er gjort store endringer i stab- og støttefunksjoner i kommunalområdet for å sikre velferdsmodellen faglig utvikling og styrke internkontrollen. Fagutviklere, rådgivere, kreftkoordinator og demenskoordinator skal samarbeide mer for å sikre bedre pasientflyt og likhet i prosedyrer. Endringene er nokså nye, men kommunalsjefen opplevde at de begynner å få på plass en god rigg som ikke er like personavhengig som tidligere. Kommunalsjefen trakk også frem matriseorganiseringen i hjemmetjenesten med spesialiserte innsatsteam og rendyrking av tjenesteområder i institusjonstjenesten som måter å sikre mer målrettet innsats. Omstillingsarbeidet er ifølge kommunalsjefen nødvendig for å sikre nok kapasitet og kompetanse om demens, palliasjon og psykiske helse og ruslidelser.

**Bolig:** Kommunalsjefen understreket at bolig er en viktig og avgjørende faktor for at innbyggere skal kunne bo trygt hjemme lengst mulig. Hamar kommune har et boligkontor som arbeider aktivt og nytenkende med boligspørsmål, og som tilbyr veiledning og oppfølging til innbyggere med behov for tilrettelegging. Kommunen oppfordrer innbyggere til å planlegge for egen alderdom og vurdere tilpasninger av boligen i god tid. For personer som har behov for en mer egnet eller tilrettelagt bolig, kan kommunen blant annet bistå med informasjon om aktuelle støtteordninger og startlån. Det finnes også statlige tilskuddsordninger som kan bidra til tilpasning av private boliger. Arbeidet krever samarbeid på tvers av kommunale tjenester og fagområder, og har god politisk forankring.

**Mobilisering av lokalsamfunnet:** Kommunalsjefen understreket at velferdsmodellen består av flere gjensidig avhengige innsatsområder. Omstillingsarbeidet vil ta tid, men kommunen er godt i gang og opplever at utviklingen går i riktig retning. Et sentralt element i den nye velferdsmodellen er å styrke innbyggernes egne ressurser og mobilisere støtte i lokalsamfunnet. Dette innebærer blant annet å utvikle nærnettverk og legge til rette for økt samspill mellom innbyggere, frivilligheten, lag og foreninger og kommunale tjenester. Målet er både å forebygge ensomhet, styrke mestring og bidra til at flere kan bo trygt hjemme lengst mulig. Kommunalsjefen viste i denne sammenhengen til det gode samarbeidet mellom kommunen og Hamar Frivilligsentral, som er en viktig samarbeidspartner i utviklingen av slike nettverk og møteplasser.

**Oppgavedeling:** Prosjektleder for Oppgavedeling[41], som er et av innsatsområdene i den nye velferdsmodellen, forklarte at prosjektet handler om samarbeid med frivilligheten, arbeidsinkludering, oppgavefordeling i tjenestene, samt pårørende og nærnettverk. Den digitale plattformen Nyby brukes for å koble mennesker sammen. Hamar kommune har hatt Nyby-plattformen lenge, og prosjektlederen har siden august 2025 jobbet med å bedre implementeringen av systemet i kommunen. Plattformen må tas i bruk av alle ledd i «økosystemet» slik at man får koblet sammen de som har behov for tjenester med de som leverer tjenestene, forklarte prosjektlederen. Kommunen har brukt mye tid på å evaluere hvordan Nyby skal brukes og hvordan arbeidet skal legges opp.

En del av arbeidspakkene i prosjektet omhandler arbeidsinkludering. Hamar kommune samarbeider med Nav og Ung Innsats om arbeidsinkludering for ungdom som står utenfor skole eller arbeid. Det er gjennomført et testprosjekt på Seterløkka omsorgsbolig med sju ungdommer. De ulike oppdragene er kartlagt via en gjennomgang av arbeidsoppgaver som i dag utføres av helsepersonell. Hensikten er å avlaste helsepersonell for praktiske gjøremål slik at arbeidstiden kan brukes mer på personnære oppgaver og på samme tid gi ungdom arbeidserfaring. Oppgavene kan blant annet være å rydde inn matvarer, re opp senger eller vasking. Oppdrag som skal utføres legges ukentlig inn i Nyby og ungdommene tar på seg ønskede oppdrag. Noen oppgaver gjennomføres regelmessig og andre oppgaver er mer ad hoc. Prosjektlederen opplevde et godt samarbeid med lederne ved omsorgsboligen, Nav og utekontakten.

Prosjektlederen tenker at økt bevissthet om arbeidsfordeling i helse- og omsorgstjenestene kan løse noen av utfordringene til kommunen. Korte oppdrag som utføres av andre kan dekke mange av behovene innen helsetjenestene. Prosjektlederen viste videre til at det er 700 ungdommer i Hamar kommune som verken er i skole eller arbeid, og at Innlandet fylke har høyest grad av uførhet i Norge. På sikt kan arbeidsinkluderingen bidra til å redusere utenforskap, få flere i jobb eller utdanning og redusere kostnader knyttet til økonomisk sosialhjelp.

[41] Rådgiver innovasjon i Helseinn.

# Vedlegg C: Kompetansekartlegging mal

## 7 Kompetansekartlegging mal

Kompetansekartlegging gjøres av nærmeste leder, og oppsummeres deretter av tjenestelederne og fagutviklerne. Behovene som meldes inn, brukes som grunnlag for å planlegge konkrete tiltak for kompetanseheving. Tiltakene bygger også på funn fra tilsyn, registrerte avvik, nye nasjonale føringer og andre satsingsområder.

Skjema for kompetansekartlegging i forbindelse med tilskuddsmidler fra Statsforvalteren sendes ut av tjenesteområdeleder i februar.

| Enhet | Leder | Antall ansatte | Behov for obligatoriske kurs (antall) | Forbedringspunkter |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Eksempel:

| Enhet | Leder | Antall ansatte | Behov for obligatoriske kurs (antall) | Forbedringspunkter |
|---|---|---|---|---|
| Hverdagsmestring 2 | ..... | 6 | Kurs i sårbehandling | Øke kvalitet på sårbehandling<br>Begrense antall kroniske sår<br>Forbygge behov for spesialist helsetjenesten |

| **Gjennomført kompetansehevende tiltak jmf kompetanseområde** | **Antall ansatte** |
|---|---|
| Brannvern | |
| Førstehjelp | |
| Legemiddelhåndtering | |
| Dokumentasjon | |
| Kommunikasjon | |

| Digital kompetanse | Mestrer godt (antall ansatte) | Ønsker mer opplæring (antall ansatte) | Mestrer ikke (antall ansatte) | Ikke aktuelt (antall ansatte) |
|---|---|---|---|---|
| GAT | | | | |
| EQS | | | | |
| M365 | | | | |
| Elements | | | | |
| EPJ | | | | |
| Kompetansebroen | | | | |

# 8 Plan for gjennomføring

| Tiltak | Målgruppe | Frist | Ansvarlig |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# 9 Evaluering

Gjennomføres i medarbeidersamtaler og legges frem for ledergruppen i Helse og mestring innen 15 november, som grunnlag for neste års plan.

**Vurder**

- Har tiltakene styrket kvaliteten i tjenesten?
- Har enheten fått bedre kompetanse på prioriterte områder?
- Hva bør videreføres eller endres neste år?

# Vedlegg D: Melding om rett til å klage over vedtak

| ① Avsender (forvaltningsorganet)<br>Hamar kommune<br>Enhet for tildeling av helse- og omsorgstjenester<br>Postboks 4063<br>2306 HAMAR | **Melding om rett til å klage over vedtak**<br>② Dato<br>15.03.2026 |
|---|---|
| ③ Mottaker (navn og adresse) | ④ Klageinstans<br>Statsforvalteren i Innlandet<br>Postboks 987<br>2604 LILLEHAMMER |

| | |
|---|---|
| **Klagerett** | Du har rett til å klage over vedtaket. |
| **Hvem kan du klage til?** | Klagen sendes oss, dvs. det organet som er ført opp i rubrikk ①. Hvis klagen ikke tas til følge, videresendes den til overordnet klageinstansen, jf. Rubrikk ④. |
| **Klagefrist** | Klagefristen er fire – 4 – uker fra den dagen brevet mottas. Det er tilstrekkelig at klagen er postlagt før fristen går ut.<br>Dersom du klager for sent, har vi anledning til å se bort fra klagen. Fristen kan søkes forlenget dersom dette begrunnes. |
| **Rett til å kreve begrunnelse** | Dersom du mener vi ikke har begrunnet vedtaket vårt, kan det kreves en slik begrunnelse før fristen går ut. Ny klagefrist regnes da fra den dagen begrunnelsen mottas. |
| **Innholdet i klagen** | Det skal presiseres;<br>- hvilket vedtak det klages over<br>- årsaken til klagen<br>- den eller de endringer som ønskes<br>- eventuelt andre opplysninger som kan ha betydning for vurderingen av klagen<br>Klagen må undertegnes. |
| **Utsetting av gjennom-føringen av vedtaket** | Selv om du har klagerett, kan vedtaket vanligvis gjennomføres straks. Du kan imidlertid søke om å få utsatt gjennomføringen av vedtaket til klagefristen er ute eller til klagen er avgjort. |
| **Rett til å se saks-dokumentene og til å kreveveiledning** | Med visse begrensninger har du rett til å se dokumentene i saken. Reglene om dette finnes i forvaltningsloven § 18 og § 19. Du må i tilfelle ta kontakt med oss, jfr. rubrikk ①. Du vil da få nærmere veiledning om adgangen til å klage, om fremgangsmåten og om reglene for saksbehandlingen. |
| **Kostnader ved klagesaken** | Du kan søke om å få dekket utgifter til nødvendig advokathjelp etter reglene om fritt rettsråd. Vanligvis gjelder visse inntekts- og formuesgrenser. Statsforvalter eller deres advokat kan gi nærmere opplysninger om dette. Hvis vedtaket er blitt endret til deres fordel, kan du etter forvaltningsloven ha krav på å få dekket vesentlige kostnader som har vært nødvendige for å få endret vedtaket. Klage- instansen ( jf. ④) vil orientere dem om retten til å kreve slik dekning. |
| **Klage til Sivilombudet** | Hvis du mener at du har vært utsatt for urett fra den offentlige forvaltnings side, kan du klage til Stortingets ombud for forvaltningen (Sivilombudet). Sivilombudet kan ikke selv endre vedtaket, men gi sin vurdering av hvordan den offentlige forvaltning har behandlet saken, og om det er gjort eventuelle feil eller forsømmelser. Dette gjelder likevel ikke i saker avgjort av Kongen i statsråd. Dersom du får deres klage avgjort i statsråd fordi Kongen er klageinstans, kan du derfor ikke senere bringe saken inn for Sivilombudet. Fristen for å klage til Sivilombudet er ett år fra den endelige avgjørelsen i saken ble tatt eller fra det tidspunktet da forholdet du klager på, inntraff eller oppsto. |

# Vedlegg E: Oversikt over prosedyrer for demensteam/-koordinator

| Prosedyrer for demensteam og demenskoordinator | |
|---|---|
| **Prosedyre** | Beskrivelse |
| ***Demensteam i Hamar kommune (prosedyre)* datert 28.09.2018** | Dokumentet beskriver at hensikten med demensteamet er å sikre; et faglig forsvarlig tilbud om utredning og kartlegging av bruker med symptomer på ervervet kognitiv svikt, at det gis tilbud om vurdering og oppfølging av hjemmesituasjonen hos brukere med en demenssykdom, gi veiledning og støtte til pårørende, og at aktuelle brukere henvises til lege for diagnostisering. Teamet er tverrfaglig og består av ergoterapeuter og spesialsykepleiere. Utredning gjøres av fastlegen, og diagnose settes av fastlege eller spesialist. Kartleggingen består av de testene og samtalene demensteamet har med bruker og pårørende i hjemmet.<br>Arbeidet i demensteamet er inndelt i fire faser; 1. hjemmebesøk inkl. samtale med pårørende og bruker, 2. etterarbeid på kontoret, 3. tiltak som må vurderes og 4. oppfølging. I fase fire beskriver prosedyren at brukere med tjenester fra hjemmebasert omsorg (HBO) gis oppfølging av primærteam på sone. Bruker uten tjenester i HBO følges opp av demensteamet primært hver sjette måned, eller av fastlegen etter avtale. |
| **Stillingsbeskrivelse - Demenskoordinator (datert 11.02.2022** | Demenskoordinator er administrativt underlagt leder for fagområde Demens, Tjenester til hjemmeboende. Demenskoordinator har 100 prosent stilling, og det settes krav til utdanning som spesialsykepleier. Formålet med stillingen er å arbeide i overensstemmelse med statlige og kommunale føringer og i tråd med Helse- og omsorgsavdelingenes mål og handlingsplaner.<br>Koordinatorens ansvars- og myndighetsområder inkluderer:<br>• Være den faglige hovedressursen innenfor fagfeltet<br>• Nettverksbygger både internt og i egen kommune, og eksternt<br>• Bistå fastlegene med demensutredning<br>• Rådgiving og veiledning til helsepersonell<br>• Bidragsyter og tilrettelegger for fag- og kompetanseutvikling<br>• Tverrfaglig samarbeid internt og eksternt<br>• Rådgiving og veiledning for brukere og pårørende<br>• Bidra til helhetlig ivaretakelse av brukere og deres pårørende<br>• Bidra inn i saksbehandling og fatting av enkeltvedtak<br>• Sørge for en årlig oppdatert arbeidsplan som viser føringer, mål, tiltak og evaluering for fagfeltet demensomsorg i samarbeid med fagsykepleier |

| | |
|---|---|
| **Prosedyren *Samarbeid mellom demensteamet og fastleger i Hamar kommune* datert 14.07.2020,** | Hensikten med prosedyren er å sikre et godt faglig samarbeid om utredning, kartlegging og oppfølging av bruker med symptomer på demens.<br>Under *Arbeidsbeskrivelse* beskrives fire faser i samarbeidet<br>**Fase 1:** Elektronisk henvisning fra fastlege (evt. pr. telefon ved hastesaker). Ved henvising fra andre enn fastlege, kontakter demensteam fastlege elektronisk og informerer om at henvisning er mottatt. Utveksling av informasjon som kan være relevant for hjemmebesøket.<br>**Fase 2:** Demensteamet foretar hjemmebesøk<br>**Fase 3:** Rapport sendes fastlege elektronisk, og inneholder sammendrag av kartlegging av hjemmebesøket. Det foreslås tiltak for videre oppfølging i rapporter.<br>**Fase 4:** Fastlege informerer elektronisk om hvilke tiltak som blir satt i gang. Fastlege informerer om evt. diagnose, som registreres i IPLOS. Fastlege informerer/ber om videre oppfølging, avklaring av hvem som skal ha halvårlig oppfølging. Tilbakemelding av hva demensteamet evt. kan gjøre bedre. |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

# Vedlegg F: Oversikt prosedyrer for koordinator og IP

| Oversendte prosedyrer for koordinator og individuell plan | |
|---|---|
| **Prosedyre** | **Prosedyres hensikt og arbeidsbeskrivelse** |
| **Arbeidsoppgaver og ansvar for Koordinerende enhet i Hamar kommune (datert 22.02.2025)** | Ivareta overordnet ansvar for barnekoordinator, alminnelig koordinator og individuell plan i Hamar kommune. Arbeidsbeskrivelse:<br>• Overordnet ansvar for barnekoordinator, koordinator og IP<br>  ○ Motta meldinger om behov<br>  ○ Utpeke enhet med ansvar for koordinatorrollen<br>  ○ Saksbehandling av henvendelser<br>  ○ Opplæring og veiledning av brukere, pårørende, koordinatorer og tjenesteytere<br>  ○ Delta på oppstart av koordineringsarbeid ved behov<br>  ○ Utarbeide og oppdatere rutiner for arbeidet med IP og koordinator<br>  ○ Systemansvar og vedlikehold for Visma Flyt Samspill og saksbildet i Gerica<br>  ○ Kompetanseheving om barnekoordinator, koordinator og IP<br>• Høringsinstans i kommunalt planarbeid som er aktuelt for arbeidsoppgavene og ansvarsområdene i KE<br>• Gi informasjon til barnekoordinator, koordinatorer, samarbeidspartnere og brukere/pårørende<br>• Være barnekoordinator og koordinator i enkeltsaker<br>• Legge til rette for brukermedvirkning |
| **Oppnevne koordinator (datert 22.02.2025)** | Beskriver ansvarsforhold i prosess for å oppnevne barnekoordinator og koordinator for brukere/pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Arbeidsbeskrivelse:<br>• Koordinerende enhet (KE) mottar henvendelsesskjema med behov for koordinator og IP og saksbehandler denne<br>• KE vurderer hvilken enhet koordinator skal oppnevnes fra, og tar kontakt med enhetsleder<br>• Enhetsleder har ansvar for å oppnevne koordinator og gi tilbakemelding om koordinators navn og behov for opplæring innen 3 uker etter mottatt henvendelse fra KE<br>• KE sender informasjonsbrev til bruker<br>• Enhetsleder gir beskjed til KE ved bytte av koordinator, inkl. navn og behov for opplæring<br>• Enhetsleder kan avklare ansvar for koordinatorrollen med en annen enhet, og må informere KE om endringen.<br>• Manglende oppnevning av koordinator innen fristen meldes som avvik |
| **Barnekoordinator og alminnelig koordinators rolle (datert 22.02.2025)** | Beskriver koordinators rolle og oppgaver i arbeidet med koordinering av tjenester og individuell plan. Prosedyren skal kvalitetssikre koordinators funksjon. Koordinators oppgaver er:<br>• Sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling<br>• Legger til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet<br>• Avklare ansvar og forventninger |

| | |
|---|---|
| | • Sikre god informasjon og dialog med pasienter og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen<br>• Sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov<br>• Sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder fastlege som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i ande sektorer<br>• Sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan<br>• Sikre felles forståelse av målene i planprosessen<br>• Initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til IP og koordinering<br>• Følge opp, evaluere og oppdatere plandokument<br>• Følge opp og evaluere arbeidsprosessen |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

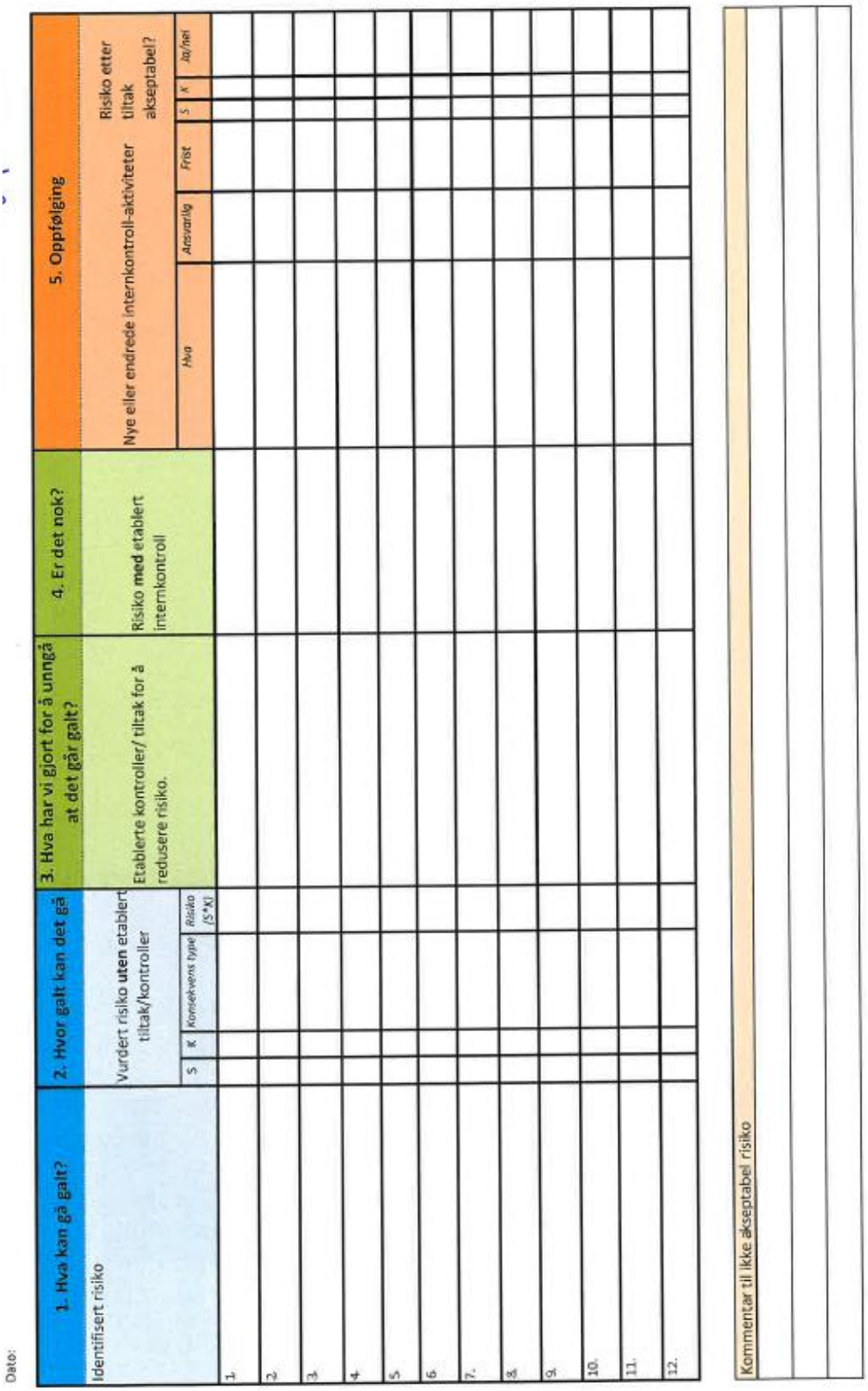
# Vedlegg G: Lovhjemmel i prosedyrer

Oversikten viser hvordan lovhjemmel beskrives i de oversendte prosedyrene.

| Prosedyre | Hvordan det henvises til lovhjemmel i prosedyren |
|---|---|
| **Ansvar- og oppgavefordeling for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester (11.05.2026)** | Helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerettighetsloven, og forvaltningsloven. |
| **Søknad på dagopphold** | Enkeltvedtak fattes jamfør helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, tredje ledd. Dette fastsettes etter forvaltningsloven § 11 og klagegang gis i § 28. Under referanser vises det også til pasient- og brukerettighetsloven § 2-1 a, og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. |
| ***Avlastningsopphold – Saksbehandling* (07.01.2020)** | Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d, og vedtak fattes etter forvaltningslovens saksbehandlingsregler. |
| ***Avlastning til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid* (21.05.2026)** | Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. Kommunens ansvar overfor pårørende. |
| **Vedtak – Langtidsopphold i institusjon (01.11.2025)** | Tjenesten tildeles etter helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 a, tjenesten ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, og vedtak fattes etter forvaltningslovens sakbehandlingsregler. Under referanser vises det bl.a til: forskrift for tildeling av langtidsopphold eller tilsvarende bolig, Hamar, og forskrift for sykehjem og bolig med heldøgnsomsorg og pleie |
| ***Inntak – tildeling av bolig i Helse- og omsorgstjenesten* (22.01.2026)** | Boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester tildeles etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a. I prosedyren spesifiseres det at vedtak på søknad om bolig er et enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven.<br>Det spesifiseres at ved tildeling av bolig der helse- og omsorgstjenester er vesentlige, er det ikke klagegang på tildeling av bolig, men på innholdet i eventuelle andre tjenester. Klage på *innhold* i tjenester sendes til kommunen ved saksbehandler (nevnt i vedtaksbrev) innen tre uker. Avgjørende klageinstans er statsforvalteren. |
| **Oppnevne koordinator** | Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og § 7-2 a. |
| **Barnekoordinator og alminnelig koordinators rolle** | Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og § 7-2 a. |

*Kilde: Hamar kommune, 2026*

# Vedlegg H: Mal for risikovurdering



Dato:

| 1. Hva kan gå galt? | 2. Hvor galt kan det gå | | | | 3. Hva har vi gjort for å unngå at det går galt? | 4. Er det nok? | 5. Oppfølging | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identifisert risiko | Vurdert risiko **uten** etablert tiltak/kontroller | | | | Etablerte kontroller/ tiltak for å redusere risiko. | Risiko **med** etablert internkontroll | Nye eller endrede internkontroll-aktiviteter | | | | | Risiko etter tiltak akseptabel? |
| | S | K | Konsekvens type | Risiko (S*K) | | | Hva | Ansvarlig | Frist | S | K | Ja/nei |
| 1. | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | | | | |

| Kommentar til ikke akseptabel risiko |
|---|
| |
| |
| |
| |

## Eksempel på skala for vurdering av sannsynlighet og konsekvens

| Sannsynlighetsgradering (S) Hvor stor sannsynlighet er det at hendelsen inntreffer? | Tallvurdering |
|---|---|
| Lite sannsynlig | 1 |
| Mindre sannsynlig | 2 |
| Sannsynlig | 3 |
| Meget sannsynlig | 4 |
| Svært sannsynlig | 5 |

| Konsekvensgradering (K) Hvor alvorlige kan konsekvensene være? | Tallvurdering |
|---|---|
| Liten konsekvens (Dette lever vi godt med!) | 1 |
| Mindre konsekvens | 2 |
| Middels konsekvens (Kan være uheldig) | 3 |
| Stor konsekvens | 4 |
| Svært stor konsekvens (Katastrofalt) | 5 |

| | 1.Ufarlig | 2.Mindre konsekvens | 3.Middels Kan være uheldig | 4.Store konse-kvenser | 5. Katastrofe |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. Svært sannsynlig | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 |
| 4.Meget sannsynlig | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |
| 3.Sannsynlig | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 |
| 2.Mindre sannsynlig | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| 1. Lite sannsynlig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Ikke akseptert | Aksepter dersom det finnes enkle tiltak | Kan aksepteres |
|---|---|---|

Revisjon Øst IKS

Postboks 84,

2341 Løten.

Telefon: 62 43 58 00.

E-post: post@rev-ost.no.

Du finner mer informasjon om Revisjon Øst IKS og våre rapporter på vår hjemmeside:

revisjon-ost.no