

## Forvaltningsrevisjon:

# *Aldrende befolkning i Vennesla kommune*



## Rapport til kontrollutvalget i Vennesla kommune

Januar 2026

## Sammendrag

Forvaltningsrevisjon skal fungere som en kontrollmekanisme mellom kommunestyret og kommuneadministrasjonen som samtidig skal bidra til læring og forbedring innad i kommuneorganisasjonen.

### i)

Agder Kommunerevisjon IKS har, i tråd med vedtak i kommunestyret i Vennesla kommune, gjennomført et forvaltningsrevisjonsprosjekt<sup>1</sup> som tar for seg Vennesla kommunes arbeid med å møte utfordringene som følger av demografiutfordringene norske kommuner står overfor, herunder aldrende befolkning / flere eldre, svekket aldersbæreevne med tilhørende redusert tilgang på arbeidskraft, og begrensede økonomiske ressurser.

Det overordnede formålet med prosjektet har vært å belyse i hvilken grad Vennesla kommune jobber på en måte som legger til rette for at tjenesteproduksjonen framover vil være bærekraftig i møtet med overnevnte utfordringer, både med tanke på økonomiske ressurser, menneskelige ressurser og kvalitet i tjenestene.

Med dette som utgangspunkt har prosjektet blitt organisert rundt følgende fire problemstillinger, jf. rapportens kapittel 1.3:

- 1. I hvilken grad har Vennesla kommune analysert / fremskrevet fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester som følger av demografiutfordringene kommunen står overfor?*
- 2. I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene vil være økonomisk bærekraftige i møtet med fremtidige demografiutfordringer?*
- 3. I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å ta i bruk velferdsteknologi i sine helse- og omsorgstjenester?*
- 4. I hvilken grad jobber Vennesla kommune aktivt med utfordringene knyttet til mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer?*

### ii)

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normene og standardene som er relevante på området for den aktuelle forvaltningsrevisjonen.

Det er ikke nedfelt krav i lov eller forskrift til hvordan norske kommuner skal jobbe for å møte demografiutfordringene.

Det finnes imidlertid Stortingsmeldinger, NOUer og KS-dokumenter som indikerer hvordan kommunene bør innrette arbeidet med å møte demokratiutfordringene, jf. ka-

---

<sup>1</sup> Forvaltningsrevisjon er hjemlet i [kommunelovens § 23-3](#). Se også [kapittel 26.3](#) i *NOU 2016:4 Ny kommunelov* og [kapittel 25.3](#) i *Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*.

pittel 2.1 om revisjonskriterier. Vi ser i denne rapporten Vennesla kommunes arbeid med å møte demografiutfordringene i lys av innholdet i disse dokumentene.

I tillegg ser vi Vennesla kommunes arbeid i lys av satsingsområdene med tilhørende målformuleringer Venneslas kommuneplan, jf. kapittel 2.2.

### iii)

Revisjonen har i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet gjennomført en relativt omfattende datainnsamling, jf. denne rapportens kapittel 3. Vi har

- gjennomgått tilgjengelig statistikk når det gjelder demografi og befolkningsutvikling.
- gjennomgått sentrale dokumenter både
  - nasjonalt (Stortingsmeldinger og NOUer, Helsedirektoratets rapporter, KS-ressurser etc.) og
  - i Vennesla kommune (kommuneplan, økonomiplan, *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040*, samt andre relevante kommunale dokumenter).
- gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner i Vennesla kommune. Vennesla kommune har også svart skriftlig på flere spørsmål som revisjonen har stilt.

Revisjonen vil her understreke at Vennesla kommune har gjort et godt arbeid i prosjektperioden både med å oversende informasjon som er relevant for prosjektets problemstillinger, og med å svare på revisjonens muntlige og skriftlige spørsmål.

### iv)

Revisjonens overordnede vurdering i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet av Vennesla kommunes arbeid med demografiutfordringen, er positiv. Samtidig må det understrekes at problematikken vi har søkt å belyse i dette prosjektet, er kompleks og vanskelig å løse. Etter vårt skjønn faller den inn under «samfunnsflope»-begrepet som benyttes i *Regionplan Agder 2030*. Vi diskuterer dette poenget nærmere i denne rapportens kapittel 5.1.

### v)

#### **(P1) Demografi og aldersbæreevne: framskrivinger og planlegging av kapasitet:**

Revisjonen vurderer at Vennesla kommune svarer ut problemstilling 1 (P1) om befolkningsframskrivinger og planlegging av kapasitet på en god måte, jf. gjennomgangen i kapittel 3.1 og 4.1.

Vi oppfatter at Vennesla kommune har gjort et godt arbeid med å

- identifisere utfordringene kommunen står overfor som følge av demografiendringer (flere eldre og svekket aldersbæreevne) samt behovet for transformasjon som følger av disse,
- jobbe med framskrivinger når det gjelder demografi<sup>2</sup> og forekomst av demens,
- analysere hvordan tjenestene kan dimensjoneres med tanke på både å møte innbyggernes behov på den ene siden, og å ha en bærekraftig produksjon av tjenester på den andre siden, og
- søke å formidle hvilke utfordringer kommunen står overfor til innbyggerne i kommunen.

Intervjuer med ansatte samt diskusjonen i kommunens planer og i kommunens kronikker, viser at fokuset på denne problematikken er stort i Vennesla kommune.

Med dette som utgangspunkt formulerer revisjonen ikke anbefalinger knyttet opp mot problemstilling 1 (P1) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

vi)

### **(P2) Økonomisk bærekraft og innretningen av tjenester**

a)

Gjennomgangen av Vennesla kommunes planer, jf. kapittel 3.2 og 4.2, viser at kommunen har stort fokus blant annet på

- at en videreføring av dagens tjenestenivå og dekningsgrad, *ikke* vil være økonomisk bærekraftig gitt demografiutfordringene (flere eldre og svekket aldersbæreevne) som Vennesla og andre norske kommuner står overfor.
- LEON-prinsippet, det vil si på å søke å levere tjenester på *Laveste Effektive OmsorgsNivå*.
- å strukturere arbeidet rundt en såkalt *omsorgstrapp* eller *innsatstrapp*, og å søke å *venstreforskyve*, det vil si å dreie noen av ressursene fra de øverste og midtre trinnene i omsorgs-/ innsatstrappen, til tjenestetilbud og innsats på lavere / de laveste trinnene.
- å jobbe med å følge opp *Leve hele livet*-reformen.

Kort sagt, revisjonen vurderer at Vennesla kommune jobber aktivt og godt med demografiutfordringene med utgangspunkt i sentrale begreper som omsorgstrapp, innsatstrapp, LEON-prinsippet og venstreforskyving.

---

<sup>2</sup> Både i *Vedtatt budsjett og økonomiplan 2025-2028* og i *Budsjett og økonomiplan 2026-2029* er det også et informativt og oversiktlig kapittel med oppdaterte befolkningsframskrivinger for de forskjellige aldersgruppene.

b)

Vi har også vist til flere konkrete tiltak i Vennesla kommune som skal bidra til å nå overnevnte mål om venstreforskyving og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, herunder

- Venneslahjelpe
- endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, hvor man ser på mulige områder hvor det kan være effektiviserings- / innsparingsmuligheter.
- etablering av tjenestekriterier.
- pårørendeskole
- regional kampanje i Kristiansandsregionen rettet mot innbyggere som er 55 år og eldre, hvor temaet er å planlegge for egen alderdom.
- arbeid for å få engasjert flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område.

I tillegg vil innføring og bruk av velferdsteknologi samt arbeid med rekruttering og bedre bruk av arbeidskraft, jf. henholdsvis problemstilling 3 (P3) og problemstilling 4 (P4) under, være viktige bidrag til bærekraftige helse- og omsorgstjenester i møtet med overnevnte demografiutfordringer.

c)

Med dette som utgangspunkt vurderer revisjonen at Vennesla kommune har stort fokus på, og jobber aktivt og godt med, å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene på sikt vil kunne være økonomisk bærekraftige i møtet med demografiutfordringene. Revisjonen oppfatter at det er stor bevissthet i Vennesla kommune om at

*ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette vekst på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi / innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen<sup>3</sup>.*

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommunes arbeid her er i tråd med intensjonen i *Leve hele livet-* og *Bo trygt hjemme-*reformene. Overnevnte arbeid fremstår også som hensiktsmessig ift. å møte utfordringene som i Vennesla kommunes *kommuneplan* oppsummert handler om «økende press på helse og omsorgstjenester, og knapphet på tilgjengelige ressurser», og hvor det blant annet, i tråd med LEON-prinsippet og ideen om såkalt venstreforskyving, legges vekt på å «dreie ressursene i retning av mer forebyggende og helsefremmende tiltak».

Revisjonen formulerer ikke anbefalinger knyttet opp mot problemstilling 2 (P2) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Vi bemerker imidlertid at kommunen selv peker på at en forutsetning for venstreforskyving framover vil være at flere må kunne bo hjemme

---

<sup>3</sup> Denne formuleringen er hentet fra Vennesla kommunes egen *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040*.

lenger, jf. kapittel 3.5. En av forutsetningene for at dette skal kunne være mulig, er at Vennesla kommune har «egne og økonomisk tilgjengelige boliger. Dette krever både nye løsninger og et tettere samarbeid mellom tjenesteområdene». Revisjonen spiller i så måte inn at det framover er viktig at Vennesla kommune ikke kommer på etterskudd når det gjelder «egne og økonomisk tilgjengelige boliger».

vii)

### **(P3) Innføring og bruk av velferdsteknologi i Vennesla kommune**

Økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester fremover krever innovasjon og utnyttelse av digitale og velferdsteknologiske løsninger i kommunene.

Revisjonens gjennomgang i kapittel 3.3 og 4.3 viser at Vennesla kommune gjør en god jobb og er langt fremme i arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi, både på høyere og lavere trinn i omsorgstrappen. Revisjonen vurderer at arbeidet Vennesla kommune gjør på dette feltet, er i tråd med Helsedirektoratets og KS' beskrivelser av god praksis (herunder KS' såkalte helhetlige tjenestemodell for velferdsteknologi), jf. henvisningene i avsnitt 2.1.3. I møtet revisjonen hadde med Vennesla kommune om velferdsteknologi, gjorde kommunen også rede for arbeidet og vurderingene som gjøres på en meget god måte.

Videre er det positivt at kommunen deltar i nasjonale innføringsløp i regi av KS samt i regionale samarbeid hvor temaet er e-helse og velferdsteknologi. Vennesla kommune har også vist til tiltak som bidrar til å redusere risikofaktorer som ifølge Helsetilsynet kan bidra til at innføring av velferdsteknologi kan gi «falsk trygghet»,

I og med at revisjonens inntrykk er at Vennesla kommune er langt fremme når det gjelder innføring og bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler på de forskjellige trinnene i omsorgstrappen, så formulerer vi ikke konkrete anbefalinger knyttet til problemstilling 3 (P3) om velferdsteknologi. Vi legger imidlertid til at det fremover vil være viktig at

- arbeidet med endringsledelse i egen organisasjon,
- informasjon og medvirkning ift. brukere og pårørende, og
- informasjon til innbyggere og politikere, herunder Eldrerådet, for å forklare hvorfor digitalisering og velferdsteknologi er nødvendig for å sikre bærekraftige tjenester,

holder tritt med det gode arbeidet som gjøres med å innføre og ta i bruk velferdsteknologi i Vennesla kommune.

viii)

### **(P4) Rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell**

Med utgangspunkt i gjennomgangen i kapittel 3.4 og 4.4 vurderer revisjonen at Vennesla kommune har fokus på, og jobber aktivt med, utfordringene både Vennesla kommune og norske kommuner generelt står overfor knyttet til mangel på arbeidskraft

som oppstår som følge av demografiutfordringer (flere eldre og svekket aldersbæreevne).

Gjennomgangen av Vennesla kommunes *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* og *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* viser at kommunen har jobbet med å klarlegge utfordringsbildet. Når det gjelder innsatsområdene og problematikken som det vises til i aktuelle Stortingsmeldinger og NOUer, jf. avsnitt 2.1.4, herunder

- bedre bruk av eksisterende personell / tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling og heltidskultur
- jobbe med rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving og -utvikling
- fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår, og jobbe med å redusere sykefravær

så viser vår gjennomgang at kommunen jobber aktivt med denne problematikken. Det må også legges til at arbeidet kommunen her gjør bidrar til å nå hovedmål og delmål på satsingsområdet *Gode medarbeidere* i Vennesla kommunes kommuneplan, jf. avsnitt 2.2.1 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten.

Det at sykefraværet er høyt i Vennesla kommune på tross av kommunens arbeid med å redusere dette, viser at overnevnte problematikk er kompleks, jf. begrepet «samfunnsflope» i *Regionplan Agder 2030*<sup>4</sup>, samt at det ikke er et 1-1 forhold mellom iverksatte tiltak på den ene siden, og resultater på den andre siden. Revisjonen bemerker her samtidig at det er positivt at Vennesla kommune nå jobber med et nytt prosjekt i samarbeid med fastlegene for å redusere sykefraværet.

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommune jobber godt med problematikken som problemstilling 4 (P4) tar for seg, det vil si rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell. Omstillingsprosesser vil kunne oppleves som krevende både for ledere og medarbeidere, og det er derfor positivt at Vennesla kommune legger vekt på at god forankring og å sikre en felles forståelse av retningen, er av stor betydning. Det fremgår også av avsnitt 3.2.4 at Vennesla kommune jobber planmessig med å gjøre omstillinger / endringer som gir en bedre tilpasset drift og mulighet for økonomisk besparelser, og revisjonen har ikke innspill hverken når det gjelder områder for omstilling eller omstillingstakten i *Seksjon helse og omsorg* i Vennesla kommune.

Det må samtidig her understrekes at rammene for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet medfører at vi ikke har hatt mulighet til å gå i dybden eksempelvis når det gjelder sykefravær<sup>5</sup>, men i og med at prosjektets formål er å gjennomgå de forskjellige sidene ved kommunens arbeid med å møte demografiutfordringene, vurderer vi at kommun-

---

<sup>4</sup> Se kapittel 5.1.

<sup>5</sup> Vi kan ikke gå dypere inn i sykefraværspromatikken i helse- og omsorgssektoren i Vennesla kommune i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Når det gjelder arbeid med å redusere sykefravær, så viser vi for øvrig til forvaltningsrevisjonsprosjektet [Sykefravær i Kristiansand kommune](#) fra 2018.

ens arbeid ifm. problemstilling 4 (P4) er i tråd med forventningene i overnevnte nasjonale dokumenter.

På denne bakgrunnen formulerer vi ikke konkrete anbefalinger når det gjelder rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell.

ix)

### **Konklusjon og overordnet anbefaling**

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommune svarer ut dette forvaltningsrevisjonsprosjektets fire problemstillinger på en god måte. Vi har ikke formulert konkrete anbefalinger knyttet opp mot prosjektets problemstillinger, men vi understreker at det er viktig at Vennesla kommune viderefører det gode arbeidet som gjøres og at omstillingstakten opprettholdes.

Samtidig har vi pekt på at problematikken vi tar for oss i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, er kompleks og vanskelig å løse, og at den etter vårt skjønn faller inn under «samfunnsflope»-begrepet som benyttes i Regionplan Agder 2030 (RA30). Samfunnsflopebegrepet illustrerer at utfordringene som følger av demografiutviklingen (flere eldre og svekket aldersbæreevne), er vanskelige å løse og krever tverrfaglig og tverrsektoriell innstas for å lykkes. Det betyr at selv om Vennesla kommune gjør et godt arbeid på områdene som dette prosjektets fire problemstillinger er avgrenset til å dekke, så må det antas at fremskritt blant annet når det gjelder å redusere utenforskapet og å styrke oppvekstvilkårene i Vennesla kommune, også vil ha betydning for i hvilken grad kommunen i tiårene som kommer klarer å håndtere utfordringene man står overfor som følge av demografiutviklingen. Og som *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* peker på, vil i tillegg arealplanlegging og boligpolitikken her spille en rolle.

Med dette som utgangspunkt formulerer vi i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet følgende overordnede anbefaling:

1. Vennesla kommune bør i det videre arbeidet med å møte utfordringene som følger av strukturelle demografiske endringer bruke kommentarene og innspillene i denne forvaltningsrevisjonsrapporten aktivt.

Vi understreker at det i denne rapporten ikke er noen pålegg eller henvisninger til alvorlige mangler som må rettes opp, og at Vennesla kommune derfor selv må vurdere hvordan det videre arbeidet med å møte utfordringene som følger at demografiutfordringene gripes an samt hvilke konkrete satsinger og tiltak som prioriteres.

Kristiansand, 29. januar 2026

  
Tor Ole Holbek  
Revisjonsdirektør

  
Stein Grøntoft  
Forvaltningsrevisor

## Innhold

SAMMENDRAG .....	2
INNHold .....	9
<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>11</b>
1.1 VENNESLA KONTROLLUTVALGS VEDTAK .....	11
1.2 BAKGRUNN.....	11
1.3 PROSJEKTETS PROBLEMSTILLINGER.....	12
1.3.1 (P1) Aldersbæreevne i Vennesla kommune og planlegging av kapasitet .....	12
1.3.2 (P2) Økonomisk bærekraft og innretning av tjenester: LEON-prinsippet .....	13
1.3.3 (P3) Bruk av velferdsteknologi.....	14
1.3.4 (P4) Rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell.....	15
1.3.5 Problemstillingene oppsummert.....	15
1.4 METODE OG GJENNOMFØRING .....	16
<b>2 REVISJONSKRITERIER.....</b>	<b>17</b>
2.1 NASJONALE DOKUMENTER .....	17
2.1.1 Stortingsmelding 15 (2017–2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre .....	17
2.1.2 Stortingsmelding 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime.....	17
2.1.3 Velferdsteknologi (Helsedirektoratet og KS).....	18
2.1.4 Rekruttere, beholde og utvikle personell samt god oppgavefordeling.....	18
2.2 LOKALE POLITISK VEDTATTE DOKUMENTER.....	20
2.2.1 Vennesla kommunes kommuneplan 2024-2040 (samfunnsdel) .....	20
2.2.2 Vennesla kommunes «Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040».....	21
2.2.3 Vennesla kommunes «Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040».....	21
<b>3 INNSAMLEDE DATA.....</b>	<b>23</b>
3.1 (P1) DEMOGRAFI OG ALDERSBÆREEVNE: FRAMSKRIVINGER OG PLANLEGGING AV KAPASITET .....	23
3.1.1 Overordnet om utfordringsbildet i Vennesla kommune.....	24
3.1.2 Framskrivninger for demografi, mottakere av tjenester og forekomst demens .....	25
3.1.3 Konsekvenser for dimensjonering av fremtidig tjenestetilbud.....	28
3.1.4 Kronikker i Fvn om utfordringene som følger av demografiutfordringene.....	34
3.2 (P2) ØKONOMISK BÆREKRAFT OG INNRETNING AV TJENESTER: LEON-PRINSIPPET .....	37
3.2.1 Omsorgstrapp, innsatstrapp og LEON-prinsippet .....	38
3.2.2 «Leve hele livet» og andre tiltak som bidrar til å styrke den økonomiske bærekraften .....	41
3.2.3 Andre tiltak i Vennesla som skal bidra til venstreforskyving .....	43
3.2.4 Endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, 2024-2027 (Utkast til konseptplan) .....	44
3.2.5 Omstilling i helse og omsorg- arbeidspakke 2 - Tjenestekriterier .....	48
3.3 (P3) INNFORING OG BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI I VENNESLA KOMMUNE .....	49
3.3.1 Velferdsteknologi i Vennesla kommunes planer.....	49
3.3.2 Møte med Vennesla kommune om velferdsteknologi.....	53
3.4 (P4) REKRUTTERING AV KVALIFISERT ARBEIDSKRAFT OG BEDRE BRUK AV PERSONELL .....	57
3.4.1 Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040.....	57
3.4.2 Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040 .....	59
3.4.3 Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren .....	60
3.4.4 Strategisk kompetanseplan 2026-2030 (utkast).....	65
3.4.5 TØRN (sykehjem) og tidskartlegging (hjemmetjeneste): Rett kompetanse, på rett sted til rett tid ..	66
3.4.6 Heltid, arbeidstidsordninger og bemanningskontor.....	68
3.4.7 Sykefravær.....	69
3.4.8 Utenforskap.....	70
3.4.9 Likestilt arbeidsliv.....	70
3.5 ANDRE SPØRSMÅL TIL VENNESLA KOMMUNE.....	71
3.5.1 Hvordan kan man opprettholde kvalitet i tjenestene ved omstilling?.....	71
3.5.2 Hvor «trykker skoen» for kommunen i det videre arbeidet? .....	73

<b>4</b>	<b>VURDERINGER.....</b>	<b>74</b>
4.1	(P1) DEMOGRAFI OG ALDERSBÆREEVNE: FRAMSKRIVINGER OG PLANLEGGING AV KAPASITET .....	74
4.1.1	<i>Kommunens arbeid</i> .....	74
4.1.2	<i>Revisjonens vurdering</i> .....	77
4.2	(P2) ØKONOMISK BÆREKRAFT OG INNRETNINGEN AV TJENESTER .....	78
4.2.1	<i>Omsorgstrapp, innsatstrapp, LEON-prinsippet Stortingsmelding Leve hele livet</i> .....	81
4.2.2	<i>Konkrete tiltak som skal bidra til venstreforskyving</i> .....	81
4.2.3	<i>Revisjonens vurdering</i> .....	83
4.3	(P3) INNFORING OG BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI I VENNESLA KOMMUNE .....	84
4.3.1	<i>Kommunens arbeid</i> .....	85
4.3.2	<i>Revisjonens vurdering</i> .....	88
4.4	(P4) REKRUTTERING AV KVALIFISERT ARBEIDSKRAFT OG BEDRE BRUK AV PERSONELL .....	88
4.4.1	<i>Kommunens arbeid</i> .....	88
4.4.2	<i>Revisjonens vurdering</i> .....	92
<b>5</b>	<b>KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER .....</b>	<b>95</b>
5.1	STRUKTURELLE DEMOGRAFISKE ENDRINGER FALLER INN UNDER SAMFUNNSFLOKEBEGREPET I RA30	95
5.2	(P1) DEMOGRAFI OG ALDERSBÆREEVNE: FRAMSKRIVINGER OG PLANLEGGING AV KAPASITET .....	97
5.3	(P2) ØKONOMISK BÆREKRAFT OG INNRETNINGEN AV TJENESTER .....	98
5.4	(P3) INNFORING OG BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI I VENNESLA KOMMUNE .....	99
5.5	(P4) REKRUTTERING AV KVALIFISERT ARBEIDSKRAFT OG BEDRE BRUK AV PERSONELL .....	100
5.6	KONKLUSJON OG OVERORDNET ANBEFALING .....	102
<b>6</b>	<b>KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSUTTALELSE .....</b>	<b>103</b>
<b>7</b>	<b>LITTERATUR.....</b>	<b>104</b>

# 1 Innledning

Forvaltningsrevisjon skal fungere som en kontrollmekanisme mellom kommunestyret og kommuneadministrasjonen som samtidig skal bidra til læring og forbedring innad i kommuneorganisasjonen<sup>6</sup>.

## 1.1 Vennesla kontrollutvalgs vedtak

I Vennesla kontrollutvalgs møte 10. juni 2025 ble det i [Sak 20/25 Forslag til prosjektplan for forvaltningsrevisjon - aldrende befolkning](#) gjort følgende vedtak:

*Prosjektplanen vedtas slik den foreligger.  
Rapporten leveres til kontrollutvalget i løpet av første halvår i 2026.  
Revisor orienterer utvalget ved behov for vesentlige endringer.*

## 1.2 Bakgrunn

i)

I Agder Kommunerevisjons [Risiko- og vesentlighetsvurdering for Vennesla kommune](#) i valgperioden 2023-2027, har et av de skisserte forvaltningsrevisjonsprosjektene i [Kapittel 2.5 Seksjon for Helse og omsorg](#) tittelen «Aldrende befolkning».

Det underliggende problemet her handler om strukturelle demografiske endringer og svekket aldersbæreevne, og det er i så måte interessant å nevne at man både i [Vedtatt budsjett og økonomiplan 2025-2028](#) og i [Kommuneplanens samfunnsdel](#) kan lese at både kommunesektoren generelt, og Vennesla kommune spesielt, står overfor tre store [samfunnsutfordringer](#) i årene som kommer:

- *Klimasituasjonen*: klima- og naturkrisen.
- *Demografiske endringer*: demografi og en aldrende befolkning.
- *Utenforskap*: ressurstap knyttet til om lag 27 pst. av befolkning i Vennesla kommune i alderen 20-66 år står utenfor ordinært arbeidsliv<sup>7</sup>.

Når det gjelder [demografiske endringer og aldrende befolkning](#), som altså er hovedtemaet i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, så pekes det i [Budsjett og økonomiplan 2026-2029](#) på at

*I årene som kommer vil det skje [dramatiske demografiske endringer](#). I årene fram til 2050 vil antallet innbyggere over 67 år øke med nesten 70 pst., og det er gruppen av de aller eldste som øker mest. Gruppen 80-89 år øker med 125 pst. mens gruppen over 90*

<sup>6</sup> Forvaltningsrevisjon er hjemlet i [kommunelovens § 23-3](#). Se også [kapittel 26.3](#) i *NOU 2016:4 Ny kommunelov* og [kapittel 25.3](#) i *Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*.

<sup>7</sup> Statistikk fra [Agdertall.no](#) viser også at dersom Vennesla kommune hadde vært på landsgjennomsnittet, skulle det vært sysselsatt 253 flere personer enn tilfellet er i dag.

år øker med 199 pst. I samme tidsrom vil aldersgruppen 0-19 år bli redusert med 4,6 pst. mens gruppen med yrkesaktive 20-67 år øker med rundt 2,6 pst.<sup>8</sup>

*Dette utfordrer oss kraftig, ikke minst i forhold til rekruttering av arbeidskraft og økonomisk bærekraft.*

## ii)

I [Sak 7/25 Innspill til kontrollarbeid](#) i Vennesla Kontrollutvalgs møte 4. februar 2025 vises det i protokollen til at Kontrollutvalget diskuterte følgende punkter under temaet «Seksjon for helse og omsorg. Tema: Aldrende befolkning».

- *Forholdet mellom hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem, hvordan skjæringspunktet går her og hvordan kommunen tilrettelegger (dette har også noe med kostnader å gjøre).*
- *Hvordan teknologien kan brukes for å hjelpe de eldre, siden vi fremover får en gruppe eldre som er mer aktive til å bruke teknologi enn i dag.*
- *Teknologiske tjenester innenfor kommunen og hvordan hjelpemidlene brukes for å avhjelpe mangelen på ansatte.*
- *Teknologiutvikling i forhold til omsorgstjenester/hjemmetjenester, tilrettelegging i boliger og kvalifisert arbeidskraft.*

## 1.3 Prosjektets problemstillinger

Med bakgrunn i overnevnte poenger, og etter en gjennomgang av relevante dokumenter, tar Agder Kommunerevisjon i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, som avgrenses til først og fremst å ta for seg virksomheten til *Seksjon for helse og omsorg*, utgangspunkt i følgende fire problemstillinger:

### 1.3.1 (P1) Aldersbæreevne i Vennesla kommune og planlegging av kapasitet

For det første søker vi å få en oversikt over utfordringene man fremover står overfor i Vennesla kommune når det gjelder demografi og aldersbæreevne, herunder hvordan dette vil påvirke sykdomsbildet som kommunale helse- og omsorgstjenester vil måtte forholde seg til i fremtiden.

---

<sup>8</sup> I kommuneplanens samfunnsdel fra 2024 kan man også lese at

*«demografiske endringer gjør at andelen eldre vil øke drastisk i tiden fremover. Dette er vår tredje store utfordring, nettopp fordi det vil bli en enorm oppgave å løse stadig større samfunnsoppgaver med færre hender. Tall for NAV Midt-Agder viser en forventet nedgang i aldersbæreevne fra 4,0 til 2,2 i 2050. Det betyr at antall personer i yrkesaktiv alder per pensjonist (67+) vil halveres. Aldersbæreevnen er av vesentlig interesse for framtidens økonomiske bæreevne og for velferdstilbud for helse og omsorgstjenestene. Innbyggere må være forberedt på å ta større ansvar for eget og andres liv, samtidig som kommunen må utvikle aldersvennlige lokalsamfunn for å tilrettelegge for økt mestring, livskvalitet og fellesskap.»*

Denne problematikken tas også opp i [kunnskapsgrunnlaget for kommunal planstrategi](#) (s. 5) for Vennesla 2024-2027.

I problemstilling 1 i dette prosjektet spør vi derfor

1. *I hvilken grad har Vennesla kommune analysert / fremskrevet fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester som følger av demografiutfordringene kommunen står overfor?*

### 1.3.2 (P2) Økonomisk bærekraft og innretning av tjenester: LEON-prinsippet

[Stortingsmelding 24 \(2022–2023\) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime](#)<sup>9</sup> ble lagt frem i 2023. De overordnede målene med [Bo trygt hjemme-reformen](#) er å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme så lenge som mulig og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Dette vil kunne redusere ressursbehovet per eldre innbygger, og slik bidra til mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Med dette som utgangspunkt bør kommunale helse- og omsorgstjenester tilbys på lavest mulige effektive omsorgsnivå, det vil si etter «[LEON-prinsippet](#)»<sup>10</sup>. Eldre med behov for støtte eller for helse- og omsorgstjenester bør i så måte ikke bli fratatt oppgaver som de kan utføre selv, og kommunene bør søke å legge til rette for at eldre, enten de mottar kommunale helse- og omsorgstjenester eller ikke, er aktive og i størst mulig grad skal kunne mestre eget liv. Samarbeid med / støtte til pårørende vil her også kunne være et hensiktsmessig virkemiddel.

For å kunne levere bærekraftige helse- og omsorgstjenester på laveste effektive omsorgsnivå, bør kommunene blant annet ha utarbeidet en «[omsorgstrapp](#)» (eller en «[innsatstrapp](#)»), det vil si en modell som illustrerer nivåene for kommunale helse- og omsorgstjenester, fra laveste (egenomsorg, forebygging og hjemmebaserte tjenester) til høyeste (omsorgsbolig med bemanning, institusjon og sykehjem) intensitet. LEON-prinsippet innebærer at kommuner søker å få til en dreining av innsatsen fra de høyeste og mot de laveste trinnene i omsorgs-/innsatstrappen (dette kalles også «venstreforskyving») <sup>11</sup>. Man ønsker slik blant annet å legge større vekt på:

- Økt egenmestring og livskvalitet for brukeren
- Tidlig innsats og forebygging
- Effektiv bruk av kommunens ressurser
- Redusert behov for institusjonsplasser

---

<sup>9</sup> Denne Stortingsmeldingen bygger videre på arbeidet som ble gjort ifm. [Stortingsmelding 15 \(2017–2018\) Leve hele livet](#).

<sup>10</sup> Det vises til LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) også i [Stortingsmelding 24 \(2022–2023\) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime](#), s. 93.

<sup>11</sup> Tradisjonelt har helse- og omsorgstjenestene i Norge vært mer rettet mot pleie og omsorg enn på å hjelpe folk til å klare seg selv og utnytte sine egne ressurser. Bærekraftige helse- og omsorgstjenester forutsetter en styrking av helsefremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende innsats slik at flest mulig blir i stand til å mestre hverdagslivet hele livet. Det kreves en bred tverrfaglig og tverrsektoriell innsats for å lykkes.

Med dette som utgangspunkt spør vi i problemstilling 2 i dette prosjektet

2. *I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene vil være økonomisk bærekraftige i møtet med fremtidige demografiutfordringer?*

### 1.3.3 (P3) Bruk av velferdsteknologi

Økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester fremover krever innovasjon og utnyttelse av digitale og velferdsteknologiske løsninger i kommunene. Helsedirektoratet viser til følgende definisjon av velferdsteknologi:

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

*Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.*

*Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.*

Det er ifølge Helsedirektoratet (og NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg) fire undergrupper av velferdsteknologi:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi (varslingsteknologi)
- Kompensasjons- og velværeteknologi (tekniske hjelpemidler etc.)
- Teknologi for sosial kontakt
- Teknologi for behandling og pleie

Det er verdt å merke seg at på den ene siden viser Helsedirektoratet til at «velferdsteknologi er et av de viktigste og best dokumenterte arbeidsbesparende teknologiområdene». Velferdsteknologi og digitalisering vil med andre ord kunne bidra til at flere kan klare seg med mindre hjelp fra kommunen.

Samtidig er det verdt å være oppmerksom på at Helsedirektoratet publiserte en rapport våren 2025 hvor det ble understreket at «velferdsteknologi kan gjøre tjenestene bedre, men kan også gi falsk trygghet». Vi spør i problemstilling 3 i dette prosjektet, med dette som utgangspunkt

3. *I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å ta i bruk velferdsteknologi og digitale tjenester i sine helse- og omsorgstjenester?*

### 1.3.4 (P4) Rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell.

Vi har sett at Vennesla kommune i [Budsjett og økonomiplan 2026-2029](#) selv understreker at demografiske utfordringer, med en større andel eldre og en lavere andel i yrkesaktiv alder, vil utfordre kommunen når det gjelder rekruttering av arbeidskraft.

Ifølge en [analyse fra NAV](#) vil Norge mangle 30 000 sykepleiere og 24 000 helsefagarbeidere i 2040.

I [Stortingsmelding 24 \(2022–2023\) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime](#) pekes det også på at det fremover vil være viktig å sikre bedre bruk av eksisterende personell, samt på at kompetanseheving og -utvikling vil være sentralt. I problemstilling 4 i dette prosjektet spør vi i så måte

- 4. I hvilken grad jobber Vennesla kommune aktivt med utfordringene knyttet til mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer?*

Det kan her også være interessant for norske kommuner å se på i hvilken grad frivillige kan bistå i arbeidet med å utvikle mer aldersvennlige lokalsamfunn.

### 1.3.5 Problemstillingene oppsummert

- 5. I hvilken grad har Vennesla kommune analysert / fremskrevet fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester som følger av demografiutfordringene kommunen står overfor?*
- 6. I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene vil være økonomisk bærekraftige i møtet med fremtidige demografiutfordringer?*
- 7. I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å ta i bruk velferdsteknologi i sine helse- og omsorgstjenester?*
- 8. I hvilken grad jobber Vennesla kommune aktivt med utfordringene knyttet til mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer?*

## 1.4 Metode og gjennomføring

Forvaltningsrevisjonsprosjektet om aldrende befolkning i Vennesla har blitt gjennomført i samsvar med *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon*.

I dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har vi

- Gjennomgått tilgjengelig statistikk når det gjelder demografi og befolkningsutvikling.
- Gjennomgått sentrale dokumenter både
  - nasjonalt (Stortingsmeldinger og NOUer, Helsedirektoratets rapporter, KS-ressurser etc.) og
  - i Vennesla kommune (kommuneplan, økonomiplan, *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040*, samt andre relevante kommunale dokumenter).
- Gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner i Vennesla kommune. Intervjuene har blitt skriftliggjort i referater, og referatene er bekreftet / verifisert av kildene. Vennesla kommune har også svart skriftlig på flere spørsmål som revisjonen har stilt.

Vi vurderer at dataene som er samlet inn i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er relevante for prosjektets problemstillinger. Vi vurderer også at datainnsamlingen i omfang er tilstrekkelig til å kunne gjøre vurderinger og svare på prosjektets problemstillinger.

## 2 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de normene og standardene som er relevante på området for den aktuelle forvaltningsrevisjonen. Kilder til revisjonskriterier kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak og mål og føringer, administrative retningslinjer og mål og føringer, statlige føringer og veiledere, andre myndigheters praksis, anerkjent teori og reelle hensyn (vurderinger av hva som er rimelig, formålstjenlig, effektivt eller lignende).

I dette forvaltningsrevisjonsprosjektet vil det i liten grad handle om hvorvidt dagens tjenesteproduksjon på helse- og omsorgsfeltet Vennesla kommune er innenfor lovverket (leverer Vennesla kommune i dag forsvarlige helse- og omsorgstjenester i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, folkehelseloven etc.?).

Formålet med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er snarere å gjennomgå Vennesla kommunes arbeid med planlegging og tiltak for en aldrende befolkning, og da vil blant annet følgende dokumenter fungere som referanser / standarder / kriterier som kommunens arbeid kan vurderes opp mot:

### 2.1 Nasjonale dokumenter

#### 2.1.1 Stortingsmelding 15 (2017–2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre

Reformen [Leve hele livet](#) skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er på å skape et mer aldersvennlig Norge og å finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

I meldingen er det forslag til løsninger og endringer som kommunene kan tilpasse med utgangspunkt i lokale forhold og behov. Dette kan evt. gjøres i samarbeid med andre tjenesteområder, frivillig sektor og andre aktører i lokalsamfunnet<sup>12</sup>.

#### 2.1.2 Stortingsmelding 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime

Videre har vi sett at [Stortingsmelding 24 \(2022–2023\) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime](#) ble lagt frem i 2023. De overordnede målene med [Bo trygt hjemme-reformen](#) er å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme så lenge som mulig og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Dette vil kunne redusere ressursbehovet per eldre innbygger, og slik bidra til mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

---

<sup>12</sup> Vi legger her også til at KS har publisert en [Håndbok i aldersvennlige lokalsamfunn](#).

### 2.1.3 Velferdsteknologi (Helsedirektoratet og KS)

Når det gjelder velferdsteknologi, er [Helsedirektoratets](#) nettside en viktig referanse.

[KS](#) tilbyr også verktøy og veiledere som kan hjelpe kommunen å bli bedre på velferdsteknologi, herunder en [helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi](#), som er et verktøy i arbeidet med å implementere velferdsteknologi i kommunene og sikre varig drift. Modellen gir oversikt over en rekke oppgaver og ansvarsområder som må ivaretas dersom velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestene til innbyggerne i kommunen.

På KS' nettsider finner man også [velferdsteknologiens ABC](#), som består av følgende fem emnehefter:

- Emne A – Introduksjon til arbeid med velferdsteknologi
- Emne B – Fra brukerbehov til ny løsning
- Emne C – Etikk, lovverk, informasjonssikkerhet og personvern
- Emne D – Organisering og drift av velferdsteknologi i tjenesten
- Emne E – Implementering og samskaping av velferdsteknologitjenester

Vi legger også til grunn at god praksis når det gjelder innføring og bruk av velferdsteknologi må antas å være kjennetegnet av at kommunen deltar i *nasjonale innføringsløp* i regi av KS samt i *regionale samarbeid* hvor temaet er e-helse og velferdsteknologi.

### 2.1.4 Rekruttere, beholde og utvikle personell samt god oppgavefordeling

i)

[NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#) («Helsepersonellkommissjonen») tar opp spørsmålene om rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell. NOUen søker å gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse frem mot 2040 i lys av sentrale utviklingstrekk og behovet for å ivareta en bærekraftig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Mer konkret går kommisjonen nærmere inn på tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet på kort og lang sikt, gitt utviklingstrekk som vil påvirke tilbudet av og etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i årene fremover.

Kommisjonen anbefaler mer effektiv organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene, bedre bruk av tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling og heltidskultur, styrket folkehelsearbeid for bedre egenomsorg og økt bruk av automatisering og digitale løsninger.

Det understrekes i NOUen at

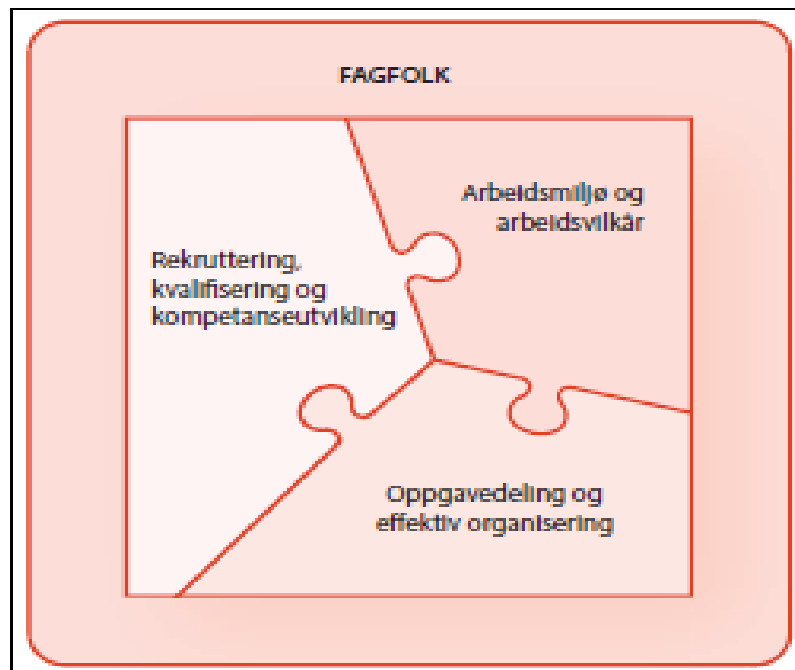
*Helt uavhengig av det fremtidige økonomiske handlingsrommet, er det personelltilgangen som begrenser tjenestene og hindrer dem i å utvikle seg videre med dagens innretning (s. 15).*

## ii)

I [Stortingsmelding 9 \(2023– 2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 - Vår felles helsetjeneste](#) (s. 67) vises det til tre innsatsområder som skal bidra til god bruk av personell og kompetanse:

- understøtte arbeidet med å fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår [og redusere sykefravær]
- hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme en effektiv organisering av arbeidsprosesser
- understøtte arbeidet med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving

I Stortingsmeldingen oppsummeres disse punktene i den informative figuren under:



## iii)

[Kompetanseløft 2025](#) er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Satsingsområdet *Rekruttere, beholde og utvikle personell* er særlig relevant for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

## iv)

I [Stortingsmelding 24 \(2022–2023\) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime](#) pekes det også, som vi har sett, på at det fremover vil være viktig å sikre bedre bruk av eksisterende personell, samt på at kompetanseheving og -utvikling vil være viktig.

## 2.2 Lokale politisk vedtatte dokumenter

### 2.2.1 Vennesla kommunes kommuneplan 2024-2040 (samfunnsdel)

Vennesla kommunes [kommuneplan 2024-2040](#) ble vedtatt i kommunestyret 23. mai 2024. Kommuneplanens samfunnsdel har 4 satsingsområder:

- Gode lokalsamfunn
- God utdanning
- God helse
- Gode medarbeidere

For hvert satsingsområde beskrives kort sentrale utfordringer samt hvordan kommunen skal jobbe for å møte disse utfordringene. Det vises så til hovedmål, delmål og strategier for å nå målene på hvert satsingsområde.

Revisjonen vurderer at satsingsområdene «*God helse*» og «*Gode medarbeidere*» er særlig relevante for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet<sup>13</sup>, og vi tar derfor med hovedmål og delmål på disse satsingsområdene:

	Hovedmål	Delmål
<b>God helse</b>	<i>Venneslasamfunnet bidrar til god helse og fremmer livskvalitet for alle.</i>	1. Jobbe aktivt for å fremme god helse i lokalsamfunnet og minske sosiale forskjeller
		2. Ivareta innbyggere med behov for helsehjelp med riktige og tilpassede tjenester.
		3. Utvikle aldersvennlige, tilgjengelige og attraktive bo- og nærmiljø.
	Hovedmål	Delmål
<b>Gode medarbeidere</b>	<i>Vennesla kommune er en attraktiv og konkurransedyktig arbeidsplass med rom for alle.</i>	1. Være en framtidsrettet, attraktiv og foretrukket arbeidsgiver.
		2. Fremme trivsel, helse og felleskap blant medarbeidere for å øke jobbnærvær og kvalitet i tjenestene.
		3. Etablere felles forståelse og kompetanse innen samskaping, innovasjon og kontinuerlig forbedring.

<sup>13</sup> Samtidig er det klart at flere i arbeid og redusert utenforskap («*God utdanning*») vil bidra til å styrke aldersbæreevnen, samtidig som arbeidet på satsingsområdet «*Gode lokalsamfunn*» vil kunne bidra til at behov for kommunale tjenester utsettes.

Det understrekes i kommuneplanens forord at

*Endringene som kommer, vil utfordre oss. Vi må våge å ta valgene som sikrer langsiktig bærekraft. Samtidig må du som innbygger regne med å ta mer ansvar for egen livskvalitet.*

Under satsingsområdet «God Helse» pekes det på at

*Fremover kan utfordringene oppsummeres til et økende press på helse og omsorgstjenester, og knapphet på tilgjengelige ressurser.*

*[...] Helhetlig innsats for å dreie ressursene i retning av mer forebyggende og helsefremmende tiltak, er viktig for å oppnå god folkehelse og redusere risikoen for sykdom. Ved å styrke helsekompetansen i Venneslasamfunnet gjøres innbyggerne i stand til å ta vare på egen helse og delta i egen behandling. Det vil også redusere behovet for helse- og omsorgstjenester for den enkelte. Samtidig vil smarte løsninger innenfor helse- og omsorgsteknologi hjelpe oss i tiden fremover.*

## **2.2.2 Vennesla kommunes «Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040»**

Vennesla kommune har vedtatt fagplanen [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#). Denne planen dekker mange av temaene som dette forvaltningsrevisjonsprosjektet gjennomgår, og sier noe om hvordan Vennesla kommune planlegger å møte de demografiske utfordringene, herunder utfordringene ift. svekket aldersbæreevne.

Fagplanen *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* vil slik sett fungere både

- som en del av [datainnsamlingen](#) (planen viser hva Vennesla kommune har arbeidet med og vektlegger i møtet med fremtidige utfordringer som følger av den demografiske utviklingen og med påfølgende svekket aldersbæreevne), og
- som et [revisjonskriterium](#) som status i kommunen i dag kan ses opp mot (i hvilken grad har kommunen fulgt opp analysen og tiltakene i denne politisk vedtatte fagplanen?).

## **2.2.3 Vennesla kommunes «Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040»**

Det oppgis at målet med [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#)<sup>14</sup> er å sikre at kommunen nå og videre fremover er i stand til å levere gode og målrettede helse- og omsorgstjenester innenfor tilgjengelige rammer, samt å tilpasse kommunens utgifter til et bærekraftig nivå.

---

<sup>14</sup> I kunnskapsgrunnlaget som helse- og omsorgsplanen bygger på, finner man blant annet *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2023-2040*.

Det vises videre i planen til at den skal gi grunnlag for reelle prioriteringer av tilbudet innenfor de ulike brukergruppene og peke ut en retning for framtidig organisering og prioriteringer innenfor de omtalte tjenestene.

Det oppgis i innledningen at planen skal være både et strategi- og handlingsdokument. Revisjonen bemerker her at

- strategisiden ved Vennesla kommunes *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* kan i denne rapporten fungere som revisjonskriterium, mens
- handlingsdelen kan inngå som en del av datainnsamlingen (hva gjør kommunen?).

Handlingsdelen av planen revideres årlig i forbindelse med økonomiplanarbeidet, som igjen vedtas politisk i endelig budsjett.

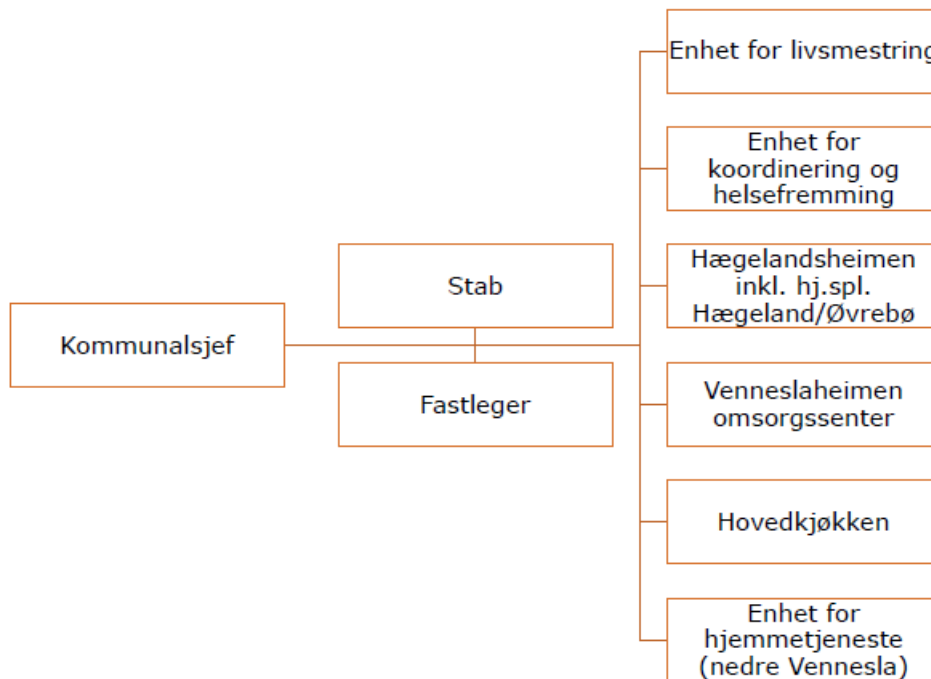
### 3 Innsamlede data

[Seksjon for helse- og omsorg](#) i Vennesla kommune er en del av kommunedirektørens stab på strategisk nivå. Seksjonen har overordnet ansvar for helse og omsorgstjenester til kommunens innbyggere.

Det oppgis på kommunens nettsider at seksjonen skal ha fokus på overordnet faglig utvikling, planlegging av framtidens tjenester, å tilpasse tjenestene i tråd med intensjonen i [Samhandlingsreformen](#) samt koordinering av kommunale tjenester.

Det oppgis videre at målet for *seksjon helse og omsorg* er å gi helhetlige og effektive helse- og omsorgstjenester til innbyggerne på et faglig forsvarlig nivå.

*Seksjon helse og omsorg* i Vennesla kommune er organisert på følgende måte:



#### 3.1 (P1) Demografi og aldersbæreevne: framskrivinger og planlegging av kapasitet

For det første spør vi altså i problemstilling 1 (P1) om i hvilken grad Vennesla kommune har analysert / fremskrevet fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester som følger av demografiutfordringene kommunen står overfor.

Særlig fagplanen [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#), men også [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) («Helse- og omsorgsplan 2023-2040»), er viktige kilder for å svare på dette spørsmålet. Som vi skal se i avsnitt 3.1.4, har Vennesla kommune også publisert informative kronikker i Fædrelandsvennen som tar for seg denne problematikken.

### 3.1.1 Overordnet om utfordringsbildet i Vennesla kommune

Vi tar innledningsvis med forordet i Vennesla kommunes egen fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#), som oppsummerer utfordringene kommunen vurderer at den står overfor, samt hvordan man på overordnet nivå legger opp til å møte disse utfordringene:

*Vennesla kommune, i likhet med mange andre kommuner, står overfor store utfordringer i årene fremover.*

*De største utfordringene er et økende antall personer med behov for kommunale helse-tjenester, kompleksitet i oppgaver, riktig dimensjonering samt utvikling av tjenester i takt med endringene. Økning i både tjenesteomfang og kompleksitet gir utfordringer når det gjelder rekruttering og kompetanse.*

*For å møte utfordringene må kommunen legge til rette for samhandling på tvers, jobbe på nye måter, gjøre informasjon lett tilgjengelig, kommunisere med innbyggerne på flere ulike arenaer samt mobilisere ressurser i samfunnet.*

*Helse- og mestringsteknologi må bli en del av ordinært tjenestetilbud og vi må digitalisere tjenester der det er mulig. Å legge til rette for bomiljø som er attraktiv og generasjonsvennlig er også viktige grep (s. 2).*

Og når det gjelder utfordringsbildet i Venneslas [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) (som tar for seg hele sektoren og som dermed har en bredere tilnærming enn planen for aktiv aldring og eldreomsorg), så kan man lese at

*Norge er blant landene i verden med høyest forventet levealder, og befolkningens helse er i all hovedsak god. De aller fleste barn og unge, voksne og eldre er friske.*

*Store helsemessige fremskritt og et offentlig helsevesen av høy internasjonal klasse til tross, er behovet for helsetjenester i ferd med å vokse i fra kapasiteten i helsevesenet. Det er i årene etter 2020 ventet en eskalering i etterspørsel etter helsetjenester. De siste års stadig større mangel på helsepersonell, viser at dette er en utvikling vi står dårlig rustet til å håndtere.*

*Endringer innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene de neste årene vil først og fremst være knyttet til:*

- *Et økende antall eldre med demenssykdommer*
- *Et økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov*
- *Færre døgnplasser i sykehus, enda kortere innleggelser og flere ambulante forløp*
- *Innføring av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten med raskere overføring til kommunehelsetjenesten.*
- *Et økende antall brukere med minoritetsbakgrunn*
- *Et økt behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering*
- *Et økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak*
- *Vedvarende levekårsutfordringer i kommunen.*
- *Knapphet på formelle og uformelle omsorgsgivere (frivillig innsats)*

De største utfordringene vi som samfunn står over for er å:

- Rekruttere (og beholde) nok helsefaglig personell
- Rekruttere nok ufaglært personell
- Innfri de lovpålagte kravene
- Innbyggernes forventninger

*Dette medfører at kommunene får et stadig større volum av tjenester å ta hånd om. Endringene forsterker også behovet for høyere spisskompetanse innen kommunehelsetjenestene, da sykdomsbildet er blitt mye mer komplekst og behandlingene stadig mer spesialiserte.*

### **3.1.2 Framskrivninger for demografi, mottakere av tjenester og forekomst demens**

En nærmere gjennomgang av Vennesla kommunes egen fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) viser at kommunen har god oversikt over framskrivninger for den demografiske utviklingen i Vennesla.

#### **i)**

I fagplanens kapittel 3 understrekes det at Norge er blant landene i verden med høyest forventet levealder, og befolkningen lever stadig lenger og den generelle helsen er god. Og

*med dette vil både antallet og andelen eldre i befolkningen øke fremover (SSB). Økte leveår innebærer i tillegg til funksjonsfriske leveår også leveår preget av sykdom og funksjonsnedsettelse, og derfor behov for kommunale helse- og omsorgstjenester (s. 10).*

Videre i fagplanen vises det blant annet til at samhandlingsreformen har medført at kommunene har fått nye brukergrupper og mer faglig krevende oppgaver, og pasienter skrives også tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten for videre behandling og oppfølging i kommunen. Pasientene er dermed under kommunenes ansvar i en større andel av tiden; enten hjemme eller i en helse- og omsorgsinstitusjon.

Det er også slik at medisinske framskritt har medført at flere overlever alvorlig sykdom og lever med utfordringer knyttet til kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelser inkludert kognitive, somatiske og psykiske følgeplager. Det pekes i tillegg i fagplanen på at det skjer en gradvis vridning fra institusjon til hjemmebasert omsorg, og institusjonstjenestene blir nå i større grad brukt i siste fase av livet (s. 10-11).

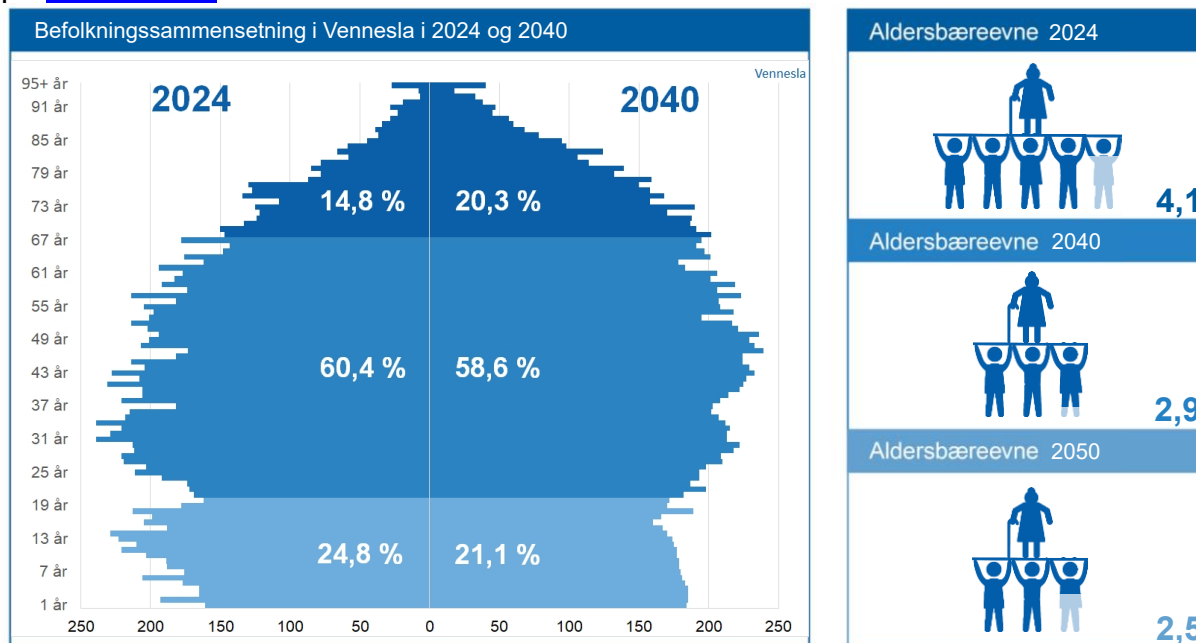
#### **ii)**

I fagplanens kapittel 3 vises det videre til at forventet levealder i Vennesla kommune er litt lavere enn gjennomsnittet i Norge, både for kvinner og menn, men at kommunen nærmer seg landsgjennomsnittet.

Fagplanen tar også for seg SSBs [framskrivninger for utviklingen når det gjelder folketall](#). Det understrekes at utviklingen, som preges av svekket aldersbæreevne, får kon-

sekvenser både for samfunnet og for Vennesla kommune som tjenesteleverandør, og derfor må oppdatert kunnskap om demografiutviklingen ligge til grunn for alle prioriteringer Vennesla kommune gjør.

Når det gjelder aldersbæreevne i Vennesla kommune, viser vi her til presentasjonen på [Agdertall.no](https://agdertall.no)<sup>15</sup>:



Figuren viser at aldersbæreevnen i Vennesla kommune ifølge SSBs befolkningsframskrivinger vil svekke seg markert frem mot 2040 og 2050: mens det i Vennesla kommune i dag er 4,1 personer i yrkesaktiv alder per person over 67 år, så vil dette forholdstallet i 2040 og 2050 være redusert til henholdsvis 2,9 og 2,5 personer. I Vennesla kommunes fagplan fremstilles dette poenget slik:

*Vennesla kommune hadde i 2020 14.774 innbyggere. Statistisk sentralbyrå har framskrevet en folketallsutvikling i Vennesla kommune som sier at folketallet skal øke med 1.670 personer frem mot 2040. I samme periode vil vi få 646 flere personer over 80 år. Av de som er i yrkesaktiv alder vil det skje en nedgang i folketallet med 66 færre når det gjelder personer mellom 18-49 år. I aldersgruppen 50-66 vil det skje en økning på 447 personer (s. 11).*

Fagplanen viser deretter relevante figurer for befolkningsutviklingen. Revisjonen gjen- gir her disse i tabells form med [oppdaterte tall fra SSBs statistikkbank \(tabell 14288\)](#):

**Tabell 1 Befolkningsframskrivinger Vennesla kommune: hele befolkningen**

	2025	2030	2040	2050
<b>Befolkning</b>	15.588	16.054	16.817	17.307
<b>Vekst ift. 2025</b>		3 %	7,9 %	11 %

<sup>15</sup> Vennesla kommune viser til denne figuren for aldersbæreevne (med utgangspunkt i 2022-tall) i [kunnskap-sgrunnlaget for kommunal planstrategi 2024-2027](#).

**Tabell 2** Befolkningsframskrivninger Vennesla kommune: 67-79 år

	2025	2030	2040	2050
<b>Befolkning</b>	1.636	1.842	2.248	2.395
<b>Vekst ift. 2025</b>		12,6 %	37,4 %	46,4 %

**Tabell 3** Befolkningsframskrivninger Vennesla kommune: 80-89 år

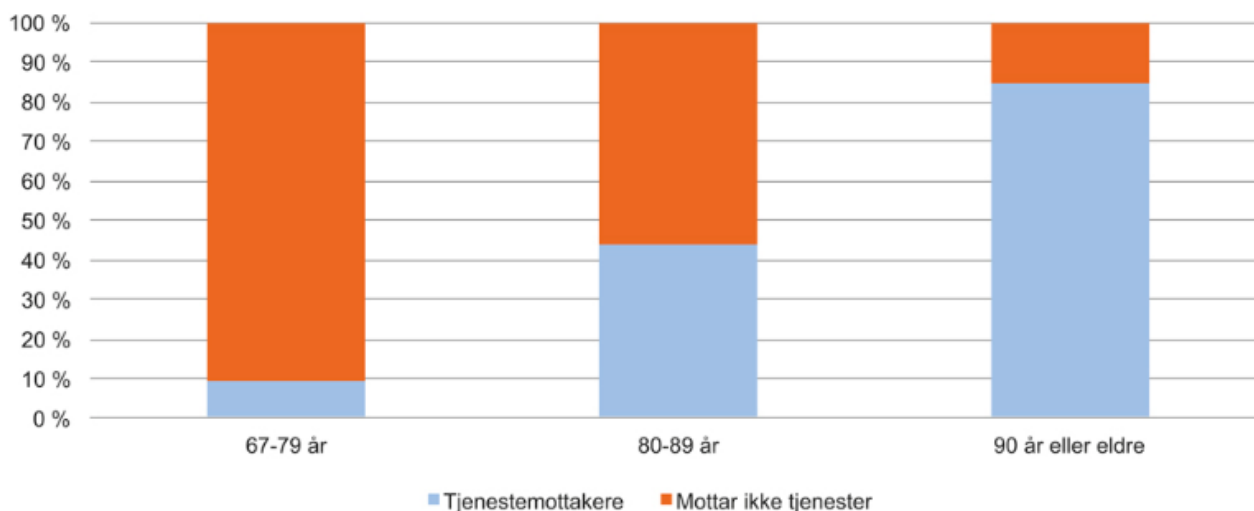
	2025	2030	2040	2050
<b>Befolkning</b>	543	717	939	1235
<b>Vekst ift. 2025</b>		32,0 %	72,9 %	127,4 %

**Tabell 4** Befolkningsframskrivninger Vennesla kommune: 90 år +

	2025	2030	2040	2050
<b>Befolkning</b>	111	123	221	320
<b>Vekst ift. 2025</b>		10,8 %	99,1 %	188,3 %

Vi ser av tabellene at *befolkningsveksten er klart størst for de eldste aldersgruppene.*

Videre i Vennesla kommunes fagplan vises følgende interessante figur, som illustrerer at mens en liten del (ca. 10 pst.) av de yngste pensjonistene (67-79 år) trenger bistand fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, så trenger det store flertallet (ca. 85 pst.) av de eldste pensjonistene (90 år og eldre) slik bistand:



### iii)

Når det gjelder utbredelsen av demens, så understrekes det for det første i fagplanen<sup>16</sup> at demens trolig er den sykdommen som blir mest ressurskrevende for kommunene, siden høy alder er den viktigste risikofaktoren for utvikling av demens. Med bak-

<sup>16</sup> Også i Vennesla kommunes *Boligpolitisk handlingsplan 2021-2030* er det i datagrunnlaget tatt med en tabell for framskrivninger når det gjelder antall personer med demens i Vennesla kommune.

grunn i høy og økende forventet levealder og mange innbyggere i de eldste aldersgruppene i Vennesla kommune, jf. tabellene for befolkningsframskrivninger over, kan en forvente en markert økning i antall personer med en demenssykdom.

Framskrivningene for Vennesla kommune, som er hentet fra det [nasjonale «demenskartet»](#), viser at 594 personer i kommunen vil ha demens i 2050, mot 283 personer i 2025. Dette tilsvarer en økning på 311 personer, eller 110 pst., fra 2025 til 2050.

Det bemerkes samtidig på den nasjonale nettsiden at befolkningen i Vennesla er yngre enn gjennomsnittet i Norge, og Vennesla kommune har derfor også en noe lavere andel innbyggere med demens (andelen med demens er 1,82 pst. i Vennesla, mot 2,05 pst. på landsbasis i 2025).

#### iv)

Oppsummert viser fremstillingen i Vennesla kommunes fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) at kommunen har god oversikt over tilgjengelige framskrivninger som tallfester utfordringene kommunen står overfor som følge av *demografiutviklingen* og *svekket aldersbæreevne*. Både i [Vedtatt budsjett og økonomiplan 2025-2028](#) og i [Budsjett og økonomiplan 2026-2029](#) er det også et informativt og oversiktlig kapittel med oppdaterte befolkningsframskrivninger for de forskjellige aldersgruppene. Kommunen oppgir at oppdaterte framskrivninger legges til grunn for løpende vurderinger av framtidig behov og ressursbruk.

Vennesla kommune har også god oversikt når det gjelder framskrivninger for forekomst av *demens*.

### 3.1.3 Konsekvenser for dimensjonering av framtidig tjenestetilbud

Utviklingen som er beskrevet i avsnitt 3.1.1 og 3.1.2 over, vil påvirke Vennesla kommunes framtidige kapasitetsbehov innenfor helse og omsorg, og den vil dermed få konsekvenser for hvordan kommunen bør dimensjonere sitt framtidige tjenestetilbud.

Revisjonens gjennomgang viser at denne problematikken analyseres og diskuteres både i Vennesla kommunes fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) (kapittel 4) og i [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) (kapittel 3.4).

#### i)

Når det gjelder fagplanen, så skal den blant annet «vise den retning helse- og omsorgstjenestene må ta for å kunne utvikle fremtidsrettede og bærekraftige tjenester for den eldste delen av befolkningen i Vennesla kommune», og i planens kapittel 4 (s. 17-25) er temaet nettopp «dimensjonering av tjenestene».

Vi tar her med diskusjonen som innleder dette kapittelet, da det her klart fremgår at dimensjonering av framtidig tjenestetilbud er et vanskelig spørsmål:

*Personer som mottar helse- og omsorgstjenester, bor enten i egne hjem, i omsorgsboliger enten med eller uten heldøgns bemanning eller på sykehjem.*

Selv om vi vet at det blir mange flere eldre i årene framover, vet vi også at de eldre er friskere lengre enn de var før, og at gjennomsnittsalderen på de som får sykehjems plass er gått opp. Det skjer en utvikling i befolkningens helsetilstand og det er blitt økte muligheter til å gi bistand til å kunne bo hjemme, både i form av oppfølging og teknologiske hjelpemidler. Dette gjør at det er vanskelig å beregne hvor mange sykehjemsplasser det faktisk blir behov for i fremtiden. Vi vet at de aller fleste eldre i dag ønsker å bo hjemme så lenge som mulig.

Kommunen kan tilrettelegge for dette ved å gi flere tjenester i hjemmet og ved å ta i bruk trygghetsskapende teknologi. Mange eldre flytter fra eneboliger til mer lettstelte leiligheter når de kommer opp i alder. Det foregår stor utbygging av leilighetskomplekser rundt sentrumsområder i kommunen. Her er det enkelt å kombinere privat eie med å motta tjenester fra kommunen. Privat utbygging vil dermed også demme opp for økt behov for flere kommunale boliger til eldre. Dette kan redusere behovet for utbygging av boliger i kommunal regi, og det kan legge grunnlag for mer rasjonell drift av hjemmetjenestene.

Det er viktig med et tett samarbeid internt i kommunen rundt arealplanlegging i kommunen i årene fremover. Kunnskap om behovet for tilrettelagte boliger og boliger til eldre må vurderes ved rullering av kommuneplanens arealdel (s. 17).

Når det gjelder beregning av fremtidig behov for sykehjemsplasser, så vises det i fagplanen til at dette kan gjøres ut fra å se på dekningsgraden. Dekningsgraden er antall sykehjemsplasser i prosent av antall innbyggere over 80 år. Dekningsgraden har ifølge fagplanen de siste 30 årene blitt redusert fra år til år.

## ii)

I fagplanen diskuteres så det som kalles «Prinsippvalg for planlegging av sykehjemsplasser». Det skisseres her 2 alternativer:

1. **ALTERNATIV 1:** Tjenestene ytes på samme måte som før.
2. **ALTERNATIV 2:** Tjenestene planlegges ut fra en mer bærekraftig og fremtidsrettet utvikling [hvor dekningsgradene reduseres ift. dagens nivå].

Vi oppsummerer kort disse 2 alternativene under:

## iii)

### **ALTERNATIV 1: TJENESTENE YTES PÅ SAMME MÅTE SOM FØR**

#### Langtidsplasser:

Når det gjelder langtidsplasser på sykehjem, så vises det til at dersom dekningsgrad og nivå på tjenester fortsetter som i dag, så kan man gjøre en framskriving av fremtidig behov for sykehjemsplasser.

Vennesla kommunes framskriving viser at dersom tjenestene fremover ytes på samme måte som før, så vil man trenge:

- 58 pst. flere sykehjemsplasser fra 2020 til 2030
- 119 pst. flere sykehjemsplasser fra 2020 til 2040

Kort sagt, hvis Vennesla kommune skal levere samme nivå på sykehjemsplasser som i 2020 (det vil si i overkant av 80 sykehjemsplasser), vil da totalt antall sykehjemsplasser med langtidsopphold være 184 i 2040.

#### Korttidsplasser:

Det oppgis i fagplanen at Vennesla kommune per 2022 hadde 12 korttidsplasser<sup>17</sup>, og inkludert i disse har kommunen en lovpålagt akutt plass<sup>18</sup> (KØH). Det slås i fagplanen fast at

*Dagens dekningsgrad for korttidsplasser i Vennesla kommune, ligger på 2,0 %. Hvis vi skal fortsette å ha samme dekning, beregnet på veksten i antall innbyggere 80 +, vil vi måtte double antall korttidsplasser innen 2040 og ende opp med 24 plasser i tillegg til økt behov for langtids plasser (s. 19).*

#### iv)

#### **ALTERNATIV 2: TJENESTENE PLANLEGGES UT FRA EN MER BÆREKRAFTIG OG FREMTIDSRETTET UTVIKLING**

Fagplanen tar deretter for seg det andre alternativet, hvor «tjenestene planlegges ut fra en mer bærekraftig og fremtidsretta utvikling».

#### Langtidsplasser:

Etter en diskusjon når det gjelder dekningsgrad per innbygger over 80 år, vises det i fagplanen fra 2022 til at Vennesla kommune planlegger utbygging av 40 nye sykehjemsplasser for personer med demens i løpet av perioden fram mot 2040.

Det vises deretter i en figur til at selv med 40 nye langtids sykehjemsplasser, så vil dekningsgraden frem mot 2040 falle fordi økningen i antall innbyggere over 80 år øker mer:

*Dekningsgraden for langtidsopphold vil i dette alternativet reduseres fra ca. 14 % i 2021 til ca. 10 % i 2040. Det vil bli enda høyere terskel for å få langtids plass på sykehjem (s. 21).*

#### Korttidsplasser:

I fagplanen vises til at siste års erfaringer viser at Vennesla kommune kjøper både overligger på sykehuset og korttidsplasser fra andre kommuner fordi det er fullt på kom-

---

<sup>17</sup> Det oppgis i planen at korttidsplassene i hovedsak er belagt av personer som kommer fra sykehuset for videre behandling, utredning, rehabilitering, rullerende avlastning for hjemmeboende eller lindrende behandling. I noen tilfeller er plassene belagt av personer som venter på ledig langtids plass fordi det ikke er ledige langtids plasser å oppdrive.

<sup>18</sup> Den lovpålagte akutt plassen skal gi nødvendig øyeblikkelig hjelp og døgntilbud til eldre eller andre med lettere psykiske lidelser, som blir akutt syke der det ikke er hensiktsmessig med innleggelse på sykehus. Det er fastlegen som kan rekvirere denne plassen.

munens egen korttidsavdeling. Det konkluderes derfor med at det fremover bør planlegges for at det skal være en høyere dekning på korttids plassene enn det er i dag.

v)

**FAGPLANENS ANBEFALINGER:**

**Langtids- og korttids plasser:**

Det konkluderes for det første med at en videreføring av dagens institusjonsdekning i Vennesla kommune (alternativ 1), ikke vil være bærekraftig. Alternativ 2, som innebærer en reduisering av dekningsgraden for langtids plasser fra 14 pst. i 2022 til 10 pst. i 2040, anbefales i fagplanen, slik at kommunen kan ha en bærekraftig utvikling selv om aldersbæreevnen blir redusert år for år.

Det pekes også i fagplanen på at en helhetlig boligpolitikk for eldre vil kunne gi gode løsninger, og behovet for sykehjems plasser kan reduseres ved å bygge kommunale utleieboliger med og uten døgnomsorg, samtidig som behovet også vil kunne reduseres ved at det er tilstrekkelig aldersvennlige boliger som eldre selv kan eie eller leie.

Videre understrekes det at det er viktig at Vennesla kommune har nok kapasitet på korttids plasser slik at det blir en reell rullering av plassene og hjemmeboende har mulighet for å bli boende hjemme så lenge som mulig samt at pårørende har mulighet for avlastning. Det er derfor ifølge fagplanen svært viktig med god kapasitet på en korttidsavdeling til å møte denne utviklingen, og da er alternativ 2 å foretrekke.

**Omsorgsboliger med heldøgns omsorg/nærhet til bemanning:**

Det vises i fagplanen blant annet til at god dekning av sentralt beliggende leiligheter og kommunale utleieboliger kan utsette behov for omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Tilsvarende kan god dekning av omsorgsboliger med heldøgns bemanning utsette behov for sykehjems plass.

Ifølge fagplanen har en arbeidsgruppe jobbet frem et forslag til estimert behov for nye omsorgsboliger / utleieboliger / tilvisningsboliger på til sammen om lag 45 stk. frem mot 2040.

**Behov hjemmebaserte tjenester 80 år +:**

Det vises i fagplanen til at hjemmesykepleie er en døgkontinuerlig tjeneste som gir nødvendig helsehjelp, pleie, omsorg og veiledning til hjemmeboende som på grunn av varig eller midlertidig sykdom, ikke klarer å ivareta sine grunnleggende behov selv<sup>19</sup>. Dette gjelder brukere i alle aldre, og uavhengig om vedkommende bor i eget hjem, i leilighet eller omsorgsbolig med heldøgns bemanning, gjøres det en vurdering og tjenesten tildeles etter søkers aktuelle situasjon (individuell faglig vurdering). Det vurderes ifølge fagplanen alltid behov for hjelpemidler.

---

<sup>19</sup> Det oppgis at på grunn av reformer i helsetjenesten har hjemmetjenesten økt i omfang de senere årene. Plasser har blitt lagt ned i spesialisthelsetjenesten, og dette har medført både at flere trenger hjelp med varig behov og at flere pasienter nå får sin midlertidige behandling i kommunen.

Det understrekes i fagplanen at behovet for hjemmebaserte tjenester vil øke videre i årene som kommer. Grunnen til dette er at

*Stadig flere, nye og komplekse oppgaver skal løses på kommunalt nivå. En stadig oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil bidra til ytterligere press på hjemmetjenesten. Sørlandets sykehus sin utviklingsplan 2040 har som tiltak at flere skal behandles i hjemmet. Sykehuset skal tilby hjemmesykehus, men dette vil skje i et samarbeid med kommunen. Flere overlever også alvorlig sykdom og lever lengre med sine plager og har behov for hjelp i hjemmet. I tillegg til dette kan vi tenke oss at når dekningsgraden på sykehjem reduseres, vil flere pasienter måtte behandles i hjemmet (s. 23).*

Samtidig understrekes det i fagplanen at det er mange usikkerhetsmomenter som spiller inn når man i Vennesla kommune skal planlegge framtidens hjemmetjenester. Det er også ifølge fagplanen flere muligheter som kan bidra til en mer positiv utvikling:

- *Vi får flere eldre, men de eldre er sprekere nå enn før.*
- *Den kortreiste bygda. Vennesla planlegger å bygge ut sentrumsnært. Det vil da komme flere leiligheter der det er nærhet både til butikker og tjenester.*
- *Lettstelte leiligheter der det er enklere å klare seg selv i hverdagen uten hjelp.*
- *Fokus på helsefremmende og forebyggende tjenester vil utsette behov for mere ressurskrevende tjenester*
- *Velferdsteknologi og digitalisering vil gjøre at flere kan klare seg med mindre hjelp fra det offentlige (s. 23)*

Det vises også til at hjemmetjenesten i Vennesla, i likhet med andre kommuner, har hatt en jevn økning over mange år. De senere årene har det vært en dreining fra eldreomsorg til yngreomsorg, og det har kommet nye brukergrupper som tidligere fikk hjelp andre steder, blant annet i spesialisthelsetjenesten eller på statlige institusjoner. Når det gjelder alderen til mottakerne av hjemmetjenester i Vennesla kommune, så er

- 31,2 pst. av alle tjenestemottakerne under 70 år
- 19,1 pst. er mellom 70 og 80 år og
- 49,6 pst. er over 80 år.

Hvis tjenesten leveres som den gjør i dag (med dagens dekningsgrad), viser framskrivninger at hjemmetjenesten må forvente en økning i antall tjenestemottakere på om lag 50 pst. fra 2020 til 2030, og 110 pst. fra 2020 til 2040. Det konkluderes i fagplanen med at

*Hjemmetjenesten er vant til å øke opp og nedskalere tjenesten etter behov. De kan håndtere en viss økning i antall brukere uten å måtte øke antall ansatte.*

*Hvis vi tenker oss at antall brukere over 80 følger framskrivningene fra 2020 til 2040, vil det utgjøre ca. 193 nye brukere. For at hjemmetjenesten skal klare å håndtere denne økningen, er det viktig at hjemmetjenesten styrkes jevnlig både på ledelse, administrative støttetjenester og direkte bemanning for å håndtere den økte mengden brukere (s. 24).*

### Dimensjonering dagsenter

I fagplanen vises det til at

*et dagtilbud for eldre har som hensikt å bidra til en god hverdag med sosialt samvær, aktiviteter, trygghet og opplevelse av mestring. Dagtilbud er viktig for å legge til rette for at flere kan bo hjemme så lenge som mulig. Dette er et av flere tilbud som må økes for at en større andel kan bo trygt i eget hjem og gi nødvendig avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon.*

*Et dagtilbud som iverksettes tidlig i sykdomsforløpet kan gi en positiv effekt for blant annet utviklingen av demens. Aktivitetene kan bidra til å opprettholde dagliglivets funksjoner, påvirke følelsesmessige og atferdsmessige endringer i sykdomsforløpet, bedre kognitiv funksjon, samt øke trivsel og livskvalitet (s. 25).*

Det anbefales blant annet i fagplanen en jevn økning på 2-3 dagsenterplasser i hver økonomiplanperiode frem mot 2040, noe som gir en samlet økning på 13 plasser fra 2022- 2040. Det understrekes samtidig at

*Dette er et lavt estimat med tanke på at det i samme periode forventes en økning med mennesker med demens på 240 personer (s. 25).*

vi)

### **DIMENSJONERING AV TJENESTER I PLAN FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN 2023-2040**

I kapittel 3.4 i [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) diskuteres dimensjonering og utvikling av tjenestetilbudet. Det understrekes at

*Kommunen må legge demografisk utvikling til grunn for prioriteringer og utvikling av tjenester. Utbygging av heldøgns omsorgstilbud må baseres på et oppdatert kunnskapsgrunnlag om hvor folk velger å bosette seg, og hvordan man best kan sikret tilstrekkelig kompetanse og sterke fagmiljøer.*

*For fremtidsrettede og bærekraftige tjenester, må vi ha fokus på å venstreforskyve noe av ressursene fra øverste omsorgsnivå, til tjenestetilbud og innsatsen på de laveste trinnene i omsorgstrappen. En forutsetning for slik styrking er å fortsette arbeidet med å vri tjenestene fra å være institusjonsbasert til hjemmetjenestebasert, og at det er politisk enighet om at dette er riktig og nødvendig (s. 13).*

Når det gjelder anbefalingene, så er de i hovedsak hentet fra fagplanen, jf. avsnittene over. Det er i tillegg verdt å merke seg at kommunen her peker på at

*Kommunen bør satse på aldersvennlig stedsutvikling som handler om å legge til rette for aktivitet og møte mellom mennesker, på tvers av alder, interesser og funksjonsnivå. Dette angår i liten grad helse- og omsorgstjenestene, og er i all hovedsak områder under seksjon for samfunnsutvikling og miljø (s. 13).*

vii)

### **ALDERSVENNLIGE SAMFUNN OG BOLIGPLANLEGGING**

Revisjonen har med utgangspunkt i gjennomgangen over spurt Vennesla kommune hvordan man arbeider med arealplanlegging og framtidige boligløsninger for en aldrende befolkning, og hvordan dette hensyntas i kommunens planverk og samarbeid med utbyggere. Kommunen viser i sitt svar til følgende poenger:

- Aldersvennlig samfunn og boligplanlegging hensyntas i planverket (det ble her vist til kommuneplanen, helse- og omsorgsplanen og boligpolitisk handlingsplan).
- *Mulighetsstudie Ringvegen*: Vennesla kommune har gjennomført en mulighetsstudie der det planlegges rundt 25 omsorgsboliger og 40 trygghetsboliger.
- *Framtiden boligområde*: prosjekt som kommunen, i samarbeid med private utbyggere, har deltatt i. Det har blitt gjennomført en spørreundersøkelse blant innbyggerne i Vennesla kommune om hvordan de ønsker å bo når de blir eldre.
- Kommunen har gitt tydelige innspill til gruppa om viktigheten av universell utforming, tilstrekkelig størrelse på bad, heis og andre løsninger som skal gjøre boligene aldersvennlige.
- Vennesla kommune har nå overtatt alle kommunale boliger fra boligstiftelsen. Dette gir kommunen mulighet til å gjennomføre en helhetlig gjennomgang av boligmassen, der man vurderer salg, oppgradering eller endret bruk av boligene for å møte framtidige behov.
- Det ble også trukket fram at Vennesla som bygdesamfunn har styrker som kommer dette arbeidet til gode – som høy grad av kjennskap og tillit, dugnadsånd, sterk frivillighet og mange aktive eldre som ønsker å bidra. Disse ressursene blir viktige i utviklingen av et aldersvennlig lokalsamfunn.

#### **3.1.4 Kronikker i Fvn om utfordringene som følger av demografiutfordringene**

Kronikker i Fædrelandsvennen med titlene [En enorm oppgave ligger foran oss!](#) (2022) og [Vonde, vanskelige, viktige valg](#) (2023), skrevet av henholdsvis Kommunalsjef Helse og omsorg og Kommunedirektøren, viser at det er stor bevissthet i Vennesla kommune om hvordan demografiutviklingen og svekket aldersbæreevne vil utfordre norske kommuner generelt og Vennesla kommune spesielt.

i)

I kronikken *En enorm oppgave ligger foran oss!* (2022) stilles følgende spørsmål:

*Hvordan skal vi greie å håndtere økte behov i en aldrende befolkning, samtidig som vi blir langt færre i yrkesaktiv alder og stadig flere står utenfor arbeidslivet?*

Innledningsvis i artikkelen vises det til tall for Vennesla kommune både når det gjelder demografiutviklingen, den kraftige økningen i behovet for hjelp i gruppen 90+, samt økningen i forekomsten av demens, jf. statistikk i avsnitt 3.1.2 over.

Konsekvensene av å fortsette å jobbe som i dag, samt behovet for nye årsverk, beskrives også, og dette settes så opp mot utfordringene som følger av norske kommuners svekkede aldersbæreevne og økende rekrutteringsutfordringer frem mot 2040 og 2050:

*Samtidig som vi blir flere eldre, blir vi færre unge. Vi mangler rett og slett hender til å gjøre jobben etter hvert.*

Det vises også til at 8 av 10 nyutdannede sykepleiere *ikke* har kommunehelsetjenesten som førstevalg.

Med dette som utgangspunkt understrekes det i kronikken at det fremover må tenkes nytt. Det oppgis at man har hatt seminar om *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* hvor også næringsliv og frivillighet i Vennesla ble invitert til å delta. Det vises så flere endringer og tiltak som vil kunne bidra til at kommunen «bygger bedre og annerledes kommunale tjenester», blant annet:

- tenke samhandling og samskaping på nye måter – hvordan kan frivilligheten og næringslivet bidra inn i tjenestene?
- få mer fleksible arbeidslivsløsninger der det er plass til flere (flere folk inn i arbeidslivet).
- organisere arbeidet annerledes og bli flinkere til å ha riktig kompetanse på riktig plass (heltidskultur, arbeidstidsordninger, bedre bruk av personell).
- endre måten man jobber på gjennom bruk av ny teknologi.
- mer fokus på helsefremming – når helsepersonell jobber med hverdagsmestring, vil tjenestemottakere få mindre behov for tjenester.
- vri enda mer ressurser over til hjemmebaserte tjenester.
- snakke mer om ditt og mitt personlige ansvar for egen helse:
  - fysisk aktivitet og sunn livsstil gir mye bedre odds for et godt liv, en god psykisk og fysisk helse og en god alderdom.
  - opp mot 40 prosent av demenstilfeller kunne vært unngått med bedre hverdagsvalg, slik som økt fysisk aktivitet, sunt kosthold og mindre røyking.
  - unge inaktive risikerer allerede i 20-årene skjelettskader og muskelplager og smerter.

Det pekes også i kronikken på at Vennesla kommunes tre hovedutfordringer det neste tiåret, dvs. demografien og svekket aldersbæreevne, utenforskap samt klima- og naturkrisen, henger sammen.

## ii)

I kronikken *Vonde, vanskelige, viktige valg* (2023) er utgangspunktet følgende:

*I tiden som har gått siden freden i 1945 har Norge i praksis opplevd kontinuerlig vekst, og norske kommuner har blitt tildelt hovedrollen i utviklingen av et velferdssamfunn som verden aldri har sett maken til. Vi er født og oppvokst med at alt vokser og blir bedre, hele tiden.*

*Nå kommer en ny tid der en slik vekst ikke er mulig lenger. Vi må vi forberede oss på økt personlig ansvar og mindre personlig frihet. Vi vil måtte ta mye mer ansvar for eget liv og egen velferd og vi vil måtte godta mange begrensninger der vi i dag tar frihet for gitt.*

*Debatten om framtidens helse- og omsorgstjenester i Norge er et varsel på hva vi står overfor. [Helsepersonellkomisjonens rapport](#) viser hvilke prøver vi vil bli satt på – og den peker ut en god veg. Vi må lære oss å husholdere bedre med ressursene hvis de skal rekke langt nok.*

Det vises så til at Vennesla kommune har gjort tre store samfunnsutfordringer (demografiendringer (svekket aldersbæreevne), utenforskap og klima- og naturkrisen) styrer for både budsjettarbeid og kommuneplanarbeid. Administrasjonen oppfatter også at både næringsliv, frivillighet, politikere og administrasjonen i Vennesla kommune jobber sammen om dette, og dette vurderes å være et godt utgangspunkt, «for da får man etter hvert befolkningen med seg på de vanskelige vegvalgene».

Når det gjelder hovedtemaet i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, det vil si demografiutfordringene som Vennesla kommune står overfor, så underskrives det i kronikken at

*Vi blir langt færre som skal utføre langt større oppgaver. Vi vil ikke bare mangle folk i helsesektoren. Vi trenger flere personer til det grønne skiftet, den nye industrien og til alle de andre oppgavene i samfunnet, personer vi ikke har. Det blir en enorm oppgave å løse stadig større samfunnsoppgaver med færre hender.*

Deretter vises det til framskrivninger for befolkningsutviklingen på Agder og i Vennesla, jf. avsnitt 3.1.2 over, som illustrerer at aldersbæreevnen framover mot 2040 og 2050 svekkes kraftig.

Deretter diskuteres utenforskap

*Vi kan ikke fortsette med å parkere mellom 25 og 30 prosent av innbyggerne i arbeidsfør alder på en sidelinje. Utenforskap gir grobunn for mange og dype konflikter. På den ene siden får vi økte utfordringer med fattigdom, sosial nød og menneskelig nød i de gruppene som faller utenfor. På den andre siden vil vi risikere mindre aksept fra den*

*Øvrige befolkning for de som faller utenfor i en situasjon med økt press på alle tilgjengelige ressurser.*

*Lykkes vi med å skape et større og mer inkluderende fellesskap, vil vi lettere kunne løse de andre store utfordringene også. Mange av de som lever i utenforskap, har store evner og ressurser hvis de bare får muligheten. Ofte trengs bare litt tilrettelegging.*

Demokratiutfordringene som følger av den overnevnte tre store samfunnsutfordringene (demografiendringer (svakket aldersbæreevne), utenforskap og klima- og naturkrisen) diskuteres deretter, og det konkluderes i kronikken med at

*Fellesskapet vårt settes på prøve når vonde og vanskelige valg må tas. Samtidig er det når vi står sammen at vi greier å løse de aller største oppgavene.*

*På alle nivåer trenger vi derfor lederskap som snakker sant om utfordringene, som ikke setter folk opp mot hverandre, men inviterer til samarbeid og samskaping. Det påhviler alle samfunnsaktører et stort ansvar.*

*Vi må ha felles forståelse av rammebetingelsene vi skal drive samfunnet innenfor hvis vi skal greie de vonde, vanskelige, men svært viktige valgene vi står overfor.*

### **3.2 (P2) Økonomisk bærekraft og innretning av tjenester: LEON-prinsippet**

For det andre spør vi i problemstilling 2 (P2) i dette prosjektet om i hvilken grad Vennesla kommune jobber med å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene vil være økonomisk bærekraftige i møtet med fremtidige demografiutfordringer<sup>20</sup>?

Vi har sett at målet med [Bo trygt hjemme-reformen](#) er å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme så lenge som mulig og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt.

Videre har vi pekt på at kommunale helse- og omsorgstjenester bør tilbys på lavest mulige effektive omsorgsnivå, det vil si etter «[LEON-prinsippet](#)». For å kunne levere bærekraftige helse- og omsorgstjenester på laveste effektive omsorgsnivå, bør kommunene blant annet ha utarbeidet en «[omsorgstrapp](#)» eller en «[innsatstrapp](#)», det vil si en modell som illustrerer nivåene for kommunale helse- og omsorgstjenester, fra laveste (egenomsorg, forebygging og hjemmebaserte tjenester) til høyeste (omsorgsbolig med bemanning, institusjon og sykehjem) intensitet.

---

<sup>20</sup> Revisjonen bemerker her at flere av poengene som det ble vist i kapittel 3.1 over, som tar for seg problemstilling 1 (P1) i dette prosjektet, vil ha relevans også for problemstilling 2 (P2) om økonomisk bærekraft. «Alternativ 2» i avsnitt 3.1.3 er nettopp at tjenestene planlegges med tanke på en mer økonomisk bærekraftig og fremtidsrettet tilnærming til Vennesla kommunes tjenesteproduksjon innenfor helse og omsorg.

Kort sagt, LEON-prinsippet innebærer at en kommune søker å få til en dreining av innsatsen fra de høyeste og mot de laveste trinnene i omsorgs-/innsatstrappen (dette kalles også «venstreforskyving»).

### 3.2.1 Omsorgstrapp, innsatstrapp og LEON-prinsippet

i)

I kapittel 2 i Vennesla kommunes fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) slås det innledningsvis fast, i tråd med grunntanken i *Bo trygt hjemme*-reformen, at

*Vennesla kommune har som mål at eldre og funksjonsnedsatte skal kunne bo hjemme i sitt hjem så lenge det er mulig og forsvarlig. «Så lenge jeg kan bo hjemme, så bor jeg hjemme».*

*En av de mest sentrale målsettingene for tjenestene er at ingen skal bli fratatt oppgaver som de kan utføre selv samt at brukere skal styrkes til selv å mestre eget liv. Deres behov for tjenester skal dette gis på så lavt nivå som mulig, jamfør LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå).*

Deretter gjennomgås kommunens egen omsorgstrapp, som viser eksempler på nivå i omsorgstjenestene og som tar utgangspunkt i dagens tjenestenivå, jf. figuren under:



Det oppgis i fagplanen at brukerne ofte befinner seg på flere trinn av trappen samtidig, med ulike kombinasjoner av tjenester. Det understrekes også at det langs hele akse pågår et kontinuerlig samspill med pårørende, frivillige, spesialisthelsetjenestene og andre. Omsorgstrappen skal bidra til å tydeliggjøre hvilke tjenester kommunen har samt hvilke tjenester som bør utvikles.

Omsorgstrappen for Vennesla kommune har altså 4 trinn. En innledende tekst beskriver kort hva slags tiltak det på hvert trinn er snakk om:

1. **Trinn 1**: «Jeg klarer med ganske godt selv» – *Forebyggende tiltak.*

Målrettede tiltak for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

2. **Trinn 2**: «Jeg har behov for litt hjelp» – *Egen bolig med hjemmetjeneste.*

Målrettede tiltak for å sikre at den enkelte får muligheter til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

3. **Trinn 3**: «Jeg er avhengig av hjelp i eget hjem» – *Omsorgsbolig med tilgang til bemanning.*

Målrettede tiltak for å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og funksjon.

4. **Trinn 4**: «Jeg trenger hjelp det meste av tiden» – *Institusjon og bofellesskap med heldøgns omsorg.*

Målrettede tiltak som sikrer at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Hvilke tilbud kommunen har på hvert trinn beskrives deretter utførlig i fagplanen (s. 6-10). Det konkluderes med at

*For å klare å utvikle omsorgstrappa og oppnå de mål en har på hvert omsorgstrinn, så samarbeider kommunen tett med brukere og pårørende og deres organisasjoner. Kommunen er opptatt av å ha en målrettet strategi med brukermedvirkning i alle ledd. Kommunen har derfor systematisk innført [metoden gode pasientforløp](#).*

*Kommunen samarbeider godt internt i alle ledd, med spesialisthelsetjenesten, legetjenesten, frivillighetssentralene og diverse organisasjoner.*

ii)

I kapittel 3.1 i [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) vises det til at

*I den kommunale helse- og omsorgstjenesten benyttes ofte ordet «omsorgstrapp». Den siste tiden har dette navnet av mange blitt omdøpt til «[innsatstrapp](#)». Modellen under har blitt iverksatt i mange kommuner [...]:*



I Vennesla kommunes plan vises det til at innsatstrappen illustrerer grad av «inngripen» i tjenestemottakerens liv. Merk at forskjellen mellom *omsorgstrappen* og *innsats-trappen* er at på de laveste nivåene i innsatstrappen, er kommunens helse- og omsorgstjenester i liten grad inne: her er det andre aktører som utøver tilbud og aktiviteter, i hovedsak forebyggende og helsefremmende aktiviteter.

Hjelpebehovet øker med trinnene: for hvert trinn er kommunen i større grad inne med helse- og omsorgstjenester, og tilsvarende blir inngripen i tjenestemottakerens liv og så større. Vennesla kommune viser i planen til at ved dagens tjenesteprofil, er det meste av kommunens personalmessige og økonomiske ressurser benyttet / bundet opp *øverst i trappen*. Når det gjelder kommunens bruk av innsatstrappen fremover, så kan man i planen lese at

*Innsatstrapp er en benevnelse som viser til at det finnes mange typer tjenester, på forskjellige nivå, og at disse må sees i sammenheng. Fremover ønsker vi å gå nærmere inn på å definere hva som ligger i de ulike trinnene, og hva som bør være kommunens tjenestenivå.*

*I Vennesla kommune skal LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) være før-ende, og fokus på egenmestring og økt grad av egenomsorg blir stadig viktigere.*

*Det er viktig med en definering, dimensjonering og utvikling av tjenestene i de ulike trinnene i trappen, for å gi tjenester på riktig nivå. En riktig dimensjonert innsatstrapp har tilstrekkelig tjenester som sikrer egenmestring og selvstendighet, med utgangspunkt i brukerens behov «Hva er viktig for deg?». Ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette vekst på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi / innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen. Heldøgnsomsorg vil kunne rettes som et tilbud til innbyggere med omfattende og sammensatte behov, og dreiningen kan gi grunnlag for å redusere nivå på dekningsgrader.*

*For å få til en dreining av innsatsen, må det vurderes å legge inn flere tiltak på de laveste trinnene. Ved å bygge et sterkt og aktivt lokalsamfunn, legger man til rette for forebygging og utsetting av tjenester lenger oppe i trappen.*

*Det er videre et mål om at Helse- sosial og omsorgsnettverket i Region Kristiansand skal samarbeide om å definere hva som ligger på hvilke trappetrinn i dag, hvilke trappetrinn som handler om helse- og omsorgstjenestene, og hvilke trappetrinn som andre må løse (den enkelte / samfunnet eller av / i samarbeid med andre aktører) fremover.*

### **3.2.2 «Leve hele livet» og andre tiltak som bidrar til å styrke den økonomiske bærekraften**

I forhold til spørsmålet om fremtidig økonomisk bærekraft i lys av demografiendringer og svekket aldersbæreevne, er det videre relevant og interessant at Vennesla kommune jobber med å følge opp Stortingsmeldingen «Leve hele livet». I kommunens fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) (s. 26-36) diskuteres de forskjellige innsatsområdene i Stortingsmeldingen. Det vises her også til utfordringer i Vennesla kommune samt til konkrete tiltak på de forskjellige innsatsområdene.

I kapittel 3.1 i [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) vises det til at

*Forebyggende arbeid rettet mot eldre med vekt på aktivitet, sosial deltakelse, bostedsplanlegging og ernæring blir et viktig tiltak for å møte den store økningen i eldrebefolkningen. Tiltak på disse områdene vil kunne være med å utsette og redusere hjelpebehov fra det offentlige. Vi vil arbeide for å være et aldersvennlig samfunn. Tiltak fra St.meld. «Leve hele livet» skal iverksettes i tjenestene våre.*

I kapittel 4 i nevnte plan vises det videre til at

*Meld. St. 15, Leve hele livet, er reformen som har som målsetning at alle eldre skal få nødvendig hjelp og støtte til å mestre livet. Det er et nasjonalt krav om at alle kommuner implementerer denne satsingen i sine politisk vedtatte planer, og konkretiserer hvordan vi vil innfri reformens målsetting. Meldingens hovedfokus er å skape ett aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene mtp.:*

- *Et aldersvennlig samfunn*
- *Aktivitet og felleskap*
- *Mat og måltider*
- *Helsehjelp*
- *Sammenheng og overganger i tjenestene.*

Vi gjengir også tabellen i nevnte *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040*, som oppsummerer Vennesla kommunes strategier for å nå målene på de overnevnte satsingsområdene i Stortingsmeldingen *Leve hele livet*:

MÅL	STRATEGIER FOR Å NÅ MÅLENE i «Leve hele livet»-SATSINGEN:
<i>Vennesla kommune er et aldersvennlig samfunn</i>	<p>Vi jobber tverrsektorielt med å legge til rette lokalsamfunnet slik at eldre kan delta aktivt med sin erfaring, kunnskap, tid og overskudd.</p> <p>Informasjon og ansvarliggjøring av eldre om planlegging av egen alderdom.</p> <p>Legge til rette for at eldre kan leve aktive og sosiale liv i lokalsamfunnet med universell utforming, transport og tilrettelagte boliger nær sentrumssonene i kommunen.</p> <p>Økt fokus på digital kompetanse hos eldre.</p>
<i>Eldre får tilbud om aktiviteter og gode opplevelser</i>	<p>Vi jobber målrettet sammen med samskappingskoordinator, frivilligheten og næringsliv for å tilrettelegge for aktivitet og fellesskap for eldre.</p> <p>God organisering av samarbeidet mellom helse og omsorg og frivilligheten.</p> <p>Aktivitet satt i system på sykehjem.</p> <p>Flere friske eldre som ressurs i eldreomsorgen.</p> <p>Flere møteplasser for eldre.</p>
<i>Eldre får gode måltidsøyeblikk og får redusert underernæring</i>	<p>Øke kunnskapsnivå blant ansatte om ernæring. Eldre med tjeneste fra kommunen blir kartlagt og det jobbes mot å redusere under- og feilernæring.</p> <p>Tettere samarbeid mellom Hovedkjøkken og avdelingene.</p> <p>Omdømmebygging i forhold til matfaget.</p> <p>Legge til rette for møteplasser der det er fokus på det gode måltidet.</p> <p>Samskape med næringsliv og frivillighet om temaet.</p> <p>Bruker- og pårørendeinvolvering i alle ledd</p>
<i>Eldre får nødvendig helsehjelp</i>	<p>Eldre får mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig og trygghet for å få hjelp når de trenger det.</p> <p>Demensomsorgen styrkes i takt med at demografien.</p> <p>Fokus på tidlig innsats, mestring og forebygging.</p> <p>Organisering av oppgaver i tjenestene.</p> <p>Vennesla (ved Venneslaheimen) deltar i kompetansenettverket «TØRN» med prosjektet «Rett kompetanse - på rett plass - til rett tid».</p> <p>Digitale og velferdsteknologiske løsninger lett tilgjengelig og integrert del av tjenesten</p>
<i>Eldre har trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet.</i>	<p>Styrke pårørendeomsorgen. Pårørende får tilbud om støtte og avlastning.</p> <p>Styrke samhandling internt mellom avdelinger og eksternt med spesialisthelsetjenesten for å bedre overganger.</p> <p>Samlokalisering av helse- og omsorgstjenester.</p> <p>Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles ved oppstart av tjenesten og i overgangene.</p>

### 3.2.3 Andre tiltak i Vennesla som skal bidra til venstreforskyving

#### i)

Pårørende kan også kontakte den såkalte [Venneslahjelpe](#) (dette tilbudet var operativt i januar 2024), som skal gi innbyggere i Vennesla verktøy for å mestre de vanskene den enkelte står i (eksempelvis utfordringer som pårørende, vanskelig livssituasjon, nedstemthet eller uro, foreldrerollen, rus/ avhengighetsproblematikk, vurdering av hjelpebehov eller aktivitetstilbud etc.).

Det må understrekes at *Venneslahjelpe* er et viktig virkemiddel ift. LEON-prinsippet og å dreie kommunens innsats mot de laveste trinnene i omsorgs-/innsatsstrappa («venstreforskyving»). I møte med revisjonen understrekte Vennesla kommune at *Venneslahjelpe* er et lavterskeltilbud som bidrar til mindre byråkrati og færre vedtak. Hensikten er å komme tidligere inn for å hjelpe slik at ikke problemer utvikler seg og hindre at brukere blir stående i langvarige vedtaksfestede tjenester.

#### ii)

Når det gjelder forebygging og helsekompetanse, så deltar Vennesla kommune også i en regional kampanje i Kristiansandsregionen rettet mot innbyggere som er 55 år og eldre, hvor temaet er å [planlegge for egen alderdom](#). Fokusområder her er helse, ernæring, trening / mosjon, bolig og trivsel.

#### iii)

Vi tar her også med at Vennesla kommune har en årlig [pårørendeskole](#), det vil si et tilbud til pårørende og nære venner av personer som er rammet av demens. Målet med pårørendeskolen er å

- Gi økt kunnskap om demenssykdommer
- Formidle innsikt i metoder for kommunikasjon og samhandling
- Økt kjennskap til rettigheter og aktuelle lover i sammenheng med demens
- Presentere hjelpeapparatet
- Støtte gjennom å møte andre pårørende i samme situasjon

#### iv)

Frivillighet vektlegges i *Leve hele livet*-satsingen, og vi tar her også med at Vennesla kommunes [Frivillighetsmelding 2022-27](#) har et kapittel med tittelen *Eldre og personer med demens*. Utgangspunktet for kapittelet er demografiutfordringene og svekket aldersbæreevne fremover, og det fokuseres spesielt på at andelen personer i de eldste aldersgruppene vil øke kraftig samt at risiko for kronisk sykdom, funksjonstap og demens øker ved stigende alder, jf. avsnitt 3.1.2 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten.

Det pekes så på at alle omsorgsoppgaver ikke kan løses av kommunens helse- og omsorgstjenester, og at involvering av pårørende og frivillige i tjenester kan være en løsning på utfordringer knyttet til bærekraft i møte med en aldrende befolkning. Det vises også til at det blir flere i gruppen 67–79 år de neste 20 årene samt at denne gruppen representerer en særlig viktig ressurs for rekruttering av frivillige til eldreomsorgen: mange nye pensjonister får bedre tid og muligheter til å bidra som frivillig når de slutter i jobb.

I *Leve hele livet*-reformen påpekes det at det ligger store muligheter i å engasjere flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område. Det anbefales i reformen at kommunen bør opprette en funksjon som samfunnskontakt, som kan være helse- og omsorgstjenestens bindeledd og koordinator mot nærmiljø, familie og pårørende, frivillige og andre i lokalsamfunnet. Det oppgis i Vennesla kommunes *Frivillighetsmelding 2022-27* at helse- og omsorgstjenesten i dag har et tett samarbeid med frivilligsentralene opp mot denne gruppen: Gjennom metoden «Aktive sammen», får personer med begynnende demens / kognitiv svikt, opprettholdt et sosialt nettverk og får bistand til å finne meningsfulle aktiviteter. Det vises til at nettverkskoordinator i frivilligsentralen er koordinator og på denne måten samfunnskontakten og bindeleddet mellom deltaker og pårørende, kommune, frivillige lag og foreninger. Kommunale kontaktpersoner melder behov for tilbudet gjennom digital løsning og deltar på første møte med deltaker.

Det pekes videre i Vennesla kommunes *Frivillighetsmelding 2022-27* på at kommunen også samarbeider direkte med flere lag og foreninger på ulike arenaer. Det er blant annet opprettet et tilskudd for lag og foreninger som ønsker å ha aktiviteter for personer med kognitiv svikt eller demens. Midler kan for eksempel brukes til en koordinator for aktiviteter, transport, måltider m.m.

Det understrekes samtidig i *Frivillighetsmelding 2022-27* at når det gjelder samarbeid opp mot personer med demens er det viktig at kommunen eier prosjekter og er ansvarlige: frivillige må få tett oppfølging og kompetanseheving, og samarbeidet må være på frivillighetens premisser.

Det er flere konkrete forslag i frivillighetsmeldingen til hvordan de overnevnte målsetningene kan nås.

### **3.2.4 Endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, 2024-2027 (Utkast til konseptplan)**

i)

Revisjonen har fått oversendt dokumentet *Endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, 2024-2027 (Utkast til konseptplan)*. Utgangspunktet for dokumentet er utfordringene som følger av de demografiske utfordringene, herunder svekket aldersbæreevne og flere eldre som vil trenge helse- og omsorgstjenester<sup>21</sup>. Innledningsvis understrekes det at

*Helseutfordringer og behov endres over tid, og kommunen må være i stand til å tilby passende behandling og omsorg for nye utfordringer. Ny teknologi kan gi muligheter for mer effektive tjenester og bedre brukeropplevelse. For å dra nytte av disse mulig-*

---

<sup>21</sup> I dokumentet understrekes det også at «i tillegg ser vi en økning i behovene blant yngre brukere av helse- og omsorgstjenester. Dette kan skyldes en rekke faktorer, inkludert økende forekomst av psykiske helseproblemer blant unge, samt behovene til personer med ulike funksjonsnedsettelse, kroniske sykdommer og alvorlige skader. Økningen i behov for helsehjelp også hos yngre legger ytterligere press på kommunen for å tilpasse våre tjenester og ressurser på en ny måte, og gjøre flere tydelige prioriteringer i tiden som kommer.»

*hetene må kommunen omstille seg og istandsettes for å kunne ta i bruk nye teknologiske løsninger som gir gevinster.*

*Økonomiske begrensninger er en vesentlig faktor som påvirker behovet for omstilling innen helse og omsorg. Den økonomiske virkeligheten viser at vi må igangsette tiltak for å effektivisere tjenestene, dette for å sikre kvaliteten på tjenesten og sikre kompetente medarbeidere. Samtidig er det viktig å balansere behovet for kostnadseffektivitet med målet om å opprettholde høy kvalitet på helse og omsorgstjenestene. Dette innebærer å finne en balanse mellom å kutte kostnader og samtidig sikre at brukere får den omsorgen og behandlingen de trenger.*

*Kommunen forventer at innbyggere er bevisste på å ta gode valg for eget liv og tar ansvar for egen helse i størst mulig grad. Samtidig må kommunen sikre at vi også i fremtiden evner å gi sammenhengende og tilpassede tjenester til den enkelte, og at innbyggerne er involvert i beslutninger. Derfor er det viktig at vi endrer oss i takt med endrede rammebetingelser (flere eldre, og relativt færre i arbeidsstokken), nye behov og forventninger, og legger til rette for at innbyggerne kan ta gode valg og ta vare på egen helse.*

*Samlet sett krevere disse faktorene en omstilling innenfor helse og omsorg for å sikre at tjenestene er effektive, bærekraftige og med tilfredsstillende kvalitet.*

I dokumentet vises det så til at den økonomiske situasjonen for *Helse og omsorg* i Vennesla kommune er krevende, og det er enighet om at det videre omstilling- og effektiviseringsarbeidet innenfor *Helse og omsorg* må sees på tvers av enhetene og jobbes med samlet. Det vises i dokumentet til at følgende temaer har kommet opp som mulige områder sektoren kan tenke seg å se nærmere på knyttet til effektivisering / innsparingsmuligheter:

- Veivalg – hva skal helse og omsorg jobbe med?
- Tjenestekriterier
- Arbeidstidsordninger
- Natt-tjenesten – ambulerende team natt med flere digitale tilsyn
- Fra døgndrift til flere ambulante team
- Matombringing
- Trygghetspatrulje fra legevakt/legetjenesten
- Reduksjon av antall langtidsplasser
- Overtilsetting bemanningskontor
- Økonomisk nedtrekk må ta høyde for tjenester som har en inntektsside
- Redusere sykefravær
- Mer bruk av frivillige i tjenestene
- Øke antall lavterskeltilbud
- Rekruttering

Når det gjelder valgte områder for videre omstillingsprosess i perioden 2024-2027, så fremgår det av dokumentet at ledergruppen i samarbeid med HTV og verneombudet landet på at man ønsker å jobbe videre med fem av disse områdene i inneværende økonomiplanperiode, med formål om å gjøre omstillinger / endringer som gir en bedre tilpasset drift og mulighet for økonomiske besparelser:

1. Omgjøring fra døgndrift til ambulerende team
2. Tjenestekriterier/omprioritering av stillinger / nøkkelfunksjoner
3. Alternative arbeidstidsordninger
4. Natt-tjenesten i kommunen
5. Sykehjem og dagsenterdrift

I planen utdypes de 5 områdene på følgende måte:

### 1. Omgjøring fra døgndrift til ambulerende team:

Vurdere omgjøring av enkelte døgndriftsavdelinger innen enhet for *Livsmestring*.

Vurdere mer hensiktsmessig sammensetning av brukere for bedre tilgjengelige fagressurser.

#### *Gevinster:*

- Redusert behov for personell
- Bedre utnyttelse av kompetanse
- Bedre kvalitet i tjenesten

I møte med revisjonen forklarte Vennesla kommune at det jobbes med endring av strukturer i rus / psykisk helse, med overgang fra døgnbemannede boliger til mer ambulerende tjenester og felles base der målet er mer fleksibel ressursbruk, flere lavterskeltilbud, økonomiske besparelser og bedre utnyttelse av kompetanse.

### 2. Tjenestekriterier / omprioritering av stillinger:

Utarbeide tjenestekriterier for de enkelte tjenesteområdene i kommunen innen HO. Avklare hva som kan forventes av innbyggerne selv og hva som kommunen skal satse på fremover. Se på mulighet for omprioritering av enkelte nøkkelfunksjoner

#### *Gevinster:*

- Bruker ressursene mer hensiktsmessig
- Utforme bærekraftige tjenester
- Redusert tjenestenivå
- Mer bruk av velferdsteknologi
- Oppgaveglidning

### 3. Arbeidstidsordninger<sup>22</sup>:

Skape mer robuste turnuser. Utrede mulighetene for langvakter og kalenderturnus for alle døgndriftsenheter. Vurdere større/felles turnuser innenfor habiliteringstjeneste.

---

<sup>22</sup> Revisjonen har fått oversendt mandat for *Arbeidspakke 3 – Omstilling - Prosjekt Arbeidstidsordninger 2024-2026*. Her er utgangspunktet at «På strategisamlingen i helse og omsorg, januar 2024, presenterte Birkenes kommune deres TØRN prosjekt hvor de innførte kalenderturnus og langvakter ved Birkenes sykehjem. Deres erfaringer viste at prosjektet førte til redusert antall ledige helgestillinger og økt heltid, og økt kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Grunnet utfordringer i helse/omsorg med en høy andel ledige helgestillinger og en stagnert heltidsutvikling er det ønskelig å prøve ut tilsvarende ordning i Vennesla kommune».

**Gevinster:**

- Ansatte får mer påvirkning på egen arbeidstid
- Bedre inndekning av helgestilling
- Avlastning for ledere
- Effektivisering
- Større robusthet ved sykefravær
- Kvalitet på tjenesten

**4. Natt-tjenesten i kommunen:**

Analysere hele kommunens natttjeneste. Hente inn erfaringer fra andre kommuner. Vurdere mulighet for mer bruk av digitale tilsyn, og ambulerende natt-team.

**Gevinster:**

- Omprioritering av stillinger
- Mer robust tjeneste, mindre sårbarhet
- Høyere kvalitet
- Mindre nattarbeid på ansatte

**5. Sykehjem og dagsenterdrift:**

Vurdere alternativ bruk av lokaler på VOMS. Se på samlet areal og arealbehov som kan dekke vårt behov på kort og lang sikt. Vurdere antallet langtidsplasser opp mot behov for flere korttidsplasser. Se på muligheter for lokaler for dagsenterdrift med nytt blikk

**Gevinster:**

- Mer effektiv bruk av lokaler
- Effektiv utnyttelse av langtidsplasser
- Flere korttidsplasser
- Mer differensiert dagsentertilbud

Det understrekes avslutningsvis dokumentet *Endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, 2024-2027 (Utkast til konseptplan)* at det vil være flere interesser med ulike roller og interesser som må tas hensyn til for å sikre vellykket gjennomføring og implementering eventuelle endringer, herunder

- a) Brukere og pårørende
- b) Rådet for funksjonshemmede og eldrerådet
- c) Helsepersonell og tillitsvalgte/verneombud
- d) Kommunens ledelse
- e) Politikere
- f) SSHF og nabokommunene

**ii)**

Det er demografiutfordringene (og ikke problematikk knyttet til funksjonsnedsettelse) som er tema i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Revisjonen har spurt Vennesla kommune om hvordan og helse- og omsorgstjenesten samarbeider med elderrådet, og hvordan rådet involveres og medvirker i utvikling av planer, tjenester og beslutninger som berører eldre innbyggere.

Kommunen har i sitt svar vist til at:

- Eldrerådet er en lovpålagt funksjon og skal sikre at representanter for de eldre medvirker i alle saker som berører eldre.
- Kommunen oppgir at den har et tett og godt samarbeid med elderrådet, som har deltatt i arbeidsgrupper knyttet til blant annet helse- og omsorgsplanen, mulighetsstudier for bolig, demensvennlige tiltak og andre utviklingsprosesser.
- Eldrerådet inviterer representanter fra helse og omsorg til møter for informasjon og dialog.
- Eldrerådet har en rådgivende rolle og fungerer også som høringsinstans og får oversendt planer og saker før politisk behandling. Innspillene fra elderrådet tas med i den videre saksbehandlingen.

### **3.2.5 Omstilling i helse og omsorg- arbeidspakke 2 - Tjenestekriterier**

Høsten 2025 ble saken [Omstilling i helse og omsorg- arbeidspakke 2- Tjenestekriterier](#) behandlet i Formannskapet og Kommunestyret i Vennesla. Dokumentet *Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester* (vedlagt i saken) omfatter kriterier for en rekke tjenester, fra lavterskeltilbud og trygghetsalarm til heldøgns omsorg og langtidsopphold i institusjon. Det tydeliggjør også kommunens forventninger til innbyggerne, blant annet om egeninnsats, bruk av teknologi og planlegging for egen alderdom.

I saksframlegget kan man lese at

*Vennesla kommune jobber med omstilling i helse- og omsorgstjenestene for å sikre bærekraftig drift, god kvalitet og forutsigbarhet for innbyggerne. Arbeidspakke 2 handler om å utarbeide veiledende tjenestekriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Formålet er å sikre likebehandling, rettssikkerhet og tydelig forventningsavklaring, samtidig som kommunen utnytter ressursene best mulig.*

*Forslaget til tjenestekriterier bygger på gjeldende lovverk, nasjonale føringer og kommunens retningslinjer. Dokumentet skal være et praktisk verktøy for saksbehandlere og bidra til at innbyggerne får oversikt over hvilke tjenester kommunen tilbyr, og hvilke kriterier som gjelder for tildeling.*

Med henvisning til demografiutfordringene understrekes det i saksframlegget at Vennesla kommune må tilpasse helse- og omsorgstjenestene til nye krav og behov:

*Tjenestene skal være tilgjengelige, ha god kvalitet og være bærekraftige. Samtidig står kommunen overfor strammere økonomiske rammer og en demografisk utvikling med flere eldre og flere med sammensatte behov. Dette gir økt press på ressursene og behov for tydelige prioriteringer.*

Det oppgis at for å møte disse utfordringene, ble det i 2024 igangsatt et større omstillingsarbeid i Vennesla kommune med flere arbeidspakker. *Arbeidspakke 2* har hatt som mål å utvikle tjenestekriterier for helse- og omsorgstjenestene i Vennesla kommune<sup>23</sup>. Kriteriene skal:

- *Sikre likebehandling og rettssikkerhet ved tildeling av tjenester.*
- *Skape forutsigbarhet for innbyggerne om hva de kan forvente av kommunen – og hva kommunen forventer av dem.*
- *Bidra til effektiv ressursutnyttelse og prioritering i tråd med nasjonale føringer.*
- *Understøtte prinsippene om forebygging, mestring og bruk av teknologi.*

Det understrekes i dokumentet som gjennomgår tjenestekriteriene at

*Helseteknologi er førstevalget for levering av tjenester. Det skal alltid gjøres en konkret og skjønnsmessig vurdering av om helseteknologi er en hensiktsmessig måte å levere tjenester på.*

### **3.3 (P3) Innføring og bruk av velferdsteknologi i Vennesla kommune**

Økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester fremover krever innovasjon og utnyttelse av digitale og velferdsteknologiske løsninger i kommunene. Vi spør derfor i problemstilling 3 (P3) om i hvilken grad Vennesla kommune jobber med å ta i bruk velferdsteknologi og digitale tjenester i sine helse- og omsorgstjenester?

#### **3.3.1 Velferdsteknologi i Vennesla kommunes planer**

Velferdsteknologi nevnes flere steder i Vennesla kommunes planer:

i)

I Vennesla kommunes fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) vises det ifm. tilbud på omsorgstrappens Trinn 1 «Jeg klarer med ganske godt selv» – Forebyggende tiltak til at

*Velferdsteknologi – legger vekt på å bli selvstendig og uavhengig. Eksempler på velferdsteknologi er trygghetsalarmer, robotstøvsuger, GPS sporing, medisindispenser, hukommelseshjelpemidler osv*

Ifm. Trinn 2 «Jeg har behov for litt hjelp» - Egen bolig med hjemmetjeneste er ett punkt

<sup>23</sup> Det understrekes i saksframlegget at tjenestekriteriene er veiledende og skal ikke erstatte faglig skjønn. Snarere skal de bidra til en mer enhetlig praksis og redusere gapet mellom innbyggernes forventninger og kommunens tjenestenivå. De skal være et praktisk verktøy for saksbehandlere og et informasjonsgrunnlag for innbyggerne.

*Omsorgsteknologi - velferdsteknologi - trygghetsalarmer / trygghetspakker*

Det pekes senere i planen på at kommunen kan tilrettelegge for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig ved å gi flere tjenester i hjemmet og ved å ta i bruk trygghetsskapende teknologi. Det vises også til at velferdsteknologi og digitalisering vil gjøre at flere kan klare seg med mindre hjelp fra det offentlige.

Vi gjengir også et avsnitt i fagplanen som diskuterer velferdsteknologi:

*Tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi*

*Med andelen eldre som øker kraftig i årene fremover, vil det bli færre hender og ansatte som skal hjelpe flere. Det er en nødvendighet å tenke nytt og innovere. Velferdsteknologi skal i større grad tas i bruk for å løse oppgaver. Velferdsteknologi skal bli en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det innbefatter trygghetsskapende teknologi, mestringsteknologier og utrednings- og behandlingsteknologier.*

*Innovasjon i helse og omsorgssektoren betyr ny praksis, en ny tjeneste eller en ny samarbeidsform som gjør en forskjell. Dette kan være i form av bedre helse for brukerne, bedre kvalitet i tjenesten, økt effektivitet og redusert behov for personell. Arbeidet med velferdsteknologi er innovasjon fordi ny teknologi tas i bruk i arbeidsprosesser som er nye for kommunen eller ulike avdelinger. Innovasjonen er nyttig for de som mottar tjenesten (brukere og pårørende), dem som jobber i tjenesten (ansatte og ledere), og dem som betaler for tjenesten (kommunen).*

*Det å ta i bruk stadig mer velferdsteknologi er ikke en liten endring, det er en gjennomgripende endring og ofte en omveltning av den måten vi er vant til å jobbe på. Her er det behov for endringsledelse som kan innebære endringer i struktur, kultur, verdier, kompetansebase, ledergrupper, arbeidsprosesser, samhandlingsmønstre, systemer, arbeidsmetoder, samt endring av individers kompetanse, holdninger og atferd.*

Videre er velferdsteknologi blant tiltakene det vises til i fagplanens kapittel 5, som handler om oppfølgingen av Stortingsmeldingen *Leve hele livet*:

<b>Tiltak</b>	<b>Status</b>	<b>Fremdrift</b>
<i>Velferdsteknologi-pågående satsning</i>	Deltatt i nasjonalt velferdsteknologiprogram over flere år. Implementering av ny teknologi skal bidra til å understøtte målene om egenmestring.	Pågående deltakelse i innovasjonspartnerskap Agder. Felles anskaffelse. Velferdsteknologi som en integrert del av tjenesten.

Man kan også lese i fagplanens kapittel 5.3 om satsingsområdet *Helsehjelp* i Stortingsmelding *Leve hele livet* at

*Økt press på tjenester krever innovasjon og utnyttelse av digitale og velferdsteknologiske løsninger. Vennesla kommune jobber med å utvikle og implementere velferdsteknologi, ut fra føringer i nasjonalt velferdsteknologiprogram. En forutsetning for bære-*

*kraftig digital utvikling er tilstrekkelig digital infrastruktur, blant annet for å få til videreutvikling av velferdsteknologi.*

*Ny teknologi gir økt selvstendighet, livsmestring og gjør det lettere å holde kontakten med venner og familie. Nye løsninger fører til mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene. Det kan også redusere behovet for transport, for eksempel for hjemmetjenesten.*

## ii)

I [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) vises det også flere steder til velferdsteknologi, og hovedavsnittet om tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi i fagplanen som vi har gjengitt over, inngår også som et avsnitt i denne planen.

Vi tar med at det i *Plan for Helse- og omsorgstjenesten* understrekes følgende:

### Ledelse og lederstøtte

*For å sikre fortsatt gode tjenester med relativt færre ansatte, og økning i behov for helse- og omsorgstjenester, kreves det en radikal endring i måten vi jobber på. Vi må gjøre organisasjonen i stand til å jobbe på en helt ny måte. Vi snakker om en digital transformasjon. Det betyr en radikal endring som vil omfatte hele kommunen. Digital transformasjon er helt nødvendig for å møte utfordringene. Det er lett å tenke at dette handler om innføring av teknologi, men det handler mest om ledelse, kompetanse og kultur.*

## iii)

I Vennesla kommunes [Årsrapport 2024](#) vises det til at

*Ved å ta i bruk velferdsteknologi, f.eks. sensor- og styringsteknologi, i større grad, kan brukerne trygges og skjermes i større grad og de ansatte får bedre oversikt og kan bruke tid mer effektivt der det er behov. For å legge til rette for økt bruk av dette er det installert Wifi i Sentrumsveien 34. Det er også tatt i bruk eLås på en avdeling i Venneslaheimen.*

*[...] Det er etablert et program for såkalte endringsagenter i helse, der representanter fra de ulike områdene skal være pådrivere og katalysatorer for digital utvikling i samarbeid med Innovasjon og tjenesteutvikling.*

## iv)

Vi så i avsnitt 2.1.5 at KS tilbyr en såkalt [helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi](#), som er et verktøy i arbeidet med å implementere velferdsteknologi og sikre varig drift i kommunene. Modellen gir oversikt over en rekke oppgaver og ansvarsområder som må ivaretas dersom velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestene til innbyggerne i kommunen.

Vennesla kommune oppgir at man tar utgangspunkt i modellen i arbeidet med å implementere velferdsteknologi, og revisjonen har fått oversendt følgende oversikt når det gjelder fordelingen i Vennesla kommune av ansvaret for de forskjellige oppgavene:



v)

Vennesla kommune har også styringsdokumentet *E-helse i Vennesla kommune 2024-2027* fra 2024. Dette styringsdokumentet tar utgangspunkt i KS-dokumentet [Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet](#), og her understrekes det at

*Det er bred enighet i helse- og omsorgssektoren om at digitalisering og smart bruk av teknologi er sentrale virkemidler for å få tilstrekkelig kapasitet og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten i møte med de demografiske utfordringene.*

Med utgangspunkt i KS' ambisjoner for e-helseområdet har Vennesla kommune i styringsdokumentet utarbeidet følgende delmål som skal være grunnlag for måloppnåelse:

- *Breiding av velferdsteknologi (Trygghetsskapende teknologi, pasientvarslingsanlegg, elektronisk medisineringsstøtte og lokaliseringsteknologi)*
- *Breiding av bruk av kjernejournal*
- *Digital kompetanseheving helsepersonell*
- *Digital hjemmeoppfølging*
- *Ta i bruk innbyggertjenester fra Norsk helsenett (DigiHelse og DigiHelsestasjon)*
- *Forberedelse for overgang til nytt, skybasert pasientjournalssystem*

vi)

I 2024 gjennomførte Vennesla kommune et prosjekt innenfor helse og omsorg med tittelen *Innføring av endringsagenter (EA)*.

Utgangspunktet for prosjektet var at organisasjonsseksjonen våren 2024 gjennomførte en workshop i designdrevet innovasjon. Der ble det arbeidet med følgende problemstilling: «Hvordan kan vi sammen øke IKT kompetansen i helse og omsorg». Der

kom det frem at ansatte i helse selv ønsker et nettverk av «superbrukere», som kan hjelpe med opplæring og bistå med IKT utfordringer.

Utgangspunktet for prosjektet var blant annet at

*I den digitale omstillingen handler det om å sette organisasjonen i stand til å utnytte ny teknologi. Nye måter å jobbe på krever kompetanse på omstilling og endring. Stadig økte krav til digitale ferdigheter hos den enkelte og krav til digital spisskompetanse hos noen. Vi trenger økt og ny kompetanse for å levere tjenester og oppgaver på nye og bedre måter med store krav til omstilling og livslang læring. Det er derfor viktig å legge til rette for kontinuerlig og systematisk kompetanseheving på alle nivå i organisasjonen.*

#### vii)

i 2025 gjennomførte Vennesla kommune prosjektet *Digitale Sammen*. Målet var å øke digital kompetanse og inkludering blant innbyggerne i Vennesla kommune.

Prosjektet bygde på en modell fra Evje og Hornnes kommune, hvor målet er å skape en bærekraftig digital veiledningsordning som inkluderer lavterskeltilbud for innbyggerne. Tilbudet omfattet én-til-én veiledning, temakurs og utlånsordning av digitale enheter.

Bakgrunn for prosjektet var at digitaliseringen av samfunnet går raskt, og mange innbyggere opplever utfordringer med å følge med på utviklingen. Prosjektet skal sikre at alle innbyggere, uavhengig av alder, bakgrunn og økonomi, får muligheten til å mestre digitale tjenester og delta i samfunnet på lik linje.

Prosjektet adresserer følgende utfordringer:

- Digitalt utenforskap blant eldre og lavinntektsfamilier og andre dette treffer.
- Behov for økt digital kompetanse i kommunen.
- Tilgang til digitale enheter for de som ikke har mulighet til å kjøpe egne.

Det oppgis at det er et mål å sikre at tilbudet videreføres etter prosjektperioden.

### 3.3.2 Møte med Vennesla kommune om velferdsteknologi

Revisjonen har hatt møte med Vennesla kommune hvor temaet var velferdsteknologi. Kommunen pekte her på at Agder ligger langt fremme på e-helsefeltet nasjonalt, mye takket være tett regionalt samarbeid mellom kommunene. Erfaringer, maler, ROS-analyser og personvernutredninger deles bredt.

KS tilbyr videre et felles nasjonalt innføringsløp for e-helse og helseteknologi som kommunene kan delta i. Vennesla oppgir at kommunen følger de nasjonale innføringsløpene og KS sin helhetlige tjenestemodell jf. avsnitt 3.3.1 (punkt iv) over. Vi har også sett i avsnitt 3.2.4 at kommunen ifm. innføringen av *Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester* understreker at

*Helseteknologi er førstevalget for levering av tjenester. Det skal alltid gjøres en konkret og skjønnsmessig vurdering av om helseteknologi er en hensiktsmessig måte å levere tjenester på.*

Konkret ble det i møtet vist til følgende:

**i)**

Vennesla kommune har etablert en kjernegruppe for e-helse som koordinerer og prioriterer arbeidet med digitalisering og velferdsteknologi. Gruppen består av representanter fra helse- og omsorgstjenesten og innovasjon og tjenesteutvikling.

Kjernegruppen møtes annenhver måned og skal bidra til å sikre helhetlig styring, forankring og fremdrift i e-helsearbeidet. Gruppen bidrar inn i prosjekter, vurderer risiko og gevinst, og sørger for opplæring, implementering og involvering av interessenter.

Gruppen understøtter målet om at teknologi skal vurderes først når det gir en trygg og faglig forsvarlig løsning. Grappa jobber med utgangspunkt i vedtatt styringsdokument for e-helse i kommunen som viser årlige prioriteringer og satsinger, jf. avsnitt 3.3.1 (punkt v) over.

Når det gjelder øvrig organisering, så ble det vist til at man har

- egen systemansvarlig for journalsystemet Profil
- ergoterapeut som dedikert ressurs til velferdsteknologi
- e-læringskurs for alle ansatte. Dossier kompetanseportal brukes aktivt
- superbrukere / endringsagenter i alle avdelinger

**ii)**

Når det gjelder informasjon og medvirkning, så opplyste kommunen at i arbeidet i Vennesla med innføring av e-helse og velferdsteknologi, er det en tett dialog og involvering av brukere og pårørende fra tidlig fase og gjennom hele prosessen. Dersom en bruker ikke kan samtykke, vurderer kommunen om tiltaket kan gjennomføres etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Det ble vist til at loven åpner for nødvendige tiltak når det er forsvarlig og til brukerens beste. Dersom tiltaket kan innebære tvang, kreves særskilt vurdering, dokumentasjon og vedtak. Kommunen oppgir at målet er alltid å sikre trygghet, god forståelse og forankring av endringer i tjenestetilbudet.

Kommunen viste også til at man i Vennesla har jobbet bredt med informasjon til innbyggere, politikere og ansatte for å forklare hvorfor digitalisering og velferdsteknologi er nødvendig for å sikre bærekraftige tjenester. Budskapet er formidlet gjennom informasjon, kronikker og ulike kommunikasjonskanaler.

Videre er det opprettet et samarbeid med videregående skole og etablert et visningsrom for velferdsteknologi. Kommunen viser frem ulike løsninger som er på markedet. Elever og innbyggere kan se og prøve ut løsninger. Årlig arrangeres også en seniordag i Vennesla hvor enkelte leverandører blir invitert for å vise fram teknologi innbyggere kan skaffe privat.

**iii)**

Vennesla kommune pilottester Qumea radarteknologi, som registrerer bevegelser anonymt og varsler ved fall eller uro. Teknologien oppgis å være særlig nyttig om natten, fordi ansatte kan følge med uten å gå inn på rommet og forstyrre beboere. Kommunen tester løsningen på vegne av Agder, og pårørende involveres i innføringen. Siden teknologien ikke bruker lyd eller bilde, *utløser den ikke krav om tvangsvedtak*. Kommunen oppgir at denne radarteknologien rulles ut til flere aktuelle avdelinger fremover.

**iv)**

Det ble vist til at Vennesla kommune er pilotkommune for digital hjemmesykepleie med oppstart i nærmeste fremtid. Ordningen innebærer skjermbasert oppfølging av hjemmeboende brukere, for eksempel ved medisinerings som insulin. Tjenesten gjør det mulig å *gi trygg, faglig støtte uten fysisk oppmøte*, noe som reduserer reisetid, frigjør ressurser og gir brukerne større fleksibilitet og bedre mestring i hverdagen. Aktuelle brukere blir vurdert ut fra helsetilstand og om de er i stand til å nyttiggjøre seg av tilbudet.

**v)**

Kommunen har innført nytt digitalt pasientvarslingsanlegg på det ene sykehjemmet og er nå i gang med implementeringen på det andre. Anlegget består av moderne sensorer og trygghetsvarsling som gir ansatte rask og presis informasjon når en beboer trenger hjelp. Systemet gir kun tilgang til beboerens eget rom, ikke andre beboeres rom, og all aktivitet loggføres. Dette øker ifølge kommunen trygghet, forbedrer arbeidsflyt og sikrer at beboerne får hjelp raskt og på en forutsigbar måte.

**vi)**

Ifm. rehabilitering og hjemmetrening bruker rehabiliteringstjenesten i dag digitale treningsprogrammer for de brukerne som kan nyttiggjøre seg av teknologien. Brukerne følges opp via treningsprogram på nettbrett. De kan trene på tilpassede øvelser i eget tempo, samtidig som fagpersoner i rehabiliteringstjenesten følger utviklingen og justerer programmet ved behov. Dette gjør det mulig at tjenesten kan ha faglig oppfølging uten at brukeren alltid må møte fysisk. Dette frigjør tid for tjenesten og gir brukerne større fleksibilitet og bedre kontinuitet i treningen.

Når det gjelder øvrige teknologiske løsninger, så ble det i møtet vist til følgende eksempler:

**vii)**

Digitale trygghetsalarmer er moderne varslingssystemer som gir brukere mulighet til å tilkalle hjelp ved behov, for eksempel ved fall eller akutte situasjoner. I Vennesla kommune er alle digitale trygghetsalarmer koblet opp mot Responssenteret i Kristiansand. Når alarmen utløses, går signalet direkte til responscenteret, hvor operatører vurderer situasjonen og tar kontakt med brukeren via en innebygd høyttaler i alarmenheten. Dersom det er behov for fysisk hjelp, varsler responscenteret hjemmetjenesten eller andre nødetater.

**viii)**

Kommunen benytter elektroniske medisindispensere som varsler brukeren når det er tid for å ta medisinen, og gir beskjed til hjemmetjenesten dersom dosen ikke tas. Dette bidrar til tryggere medisinbehandling, økt egenmestring for brukeren og færre nødvendige hjemmebesøk.

**ix)**

GPS-teknologi gjør det mulig å spore posisjonen til en person via en klokke med innebygd GPS. Dette kan gi ekstra trygghet for personer med demens eller andre som har risiko for å gå seg bort. I Vennesla kommune har vi GPS-klokker til utlån, slik at brukere og pårørende kan teste løsningen før de eventuelt kjøper selv. Vennesla kommune har valgt å ikke inkludere GPS som en fast del av trygghetspakken, da det viser seg at dette kan bli utfordrende når det gjelder ansvarsforhold dersom en person forsvinner.

**x)**

Komp-skjermer er enkle, brukervennlige videoskjermer som gjør det mulig for personer med begrenset digital kompetanse å ha kontakt med familie og venner. Skjermen er enkel i bruk og samtaler og bilder kan sendes direkte fra pårørendes mobil. Vennesla kommune tilbyr Komp-skjermer til utlån for å styrke sosial kontakt og forebygge ensomhet. Dette gir brukere og pårørende mulighet til å teste løsningen før eventuell egen anskaffelse.

**xi)**

Når det gjelder kultur og organisasjon, så ble det avslutningsvis pekt på at innføring av velferdsteknologi og e-helse i stor grad handler om organisasjon og mennesker – «anlagsvis 80 % organisasjon og 20 % teknologi». Og det er ikke teknologien i seg selv som skaper gevinstene, men hvordan den tas i bruk i tjenestene. Vennesla kommune oppgir at man har fokus på kultur, kompetanse og eierskap hos både ledere, tillitsvalgte og ansatte, og at kommunen jobber med å identifisere, følge opp og hente ut gevinster som gir bedre tjenester, økt kvalitet, trygghet for brukerne og mer effektiv ressursbruk.

**xii)**

I gjennomgangen av dette forvaltningsrevisjonsprosjektets problemstillinger, jf. avsnitt 1.3.3, viste vi til at Helsedirektoratet publiserte en [rapport våren 2025](#) hvor det ble understreket at «velferdsteknologi kan gjøre tjenestene bedre, men kan også gi falsk trygghet». Helsedirektoratet advarer i rapporten om at

*Risiko for at uønskede hendelser kan skje er stor dersom ansatte mangler kunnskap om bruk av velferdsteknologien eller dersom man ikke følger med på om løsningen som er valgt passer for pasienten.*

I møte med Vennesla kommune spurte vi hva kommunen gjør for å redusere ovennevnte risikoer. Vennesla svarer at

- Kommunen har etablerte rutiner for vurdering, opplæring<sup>24</sup> og testing av velferdsteknologiske løsninger, og følger opp brukere dersom teknologien ikke fungerer som forventet.
- Trygghetsalarmene er knyttet til Responssenteret i Kristiansand, som mottar alle alarmer og varsler hjemmetjenesten ved reelle hendelser. Dette sikrer rask og riktig oppfølging. Trygghetsalarm tilbys som en servicefunksjon for alle innbyggere over 75 år, uavhengig av helseutfordringer, for å gi økt trygghet for dem som ønsker det. Ellers kan andre søke om alarm som en helsetjeneste. Kommunen vurderer samtidig behovet for andre tjenester dersom brukeren ikke mestrer alarmen eller har behov for mer omfattende oppfølging.
- Kommunen vektlegger også bruk av data i tjenesteutviklingen. Med løsninger som for eksempel radarteknologi, får tjenesten verdifull informasjon om aktivitet og uro, og ledere kan bruke disse dataene aktivt til å justere bemanning, forbedre arbeidsprosesser og sikre mer målrettede og trygge tjenester.

### **3.4 (P4) Rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell**

Vi har sett at Vennesla kommune i [Budsjett og økonomiplan 2026-2029](#) selv understreker at demografiske utfordringer, med en større andel eldre og en lavere andel i yrkesaktiv alder (svekket aldersbæreevne), vil utfordre kommunen når det gjelder rekruttering av arbeidskraft.

I problemstilling 4 (P4) spør vi i så måte i hvilken grad Vennesla kommune jobber aktivt med utfordringene når det gjelder mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer?

#### **3.4.1 Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040**

I Vennesla kommunes fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) vises det i innledningskapittelet, som tar for seg nasjonale og lokale føringer, til et kunnskapsgrunnlag utarbeidet av KS («Kompetanseplan – mot 2025»):

*Ifølge beregninger som legges til grunn i KS kompetanseplan mot 2025 vil norske kommuner måtte forvente stor utskiftning grunnet ansatte som går av med pensjon. 1/3 av ansatte i helsetjenestene er over 55 år i dag. Det betyr at vi de neste syv årene må forvente en betydelig turnover, i tillegg til det økte behovet vi vil få for flere antall årsverk knyttet til eldreomsorgen. Kommunen må forberede seg på å kunne erstatte 33 % av dagens ansatte fram mot 2030 for å holde dagens nivå. I tillegg må vi forvente økt turnover ved at folk bytter jobb, siden etterspørselen er så stor. I tillegg øker behovet for årsverk i helse og omsorg i Vennesla med 80 innen 2030 og ytterligere 80 årsverk den neste tiårsperioden.*

---

<sup>24</sup> Kommunen svarer også nærmere på spørsmålet om opplæring av ansatte i kapittel 3.5 under, hvor spørsmålet om hvordan Vennesla kommune vil kunne ivareta kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene når tjenestene endres i årene som kommer, diskuteres.

*Vi vet at eldreomsorgen i dag har færre søkere enn øvrige helse og omsorgstjenester og derfor må vi forberede oss på at vi ikke vil kunne løse bemanningsbehovet med tilstrekkelig kompetente ansatte. Dermed må vi se på andre muligheter for å*

- *kompetanseheve andre yrkesgrupper,*
- *inkludere flere utenfor ordinært arbeidsliv inn i eldreomsorgen, og*
- *få til et tettere samarbeid med pårørende og frivillige.*

Det pekes deretter på at anbefalingene til KS handler om å i) utnytte mulighetene som ligger i teknologi, tjenesteutvikling og kompetansen hos de ansatte og pasientene / brukerne; ii) økt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid; iii) innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede pasient- og brukerbehov; iv) ta i bruk samfunnets totale ressurser på nye og bedre måte. For å kunne legge til rette for dette vil det ifølge fagplanen blant annet kreves større ledertetthet og økte stillingsbrøker.

Fagplanens kapittel 6 har tittelen «*Rekruttere, beholde og inkludere*». Det understrekes her at

*Til tross for en økning i antall årsverk innenfor helse- og omsorgstjenestene fra 2015 til 2019, har det i samme periode vært en sterk økning i mangelen på relevant arbeidskraft i sektoren. Helsesektoren har vært den næringen som har rapportert om både størst mangel på arbeidskraft og rekrutteringsproblemer. I 2020 oppga 36 prosent av virksomhetene innen helse- og sosialtjenesten at rekrutteringsproblemene hadde ført til at de enten ikke hadde fått ansatt eller måttet ansette noen med en annen kompetanse enn hva man søkte etter.*

*Mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere beskrives som mest prekær. Til tross for at antall årsverk har økt de siste årene, tyder det stadig økende gapet mellom etterspurte og tilgjengelige årsverk på at behovet øker raskere. Mangelen på personell og kompetanse forsterkes av det høye sykefraværet i helsesektoren i tillegg til utfordringer med å beholde ansatte.*

*Analysen tyder på at når kompetansen til de sysselsatte i kommunen øker, trenger kommunen færre årsverk for å dekke innbyggernes behov. Vi finner at kommuner som økte kompetansen mer i perioden, trengte å øke antall årsverk mindre. Selv om disse resultatene må tolkes med forsiktighet, indikerer dette at kompetanseheving er et viktig tiltak for å møte utfordringen knyttet til det høye antallet helse- og omsorgsansatte vi vil trenge fremover.*

Påfølgende figur i fagplanen viser at *Vennesla kommunes behov for ansatte i institusjoner og hjemmetjeneste øker fra 353 personer i 2019 til 514 personer i 2040*<sup>25</sup>.

På side 38 og 39 i fagplanen er det også to interessante tabell som oppsummerer «viktige faktorer for å rekruttere og beholde helsepersonell» og «hva som kan/bør gjøres for å inkludere flere personer utenfor arbeidslivet inn i tjenesten?». Innspillene kom i en utvidet strategisamling med ledere, frivillighet, kommunale råd og seksjon for samfunn og miljø i Vennesla kommune våren 2022. Vi tar ikke med disse tabellene

<sup>25</sup> Det må her antas at det legges til grunn at dagens innretning av tjenestene videreføres.

her, men viser i stedet til den oppdaterte tabellen fra 2025 for status når det gjelder oppfølgingen av rekrutteringsstrategiene i *Strategisk rekrutteringsplan*, jf. avsnitt 3.4.3 under.

### 3.4.2 Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040

I [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) er overskriften til kapittel 3.4 «Rekruttere, beholde og sikre nødvendig kompetanse». Her understrekes det igjen at den samlede helse- og omsorgstjenesten vil ha betydelige rekrutteringsutfordringer fremover, og dette gjelder også spesialisthelsetjenesten og andre kommuner i regionen:

*Kommunene og sykehuset må samarbeide om rekrutteringstiltak mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten for å unngå en uheldig konkurransesituasjon om kompetent arbeidskraft.*

*Sammen med HSO-nettverket i Region Kristiansand og Helsefelleskapet på Agder ønsker vi i fellesskap å utvikle tiltak med mål om å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere i Regionen. Det vil være viktig å sammen se på framtidens oppgavefordeling mellom profesjoner og faggrupper*

Deretter analyseres situasjon og utfordringene i Vennesla kommune:

*Vi har seks enhetsledere og ni avdelingsledere i dag, med store lederspenn. I snitt har hver leder direkte personalansvar for 40 fast ansatte + 23 vikarer hver. Dvs. 63 personer en skal følge opp og sikre at har de har nødvendig kompetanse.*

*Det stillest strenge krav til arbeidsgiveres ansvar for å legge til rette for helsefremmende arbeidsplasser (AML) og strenge lovkrav til å sikre at alle ansatte har kompetanse, kvalitet og dokumentasjon av arbeidet. Jo flere ansatte per leder, desto mer tid krever det av lederen.*

*De fleste enheter i helse og omsorg har de siste årene opplevd økte utfordringer med å rekruttere kvalifisert helsepersonell, og særlig utfordrende er det å få rekruttert nok (kvalifiserte) vikarer ved sykdom. Sykefraværet i helse og omsorg på landsbasis (før pandemien) lå på 11,75 %. Med økt press på tjenestene, kombinert med færre i yrkesaktiv alder og kamp om arbeidskraften, kan vi forvente at presset på de som allerede er ansatt, vil øke. Det igjen øker faren for økt sykefravær.*

*Vi har per i dag flere sykepleierstillinger som vi ikke har fått søkere til, og som medfører økt bruk av bemanning fra private bemanningsbyrå. Dette er ikke bare meget kostbart, men vi opplever stadig oftere at heller ikke bemanningsbyråene har nok kvalifisert helsepersonell å tilby. Enkelte enheter har også hatt utfordringer med å få tak i helsefagarbeidere, særlig ved sommeravvikling. Sommeren 2022 har noen enheter for første gang også måtte leie inn helsefagarbeidere fra bemanningsbyrå for å sikre forsvarlig drift i sommerferien på en enhetene.*

*Det må påregnes at utfordringene vil øke betydelig år for år fremover i takt med økningen i antall innbyggere over 80 år.*

*Derfor legges det inn en planlagt opptrapping både knyttet til heldøgns omsorgsboliger / sykehjem, hjemmetjenestene, og i forebyggende helsetjenester særlig rettet mot eld-*

re. Samtidig må vi legge inn ressurser til omstilling, for her kreves det store endringer og mange interne og eksterne samskappingsprosesser.

Videre diskuteres fastlegesituasjonen i Vennesla:

*De siste årene har det utviklet seg en nasjonal fastlegekrise, som egentlig er en krise for det økende antall innbyggere som ikke har mulighet til å få en fastlege. I Vennesla har vi måttet øke støtten til driften av legesenteret og vi har gitt tilbakekjøpsgaranti til kjøpere av hjemler. Dette har hjulpet, slik at vi nå har besatt alle hjemler.*

*[...] Det forventes økte oppgaver til kommunene, som også vil påvirke legenes oppgaver. Det har allerede vært en oppgaveforskyvning fra sykehusene til primærhelsetjenesten gjennom samhandlingsreformen. Det vil trolig bli flere oppgaver som forventes utført av fastlegene i tiden frem mot 2040. Samtidig er det et økende krav blant fastlegene om å jobbe mer ned mot en normalarbeidsuke. De vil medføre kortere lister, og behov for tilsvarende flere fastlegehjemler.*

Avslutningsvis tas spørsmål om ledelse og lederstøtte opp (vi gjenga noe av denne diskusjonen i kapittel 3.3 om bruk av velferdsteknologi):

*For å sikre fortsatt gode tjenester med relativt færre ansatte, og økning i behov for helse- og omsorgstjenester, kreves det en radikal endring i måten vi jobber på. Vi må gjøre organisasjonen i stand til å jobbe på en helt ny måte. [...]*

*Det vil kreve mer tid fra lederne for å involvere og se de ansatte. Med et gjennomsnitt på 63 ansatte per avdelingsleder, som i tillegg jobber dag / kveld / natt og helg og høytider, er dette en kompleks oppgave. Derfor tar det lengre tid i helse- og omsorg å sikre bred involvering av ansatte og tillitsvalgte enn ved ordinær dagdrift. Dette er det viktig å hensyn ta i videre utvikling av tjenestene.*

*Den demografiske endringen tilsier at kommunen må bygge opp flere tjenestetilbud, ansette flere ansatte, bygge opp og kvalitetssikre ny kompetanse, håndtere høy turnover og sykefravær. Det vil kreve enda mer av lederne fremover. For å sikre tid til å være en tydelig og involverende leder, må også støtte tjenester prioriteres og nok kapasitet til administrasjon. På samme måte som vi i utøvende ledd jobber etter "LEON-prinsippet" - Laveste Effektive Omsorgs Nivå, er det viktig at vi organiserer ledelse og støtte tjenester etter dette prinsippet, også kalt "Rett kompetanse - på rett sted – til rett tid".*

### **3.4.3 Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren**

Vennesla kommune har oversendt *Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren* (august 2023). Dette dokumentet er svært interessant for problemstilling 4 (P4) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, som altså blant annet tar for seg rekruttering av arbeidskraft innen Helse- og omsorgssektoren i årene som kommer.

**i)**

Utgangspunktet for Vennesla kommunes strategiske rekrutteringsplan er at

*Frem mot 2050 vil Norge få en betydelig økning i antall eldre, mens andel yrkesaktive i samme periode ikke vil øke nevneverdig. Kommunene har større ansvar for områder*

*som forebyggende helsetjenester, rehabilitering, kreftbehandling og kroniske lidelser enn tidligere<sup>26</sup>.*

*[...] I denne planen avgrenses rekruttering til aktiviteter knyttet til tiltrekking av kvalifiserte søkere til en stilling, og det påfølgende arbeidet med å beholde medarbeidere. Gjennom målrettet rekruttering skal vi få tilgang på rett kompetanse. Ved å legge til rette for utviklingsmuligheter og gode arbeidsmiljø, skal vi beholde medarbeiderne over tid.*

Når det gjelder visjonen for rekrutteringsarbeidet i Vennesla kommune, så vises det blant annet i rekrutteringsplanen til at

- Våre arbeidsplasser skal være utviklende og inkluderende slik at medarbeidere blir værende i våre tjenester over tid, og at vi er attraktive for nyansatte.*
- Vi skal være en arbeidsplass som fremmer mangfold og likestilling gjennom fokus på heltid, inkludering, medvirkning og en bærekraftig livsfasepolitikk.*

Det understrekes i så måte i rekrutteringsplanen at Vennesla kommune jobber for en *heltidskultur* hvor fulle stillinger er normalen, med fokus på bemanningsplanlegging som gir forutsigbarhet for den enkelte.

Når det gjelder utfordringsbildet, så pekes det i planen på at antallet eldre over 80 år i Vennesla kommune vil dobles innen 2040. Det vises også til at dersom man skal holde samme nivå på helse- og omsorgstjenestene som i dag, så vil Vennesla kommune trenge 80 nye årsverk fram mot 2030 og ytterlig 80 nye årsverk fra 2030 til 2040. Samtidig understrekes det at disse framskrivingene i liten grad tar hensyn til at morgendagens oppgaver ikke nødvendigvis vil bli løst på samme måte som i dag. Det understrekes videre at digitalisering, innovasjon og heltidskultur også vil påvirke behovet for rekruttering og arbeidskraft.

*Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren* presenterer fire rekrutteringsstrategier med tiltak knyttet til hver strategi.

- 1. Vi skal vise at vi er en attraktiv arbeidsplass*
- 2. Vi skal legge til rette for gode arbeidsmiljø*
- 3. Vi skal satse på fagmiljø med kompetanse- og karriereutvikling*
- 4. Vi skal være framtidsrettet og endringsdyktig*

Det understrekes blant annet at kommunen jobber for en heltidskultur hvor fulle stillinger er normalen, at praksis er en viktig rekrutteringsarena, og at det er viktig å sikre en god start for nyansatte. Det å tilrettelegge for grunnutdanning til voksne (over 25 år), som representerer en stor og lite utnyttet rekrutteringskilde, skal også vektlegges, og det understrekes at for å øke muligheten for at voksne skal få fagutdanning, trenger man flere læreplasser for denne gruppen. Bedre språkopplæringen for fremmedspråklige er også viktig for å få brukt fagkompetansen best mulig. Fremover vil også

---

<sup>26</sup> Det vises i planen til at «dette medfører at kommunene får et stadig større volum av tjenester å ta hånd om. Endringene forsterker også behovet for høyere spisskompetanse innen kommunehelsetjenestene, da sykdomsbildet er blitt mye mer komplekst og behandlingene stadig mer spesialiserte».

fokus ifølge Vennesla kommunes *Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren* være på å ta i bruk ny teknologi og styrke medarbeideres bidrag til innovasjon gjennom organisasjons- og kompetanseutvikling.

Avslutningsvis i planen stilles spørsmålet «Når kan vi si at vi har lykket?». Svaret i planen er at Vennesla kommune kan si at man har lykket når den:

- er bedre i stand til å utvikle, beholde og tiltrekke kompetanse
- vi har lavere turnover og oppnår større grad av heltid og inkludering
- sykefraværet er redusert og vi opprettholder en høy score på 10-faktor medarbeiderundersøkelsene.

For å evaluere hvorvidt de nevnte tiltakene følges opp og gir måloppnåelse, skal man ifølge *Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren* årlig følge med på:

- graden av heltid
- utvikling i sykefravær
- rekrutteringsutfordringer
- sluttårsaker
- utvikling i turnover
- kartlegging av studenters opplevelse av praksisplasser gjennom egenevalueringer

## ii)

Revisjonen har også fått oversendt en oppdatert status (november 2025) når det gjelder rekrutteringsplanens fire rekrutteringsstrategier / fokusområder og tilhørende tiltak:

<b>Fokusområder og tiltak</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Beskrivelse/ hvordan</b>	<b>Status</b>
<b>1. Vi skal være en attraktiv arbeidsplass</b>			
<b>Omdømmebygging - vi skal</b>			
Som hovedregel tilby hele stillinger	Adm. fellestj./Helse	Fokus ved utlysning (webcruiter)	Gjøres pr i dag, ref. retn.linjer
Utrede muligheter for å kunne tilby alternative arbeidstidsordninger og årsplaner	Org	Forankret i bærekraftige tjenester	Ja, pilot starter 1/1-26
Være synlige på digitale plattformer og i sosiale medier	Org	Ivaretas f.t. av komm. Rådgiver/adm. fellestjenester	Det skal lages film
Gjennomgå og forbedre utlysningspraksis	Adm. fellestj.	Tatt i bruk KI-verktøy. Gjennomgang/effektivisering av rekrutteringsprosessen	Gjøres
Være aktivt til stede på relevante utdanningsmesser og karrieredager	Adm. fellestj.		blir ivarettatt

Være aktivt til stede på relevante arenaer i grunnskolen og videregående skoler	Helse	Tett dialog med videregående / praksisplasser. Felles rutiner. Har hatt med lærlingekontoret.	Deltok på nærlingslivets dag høst-25
<b>Praksis som rekrutteringsarena - vi vil</b>			
Vurdere å tilby funksjonstillegg til veiledere av elever og studenter	Adm. fellestj.	ligger til vurdering	Ivarettatt for studenter
Prøve ut nye modeller for veiledning av elever og studenter i praksis	Helse	Kan knyttes til arbeidsledermodellen. Samarbeid med uia ift praksisforum	Jobbes med
Arbeide for en lærende kultur	Helse		Jobbes med
<b>2. Vi skal tilby gode arbeidsmiljø</b>			
<b>Sikre en god start for nyansatte - vi vil</b>			
Utarbeide onboarding-program	Org		Gjennomført
Lage opplærings- og aktivitetsplan for det første året etter ansettelse	Org		Jobbes med
Tilby mentorordning for nyansatte	Helse	Delvis implementert	Jobbes med
Kartlegge sluttårsaker	Org		Ikke gjennomført
Lage oversikter over turn-over	Org	Ligger i HR-portal	Gjennomført
<b>Økonomiske virkemidler - tiltak</b>			
<i>Vi vil vurdere å:</i>			
Se på muligheten for å gi funksjonstillegg til veiledere	Adm. fellestj.		vurdert og innført
Gi lønnsmessig uttelling og opprykk til ny stillingskode til ansatte med relevant videreutdanning	Adm. fellestj.		gjøres
Videreføre ordningen med å 3. års sykepleierstudenter med arbeid under utdanning og fast ansettelse med bindingstid	Adm. fellestj./Helse	Ingen kandidater i ordningen pr i dag	Må evalueres og evt vedtas på nytt
Tilby fast, hel stilling til lærlinger innen helsefag	Adm. fellestj./Helse	Bør prioriteres fremover, samarbeid mellom helse og adm. fellestjenester/ lærlingekontoret	

Tilby og tilrettelegge for fagskoleutdanning for helsefagarbeidere	Helse	Utarbeidet retningslinje	
Etablere rekrutteringsstillinger med teoriopplæring for personer uten formell kompetanse	Helse	Tips: veileder fra KS	
Etablere rekrutteringsarenaer for lærlinger	Helse		Ikke aktuelt - går ut
<b>3. Vi skal tilby fagmiljø med kompetanse- og karrieremuligheter</b>			
Vi vil tilby karrieremuligheter, som spesialiseringer og lederutvikling	Helse	Ivaretas i strategisk kompetanseplan	Gjennomføres
Sørge for at ledere legger til rette for kompetanseutvikling, både økonomisk og praktisk	Helse	Ivaretas i strategisk kompetanseplan	Gjennomføres
Tilby et program for lederrekruttering	Org		Gjennomført 2023-2025
Etablere ordninger for mobilitet internt i sektoren, og gi mulighet for hospitering internt og eksternt	Helse	Eksternt (sykehuset), ikke internt	
<b>Tilrettelegge for grunnutdanning for voksne</b>			
Øke fokus på Fagbrev- på jobb ordningen	Adm. fellestj.		Ivaretas
Tilby teoriopplæring frem mot fagbrev i helsefag for personer uten formell kompetanse	Adm. fellestj.	Vurderes i prosjekt utenforskap	
Videreføre og øke andelen i prosjektene Menn- og Kvinner i helse	Adm. fellestj.		Gjøres
Oppfordre medarbeidere til å ta deltidsutdanning i sykepleie og vernepleie	Helse	Strategisk kompetanseplan	
Tilby språkopplæring til fremmedspråklige medarbeidere	Helse		Utført
<b>4. Vi skal være fremtidsrettet og endringsdyktige</b>			
<i>Vi vil:</i>			
Prøve ut ulike modeller for oppgavefordeling mellom yrkesgrupper	Helse	jobber videre med	Utført
Prøve ut nye måter å organisere det sykepleiefaglige arbeidet på	Helse	jobbes med videre	
Legge til rette for karriereveier for helsefagarbeidere, eks innen ledelse, administrasjon og kliniske oppgaver	Helse	Helsefagarbeidere får tilbud om kompetanseheving ved TØRN og oppgavedeling	

Ta i bruk ny teknologi	Helse	Følger nasjonale innføringsløp. Ansvarlig kjernegruppa i kommunen	
Ha fokus på digital opplæring	Helse	Stort fokus. Opprette endringsagenter som støttepersoner for ledere og ansatte.	
Inkludere personer som i dag står utenfor arbeidslivet	Adm. fellestjenester	Prosjekt utenforskap, oppgavedeling.	

### 3.4.4 Strategisk kompetanseplan 2026-2030 (utkast)

Videre har revisjonen fått oversendt et utkast til Vennesla kommunes *Strategisk kompetanseplan 2026-2030* (ferdigstilles januar 2026). Også dette dokumentet er interessant ift. hvordan Vennesla kommune møter utfordringene som følger av demografiutviklingen og svekket aldersbæreevne, samtidig som de økonomiske rammene er stramme. Det vises i planen til at for å møte disse utfordringene, må kommunen:

- utvikle bærekraftig kompetanse gjennom digitalisering og målrettet ressursbruk
- omfordele arbeidskraft og styrke digital kompetanse for å møte fremtidige krav med færre ressurser
- prioritere de viktigste kompetansebehovene og sikre fleksibilitet i bemanningen
- utnytte kompetanse på tvers av organisasjonen

Det understrekes videre at *Strategisk kompetanseplan 2026-2030* er forankret i kommuneplanens samfunnsdel og kommunens arbeidsgiverpolitikk, som vektlegger betydningen av kompetanseutvikling og riktig bruk av kompetanse i hele organisasjonen. Det er i så måte avgjørende for Vennesla kommune å beholde og videreutvikle de ansatte kommunen allerede har, samtidig som kommunen må lykkes med å rekruttere nye ansatte med riktig kompetanse.

Målet er å lage kompetanseplaner for hver seksjon i Vennesla kommune som skal:

- sikre at hver seksjon har riktig kompetanse for fremtidige behov
- gi oversikt over fremtidige kompetansebehov
- bidra til bærekraftige og robuste tjenester

Kort sagt, planen skal støtte prioriteringer og tiltak for å beholde, utvikle, rekruttere og anvende kompetanse i Vennesla kommune på en målrettet måte. Det vises blant annet til at for å møte fremtidens krav til kvalitet og effektivitet i tjenestene, må Vennesla kommune ha oversikt over hvilken kompetanse som er nødvendig – og hvor det finnes gap mellom dagens og fremtidens behov. Flere faktorer påvirker ifølge planen kompetansebehovet:

- endringer i samfunnsoppdrag og tjenestetilbud
- krav til tverrfaglig samhandling
- alderssammensetning i arbeidsstyrken
- rekrutteringsutfordringer og uønsket deltid

- resultater fra bruker- og medarbeiderundersøkelser
- økonomiske rammebetingelser

Planen fremhever også betydningen av digitalisering og bruk av læringsplattformer for kunnskapsdeling, fleksibilitet og kontinuerlig læring. Når det gjelder hvorfor Vennesla kommune har utarbeidet strategien, så kan man i planen lese at

- *Kompetanseplanen gir et helhetlig rammeverk for kompetanseutvikling i kommunen. Den sikrer sammenheng mellom organisasjonens mål og den enkeltes utvikling.*
- *Vennesla kommune skal være en attraktiv og konkurransedyktig arbeidsgiver. En kultur preget av kunnskapsdeling og kontinuerlig læring er avgjørende for å lykkes.*
- *Strategien skal styrke organisasjonens evne til å møte fremtidige utfordringer innen rekruttering, kompetanseutvikling og tjenestekvalitet.*

### **3.4.5 TØRN (sykehjem) og tidskartlegging (hjemmetjeneste): Rett kompetanse, på rett sted til rett tid**

i)

Vennesla kommune har deltatt i [KS-programmet Tørn kommune](#). Tørn kommune er et nasjonalt delprogram finansiert over statsbudsjettet som støtter kommunene i organiseringen av arbeidet og arbeidstiden i kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet er å finne fram til nye arbeids- og organisasjonsformer i kommunene. På nettsidene til KS finner man blant annet to veiledere for henholdsvis arbeidet med [oppgavedeling](#) («riktig bruk av ressurser på rett sted, til rett tid», jf. LEON-prinsippet [Laveste Effektive OmsorgsNivå]) og [arbeidsorganisering](#) («gå fra ord til handling i heltidskulturarbeidet»).

Vennesla kommunes rapport fra 2024 om Tørn-arbeidet, som har tittelen *Rett kompetanse, på rett sted til rett tid* (dette er også prosjektets visjon), er svært interessant for problemstilling 4 (P4) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, som blant annet tar for seg bedre bruk av personell i *Helse- og omsorgssektoren* i Vennesla kommune i årene som kommer. Rapporten om Tørn-arbeidet er på 32 sider, og vi oppsummerer her de mest sentrale punktene. Innledningsvis oppgis det at

*Som et ledd i å øke rekrutteringen til helse- og omsorgssektoren har Vennesla kommune deltatt i prosjektet TØRN i regi av KS. Prosjektet startet opp i april 2022. Venneslaheimen deltok som pilot fra Vennesla kommune i prosjektet. Målet har vært å kartlegge hvordan omlegging av arbeidsformer og organisering av arbeidet kan møte rekrutteringsutfordringene, og samtidig gi brukere en opplevelse av kontinuitet og trygghet i hverdagen gjennom tjenester som er tilpasset behovet, og sikre at enheten har tilstrekkelig kompetanse i lys av de demografiske bærekraftsutfordringene. Prosjektet gikk over i drift fra 1.1.2024.*

Vennesla kommunes utgangspunkt er at «en endret fordeling av arbeidsoppgaver og bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse vil være en suksessfaktor» i møtet med en aldrende befolkning og svekket aldersbæreevne. Det vises til at

*Vennesla kommune har i flere år hatt søkelys på en heltidskultur i helse- og omsorgssektoren, noe som bl.a. har ført til at antall ansatte i hele stillinger har doblet seg de siste årene. Prosjektet vil kunne sees i sammenheng med denne satsingen, som fører til større kontinuitet og samordning av tjenestene, og følgelig høyere tjenestekvalitet.*

Det oppgis at Venneslaheimen omprioriterte en 50 pst. stilling som prosjektleder i prosjektperioden. De øvrige deltakerne i prosjektgruppen ble frikjøpt til å delta på alle KS-samlinger samt alle prosjektgruppesamlinger utenom. Prosjektarbeidet beskrives på en god og oversiktlig måte i prosjektrapporten.

Når det gjelder interessentene til TØRN, det vil si aktører som kan bli berørt av endringene, så ble det satt fokus på eldrerådet, rådet for funksjonshemmede, pårørende på Venneslaheimen og ansatte. Det oppgis videre at for å lykkes med TØRN, har partssamarbeid og medvirkning fra ansatte vært en svært viktig faktor, og både verneombud, plasstillitsvalgte og ansattes representanter har vært med i prosjektgruppen gjennom hele prosjektperioden. Det understrekes at

*Utvikling og utprøving av ny oppgavefordeling og organisering av arbeidet vil innebære stor endring fra den tradisjonelle måten å drifte tjenesten på. Endring vil være av både strukturell og kulturell art, i tillegg til endringer i arbeidsmetoder og samarbeidsformer. For å lykkes har prosjektet vektlagt et tett partsamarbeid både på overordnet nivå og i det lokale arbeidet ute i tjenesten. Det ble lagt opp til bred deltakelse i læringsnettverket TØRN for å skape en felles forståelse, motivasjon og nødvendig endringskraft. Vi ser at det er en forutsetning for å lykkes med oppgavedeling at vi har hatt dette tette samarbeidet.*

I rapporten gjennomgås deretter arbeidet som er gjort i prosjektet. Det konkluderes i det avsluttende kapittelet blant annet med at

*Hensiktsmessig oppgavefordeling handler om et bevist forhold til hvordan man ut fra kompetansen fordeler oppgavene mellom yrkesgruppene. I et sykehjem er det mange oppgaver som ikke trenger helsefaglig kompetanse. Det være seg bestilling av mat fra kjøkkenet til avdelingene, henting av mattraller fra kjøkkenet, lagerstyring, søppelhåndtering, henge på plass tøy fra vaskeriet, matlaging i avdelingene, data support, transport m.m. Dette er oppgaver som ivaretas daglig og er oppgaver som helsepersonell bruker mye tid på, men som ikke trenger deres spisskompetanse.*

*[...] Vi har behov for å bygge en mer bærekraftig tjeneste og bruker derfor deltakelse i TØRN til å organisere tjenesten med sykepleierteam på tvers av langtidsavdelingene og helsefagarbeiderteam i avdelingene.*

*I sykehjemmet er det tradisjon for at en er ansatt på en bestemt avdeling og gruppe. Dette er ikke bærekraftig med tanke på hvilken tilgang kommunen har på ansatte i fremtiden. Det vil bli stor kamp om ressursene og da er det viktig at vi tilbyr en attraktiv arbeidsplass.*

*Tiltak som har blitt igangsatt i løpet av prosjektperioden:*

- Mobil omsorg
- Oppgavekort
- Stille rapport

- *Kompetanseheving for de ulike yrkesgruppene*
- *Opprettelse av fagsykepleierstilling*
- *Organisatorisk flytting av sykepleiere*
- *Opprettelse av ny leder for sykepleierteam*
- *Endringer i legevisittene*
- *Opprette sykepleierteam på tvers av langtidsavdelingene*
- *Opprette helsefagarbeiderteam i avdelingene.*

*Alle tiltakene er virkemidler for å skulle klare oppgavedeling på en hensiktsmessig måte.*

*[...] Venneslaheimen har vært en pilot i Vennesla kommune. Vi ser at oppgavedeling har stor overføringsverdi til andre områder i kommunen, men for å lykkes er det svært viktig med høy grad av involvering fra de som skal utføre jobben. Det er derfor nødvendig at andre enheter som vil gjennomføre oppgavedeling må opprette sin egen prosjektgruppe og kartlegge oppgavene i sin avdeling. Selve prosjektorganiseringen og strukturen er svært god og vil fungere i andre avdelinger. Ved å ha prosjektet har vi vist kommunen at det er lurt å organisere en slik type arbeid som et prosjekt for å få den strukturen og oversikten som er nødvendig.*

I møte med revisjonen til viste Vennesla kommune til at man fra 2026 planlegger å innføre tilsvarende modeller i andre enheter der dette er hensiktsmessig, med utgangspunkt i [sluttrappen](#) fra oppgavedelingsarbeidet i Region Kristiansand.

## ii)

Når det gjelder hjemmetjenesten, så viste kommune i møte med revisjonen til at det i 2024-25 ble det gjennomført en tidskartlegging med M-Solution. Ansatte registrerte tid brukt hos bruker, i bil og på kontor, samt sin kompetanse (assistent / helsefagarbeider / sykepleier). Kommunen oppgir at det nå jobbes systematisk med å fordele oppgaver på en mer hensiktsmessig måte etter både kompetanse og tidspunkt på døgnet. Noen justeringer er ifølge kommunen allerede gjennomført.

### 3.4.6 Heltid, arbeidstidsordninger og bemanningskontor

I [kunnskapsgrunnlaget for kommunal planstrategi](#) for Vennesla 2024-2027 kan man lese at.

*Alle kommunene på Agder har høyere deltidsandel blant kvinner enn landsgjennomsnittet. I Vennesla kommune arbeider over halvparten av de sysselsatte kvinnene i deltidsstillinger (52 %), i motsetning til mennene (15 %).*

I møte med revisjonen viste Vennesla kommune til at man har hatt en positiv utvikling med *flere ansatte i heltidsstillinger*. [Tall for 2023](#) viser at andelen sysselsatte kvinner i deltidsstillinger har avtatt til 48,9 %. Samtidig pekte kommunen på at det er det krevende å øke andelen ansatte i heltidsstillinger ytterligere, fordi:

- noen ansatte ikke har mulighet til å jobbe full stilling.

- kommunen skal inkludere personer med restarbeidsevne som trenger mindre stillinger.
- helgevakter må bemannes, og disse er ofte de vanskeligste å dekke.

Kommunen oppgir at den på tross av overnevnte utfordringer arbeider aktivt videre med ulike tiltak for å styrke heltidskulturen og sikre god bemanning. Et av tiltakene har vært å etablere en styringsgruppe for heltid og bærekraftige tjenester. Styringsgruppen skal initiere tiltak og prosjekter som kan bidra til å styrke en bærekraftig tjeneste med bedre ressursutnyttelse:

#### i) Prosjekt arbeidstidsordninger

Et av prosjektene som nå skal testes ut er *arbeidstidsordninger på sykehjem*. Ansatte får tilbud om å jobbe lange vakter i helger. Dette gjøres for å tilby flere heltidsstillinger, styrke helgebemanningen og redusere antall ansatte beboere må forhold seg til.

#### ii) Bemanningskontor

Kommunen viste også til at et annet tiltak har vært å etablere et bemanningskontor. Bemanningskontoret har ansvar for å dekke inn fravær i helse- og omsorgsenhetene, slik at tjenestene har riktig bemanning og kompetanse til enhver tid: når en avdeling melder inn et behov for vikar, finner bemanningskontoret den best egnede ansatte ut fra kompetanse, tilgjengelighet og gjeldende rutiner for prioritering.

Kommunen benytter også årsplanlegging av turnus for å skape forutsigbarhet og bidra til økte stillingsbrøker, og bemanningskontoret bruker denne årsplanen aktivt når de vurderer tilgjengelighet og planlegger bemanning på tvers av enhetene.

I budsjettforslaget for 2026 ligger det for øvrig inne en styrking av bemanningen på to avdelinger ved Venneslaheimen omsorgssenter. Kommunen forklarer at bakgrunnen er at beboerne på sykehjem nå er sykere enn tidligere, og at dagens bemanning på enkelte avdelinger ikke er tilstrekkelig for forsvarlig drift. Kommunen vurderer at bedre bemanning er i overnevnte tilfeller er viktig for både kvalitet og rekruttering / arbeidsmiljø.

### **3.4.7 Sykefravær**

Sykefraværet i *Helse og omsorg* i Vennesla kommune er høyt og ligger på over 10 pst. Kommunen oppgir i møte med revisjonen at avdelinger som ligger over 10 pst., får tilbud om tiltak gjennom bedriftshelsetjenesten og NAV arbeidslivssenter. Det har ifølge kommunen vært svært positive resultater blant annet på Venneslaheimen det siste året, etter at man har fått slik bistand.

I budsjett og økonomiplan for 2026-2029 ligger et forslag om oppstart av et nytt prosjekt i samarbeid med fastlegene for å redusere sykefraværet, inspirert av Grimstadmodellen. Målet er tettere samarbeid mellom leder, lege og ansatt for å se hva som skal til for å være i jobb helt eller delvis:

*Legene har en nøkkelrolle i dette arbeidet og sammen med disse ønsker vi å starte et konkret prosjekt for å jobbe målrettet for å få ned fraværet. Muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser, som er to "store" fraværsgrunner, som vi tenker det er mulig å redusere. Vi tror at bl.a for disse gruppene er det mye man kan gjøre, for at man skal kunne stå i hele, eller deler av stillingen tross sine plager.*

En reduksjon av sykefraværet vil kunne frigjøre betydelig arbeidskraft.

### 3.4.8 Utenforskap

Vi har sett i denne rapportens innledning at utenforskap vurderes å være en av de tre store samfunnsutfordringene Vennesla kommune står overfor. Det er et ressurstap knyttet til at om lag 27 pst. av befolkning i Vennesla kommune i alderen 20-66 år står utenfor ordinært arbeidsliv<sup>27</sup>.

I møte med revisjonen pekte Vennesla kommune på at kommunen har en relativt høy andel innbyggere i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidslivet, men utviklingen de siste årene viser ifølge kommunen en positiv trend<sup>28</sup>. Flere i denne gruppen kan ifølge kommunen være aktuelle for arbeid i helse- og omsorgstjenestene.

Som en del av arbeidet med utenforskap planlegger kommunen et prosjekt med oppstart i 2026 i samarbeid med NAV. Kommunen har hentet erfaring fra Kristiansand kommune og ønsker å ta i bruk arbeidsledermodellen. Modellen innebærer at NAV har en dedikert arbeidsleder som følger opp personer med restarbeidsevne tett i det daglige, med mål om å gi god støtte, arbeidstrening og gradvis kvalifisering inn mot jobb i helse og omsorg.

### 3.4.9 Likestilt arbeidsliv

Vennesla kommune deltar i Agder fylkeskommunes sertifiseringsordning [Likestilt arbeidsliv](#). Vennesla kommune har i den forbindelse utarbeidet en handlingsplan hvor det vises til at

*Vennesla kommune ønsker å være en attraktiv og konkurransedyktig arbeidsplass med rom for alle (Kommuneplanens samfunnsdel 2024-2040). Mangfold og likestilling er et satsingsområde i kommunens arbeidsgiverpolitikk. Sertifisering som Likestilt arbeidslivsbedrift er et planlagt tiltak for å fremme dette.*

Det vises i handlingsplanen til at *Likestilt arbeidsliv* består av 7 innsatsområder<sup>29</sup>:

- Forankring
- Inkluderende arbeidsmiljø

<sup>27</sup> Statistikk fra [Agdertall.no](#) viser også at dersom Vennesla kommune hadde vært på landsgjennomsnittet, skulle det vært sysselsatt 253 flere personer enn tilfellet er i dag.

<sup>28</sup> Revisjonen bemerker her at statistikk fra Agdertall.no synes å indikere at [sysselsettingsandelen](#) i Vennesla kommune falt i 2023 og 2024.

<sup>29</sup> På [sertifiseringsordningens nettside](#) vises det til et 8. innsatsområde, «Kultur og normkritikk».

- Rekruttering og karriere
- Livsfase
- Tilrettelegging (og universell utforming)
- Heltidskultur
- Likelønn

Når det gjelder sertifiseringskrav, så oppgis det i Vennesla kommunes handlingsplan at kommunen må:

- Gjennomføre en innrapportering på innsatsområdene (ståstedsanalyse, dokumentkrav, risikovurdering og handlingsplan)
- Levere en god likestillingsredegjørelse

En arbeidsgruppe har gjennom arbeid med innrapporteringen valgt følgende 4 innsatsområder som forankres i en 3-årig handlingsplan:

- forankring
- inkluderende arbeidsmiljø
- rekruttering og karriere
- livsfase

Det vises i Vennesla kommunes handlingsplan til en kartlegging / ståstedsanalyse for hvert av de 7 innsatsområdene, og det vises her til at kommunen allerede gjør et arbeid på de 3 innsatsområdene som ikke forankres i handlingsplanen (tilrettelegging, heltidskultur og likelønn).

I planen gjennomgås foreslåtte tiltak på hvert innsatsområde. Vi tar her med at på innsatsområdet «rekruttering og karriere», er tiltakene

- «Velkommen til oss» med fadderordning, og
- Rutine for lederrekrutteringsprogrammet.

### **3.5 Andre spørsmål til Vennesla kommune**

#### **3.5.1 Hvordan kan man opprettholde kvalitet i tjenestene ved omstilling?**

I møte med Vennesla kommune spurte revisjonen om hvordan kommunen vil kunne ivareta kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene når tjenestene endres i årene som kommer, jf. kapittel 3.1 - 3.4 over: når terskelen for å få sykehjemsplass øker og flere skal bo hjemme lenger, blir det særlig viktig å sikre kvalitet i tjenestene.

Kommunen understreker i sitt svar til revisjonen at kommunale helse- og omsorgstjenester er lovregulert, og at kvalitet og forsvarlighet alltid skal ligge til grunn. Kommunen viser til at for å kunne ivareta flere innbyggere i eget hjem, vil omstillingen skje på mange områder:

- **Prioriteringsveilederen:**  
Helsedirektoratet lanserte [nasjonal prioriteringsveileder for helse og omsorgstjenesten](#) i 2025. Veilederen gir anbefalinger om hvordan kommunene systematisk kan bruke kriteriene *nytte*, *ressurs* og *alvorlighet* når de må prioritere i tjenestene. Vennesla må, som andre kommuner, innrette seg etter denne veilederen.
- **Tjenestekriterier:**  
Nye tjenestekriterier ble vedtatt i desember 2025 og beskriver hvilke tjenester kommunen skal levere og på hvilket nivå, jf. avsnitt 3.2.4. Tjenestekriteriene skal sikre likebehandling og rettssikkerhet, og bidrar til å klargjøre hva innbyggere kan forvente av kommunen, og hva kommunen forventer av innbyggere.
- **Oppgavedeling og riktig kompetansebruk:**  
kommunen jobber med å bre ut oppgavedeling (TØRN), der arbeidsoppgaver fordeles på en mer hensiktsmessig måte mellom ulike yrkesgrupper, jf. avsnitt 3.4.5. Dette innebærer at sykepleiere får mer tid til avanserte faglige oppgaver, helsefagarbeidere får større ansvar i avdelingene, og at serviceoppgaver utføres av personer uten formell helseutdanning.
- **Systematisk kompetanseheving:**  
kommunen har tatt i bruk en digital kompetanseportal. Denne skal videreutvikles gjennom prosjekt oppgavedeling. Ansatte vil da kunne vurderer selv hvilke oppgaver de føler seg trygge på, og hvilke de trenger mer opplæring i. Systemet gir deretter målrettet kompetanseheving innen de områdene der den ansatte opplever usikkerhet.
- **Kursing og kompetanseheving:**  
ABC-kursene er nasjonale fagprogrammer utviklet for å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Kursene, som blant annet omfatter [Demensomsorgens ABC](#) og [Velferdsteknologiens ABC](#), gir systematisk opplæring over tid og bidrar til økt faglig trygghet og kvalitet i tjenestene. For å motivere og anerkjenne kompetanseutvikling, får ansatte et mindre funksjonstillegg for hvert fullførte ABC-kurs. Dette har bidratt til høy deltakelse og et sterkere fagmiljø i tjenesten.
- **E-helse og velferdsteknologi:**  
Kommunen følger de nasjonale innføringsløpene som beskriver hvordan kommuner skal ta i bruk teknologi på en trygg og strukturert måte. Vennesla benytter også KS sin helhetlige tjenestemodell, jf. avsnitt 3.3.1, som gir en felles metode for planlegging, innføring, opplæring og evaluering av teknologiske løsninger. Dette sikrer at ifølge kommunen at man jobber kunnskapsbasert og i tråd med nasjonale krav og anbefalinger.
- **Endringsagenter:**  
Ressurspersoner i enhetene støtter ledere og kollegaer i innføring og bruk av teknologi, jf. avsnitt 3.3.1.

### 3.5.2 Hvor «trykker skoen» for kommunen i det videre arbeidet?

I møte med Vennesla kommune ba revisjonen også kommunen om å beskrive hvor «skoen trykker» mest i arbeidet med å møte fremtidens behov i helse- og omsorgstjenesten, gitt demografiutfordringene man står overfor?

Kommunen forklarte at utfordringsbildet er sammensatt:

- En aldrende befolkning gjør at behovet for egne og økonomisk tilgjengelige boliger øker, samtidig som flere må kunne bo hjemme lenger. Dette krever både nye løsninger og et tettere samarbeid mellom tjenesteområdene.
- Samtidig står kommunen foran store omstillinger, og ansatte må endre arbeidsprosesser etter mange år med tradisjonell drift. Omstillingsprosjektene kan oppleves som krevende både for ledere og medarbeidere, og god forankring er derfor avgjørende. Kommunalsjefen har besøkt alle avdelinger for å forklare hvorfor endringene er nødvendige, og sikre en felles forståelse av retningen.
- For å styrke samhandling og kvalitet arbeider kommunen med å samle hjemmetjenesten i helsehuset. I tillegg er regionale samarbeid helt sentrale; kommunen skal teste og bredde ut teknologi som allerede er utviklet, i stedet for å etablere nye parallelle satsinger.

Det ble konkludert med at kommunen fortsatt har tid til å gjennomføre nødvendige endringer, samtidig som viktigheten av å handle nå for å sikre bærekraftige og gode tjenester i årene som kommer, ble understreket.

## 4 Vurderinger

### 4.1 (P1) Demografi og aldersbæreevne: framskrivinger og planlegging av kapasitet

I problemstilling 1 (P1) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har vi spurt

1. *I hvilken grad har Vennesla kommune analysert / fremskrevet fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester som følger av demografiutfordringene kommunen står overfor?*

#### 4.1.1 Kommunens arbeid

I kapittel 3.1 har vi sett at særlig Vennesla kommunes fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#), men også [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#) («Helse- og omsorgsplan 2023-2040»), bidrar til å svare på dette spørsmålet<sup>30</sup>.

##### i)

Når det gjelder utfordringer fremover som kan ses i sammenheng med strukturelle demografiske endringer og svekket aldersbæreevne, så har vi sett at det i Venneslas *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* blant annet vises til

- *Et økende antall eldre med demenssykdommer (høy alder er den viktigste risikofaktoren for utvikling av demens)*
- *Et økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov*
- *Færre døgnplasser i sykehus, enda kortere innleggelse og flere ambulante forløp*
- *Et økt behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering*
- *Et økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak*
- *Knapphet på formelle og uformelle omsorgsgivere (frivillig innsats)*
- *Rekruttere (og beholde) både nok helsefaglig personell, og nok ufaglært personell*

Med utgangspunkt i Vennesla kommunes planer, andre oversendte dokumenter, revisjonens intervjuer med kommunen og kommunens kronikker, oppfatter revisjonen at det er stor bevissthet i Vennesla kommune om at overnevnte utfordringer innebærer at det fremover vil være nødvendig å justere innretningen av helse- og omsorgstjenestene samt å utvikle måten man jobber på.

##### ii)

Vi har sett at analysen i Venneslas egen fagplan *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* viser at kommunen har god oversikt over tilgjengelige framskrivinger for den demografiske utviklingen. Både i [Vedtatt budsjett og økonomiplan 2025-2028](#) og i [Budsjett og økonomiplan 2026-2029](#) er det også et informativt og oversiktlig kapittel

---

<sup>30</sup> Vi legger til at denne problematikken også er diskutert blant annet i *Kommuneplanens samfunnsdel*, i Vennesla kommunes *Vedtatt budsjett og økonomiplan 2025-2028* og i *Kunnskapsgrunnlag til kommunal planstrategi for Vennesla 2024-2027*. Problematikken har også vært et tema i revisjonens intervjuer med Vennesla kommune.

med oppdaterte befolkningsframskrivinger for de forskjellige aldersgruppene. Kommunen oppgir at oppdaterte framskrivinger legges til grunn for løpende vurderinger av framtidig behov og ressursbruk.

Revisjonen viste også i kapittel 3.1 til den oppdaterte presentasjonen på [Agdertall.no](https://www.agdertall.no) av framtidig aldersbæreevne i Vennesla kommune (2024-tall)<sup>31</sup>. Som vi har sett, vil aldersbæreevnen i Vennesla kommune – som i norske kommuner generelt – *svekke seg markert frem mot 2040 og 2050*:

- mens det i Vennesla kommune i dag er *4,1* personer i yrkesaktiv alder per person over 67 år,
- så vil dette forholdstallet i 2040 og 2050 være redusert til henholdsvis *2,9* og *2,5* personer.

Revisjonen bemerker at kommunen bør vurdere å ta denne figuren med i kapittelet om befolkningsutviklingen i budsjett og økonomiplanen.

Vi har videre sett at Vennesla kommunes fagplan inneholder relevante figurer for befolkningsutviklingen som illustrerer at befolkningsveksten fremover vil være klart størst for de eldste aldersgruppene. Fagplanen er tydelig på at denne demografiske utviklingen vil få store konsekvenser for Vennesla kommune som tjenesteleverandør.

Fagplanen viser også at framskrivinger for Vennesla kommune, som er hentet fra det [nasjonale «demenskartet»](#), legger til grunn at 594 personer i kommunen vil ha demens i 2050, mot 283 personer i 2025. Dette tilsvarer en *økning på 311 personer, eller 110 pst.* (det vil si mer enn en dobling), fra 2025 til 2050.

Med utgangspunkt i revisjonens intervjuer samt Vennesla kommunes fagplaner, dokumenter og kronikker, vurderer revisjonen at Vennesla kommune har god oversikt over tilgjengelige framskrivinger som tallfester utfordringene kommunen står overfor med tanke på *demografiutviklingen* og *svekket aldersbæreevne*. Kommunen har også god oversikt over tilgjengelige framskrivinger for *forekomst av demens*, og man er bevisst på at man hele tiden må jobbe med utgangspunkt i oppdaterte tall.

### iii)

Utviklingen som er beskrevet over, vil påvirke Vennesla kommunes fremtidige kapasitetsbehov innenfor helse og omsorg. Utviklingen vil dermed få konsekvenser for hvordan kommunen bør / må dimensjonere og innrette sitt fremtidige tjenestetilbud for å sikre både at

- behov møtes, at
- lovverk overholdes, og at
- tjenestene er bærekraftige.

---

<sup>31</sup> Denne informative figuren er ikke tatt med i *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* eller i *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040*, men den er tatt med i *Kunnskapsgrunnlag til kommunal planstrategi for Vennesla 2024-2027*.

Vi har sett i avsnitt 3.1.3 at denne problematikken analyseres og diskuteres både i Vennesla kommunes fagplan *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* og i *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040*. Vi gjentar ikke detaljene i denne analysen her, men vi har altså sett at

- a) Når det gjelder beregning av fremtidig behov for sykehjemsplasser, så vises det i fagplanen til at dette kan gjøres ut fra å se på *dekningsgraden*. I fagplanen diskuteres så det som kalles «Prinsippvalg for planlegging av sykehjemsplasser». Det skisseres her 2 alternativer:
- Alternativ 1 - Tjenestene ytes på samme måte som før;
  - Alternativ 2 - Tjenestene planlegges ut fra en mer bærekraftig og fremtidsrettet utvikling [hvor dekningsgradene reduseres ift. dagens nivå].

Vi har sett at det i fagplanen for det første konkluderes med at en videreføring av dagens institusjonsdekning i Vennesla kommune (*alternativ 1*), ikke vil være bærekraftig. *Alternativ 2*, som innebærer en *redusering av dekningsgraden for langtidsplasser fra 14 pst. i 2022 til 10 pst. i 2040*, anbefales i fagplanen fordi det da vurderes at kommunen kan ha en økonomisk bærekraftig utvikling, selv om aldersbæreevnen i Vennesla (og kommune-Norge for øvrig) fremover reduseres år for år.

Det pekes også i fagplanen på at en helhetlig boligpolitikk for eldre vil kunne ha stor betydning samt at behovet for sykehjemsplasser kan reduseres ved å bygge kommunale utleieboliger med og uten døgnomsorg. Behovet for sykehjemsplasser vil ifølge fagplanen også kunne reduseres ved at det er tilstrekkelig aldersvennlige boliger som eldre selv kan eie eller leie.

Videre understrekes det i fagplanen at det er viktig at Vennesla kommune har nok kapasitet på korttidsplasser, slik at det blir en reell rullering av plassene og hjemmeboende har mulighet for å bli boende hjemme så lenge som mulig, samtidig som pårørende har mulighet for avlastning. For å møte denne utviklingen, er det derfor ifølge fagplanen svært viktig med god kapasitet på korttidsplasser, og det konkluderes med at da er *alternativ 2* å foretrekke.

- b) Når det gjelder omsorgsboliger med heldøgns omsorg / nærhet til bemanning, så vises det i fagplanen blant annet til at god dekning av sentralt beliggende leiligheter og kommunale utleieboliger kan utsette behov for omsorgsboliger med heldøgns bemanning.
- c) Når det gjelder behov hjemmebaserte tjenester for innbyggere over 80 år, så kan man i fagplanen lese at dette vil øke videre i årene som kommer. Grunnen til dette er blant annet at

- Stadig flere, nye og komplekse oppgaver (oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten) skal løses på kommunalt nivå.
- Flere overlever også alvorlig sykdom og lever lengre med sine plager og har derfor behov for hjelp i hjemmet.
- I tillegg til dette kan vi ifølge fagplanen tenke oss at når dekningsgraden på sykehjem reduseres, vil flere pasienter måtte behandles i hjemmet.

Samtidig understrekes det i fagplanen at det er mange usikkerhetsmomenter som spiller inn når man i Vennesla kommune skal planlegge framtidens hjemmetjenester, og det er også ifølge fagplanen flere forhold som kan bidra til en mer positiv utvikling (sprekere eldre, «den kortreiste bygda», lettstelte leiligheter, fokus på helsefremmende og forebyggende tjenester, velferdsteknologi og digitalisering).

- d) Når det gjelder dimensjonering dagsenter, så anbefales det blant annet i fagplanen en jevn økning på 2-3 dagsenterplasser i hver økonomiplanperiode frem mot 2040, noe som gir en samlet økning på 13 plasser fra 2022- 2040. Det understrekes samtidig at «dette er et lavt estimat med tanke på at det i samme periode forventes en økning med mennesker med demens på 240 personer».

Vi legger også til at det i Vennesla kommunes *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* understrekes at

*For fremtidsrettede og bærekraftige tjenester, må vi ha fokus på å venstreforskyve noe av ressursene fra øverste omsorgsnivå, til tjenestetilbud og innsatsen på de laveste trinnene i omsorgstrappen. En forutsetning for slik styrking er å fortsette arbeidet med å vri tjenestene fra å være institusjonsbasert til hjemmetjenestebasert, og at det er politisk enighet om at dette er riktig og nødvendig (s. 13).*

#### 4.1.2 Revisjonens vurdering

Revisjonen vurderer at Vennesla kommunes analyse av demografiutviklingen (herunder svekket aldersbæreevne og økt forekomst av demens) samt av konsekvensene for dimensjonering av fremtidig tjenestetilbud i overnevnte planer, er relevant og interessant. Intervjuer med ansatte samt diskusjonen i kommunens planer<sup>32</sup> og i kommunens kronikker, viser at fokuset på denne problematikken er stort i Vennesla kommune.

Når det gjelder problemstilling 1 (P1) om i hvilken grad Vennesla kommune har analysert / fremskrevet fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester som følger av de-

---

<sup>32</sup> Som vi har sett, er det også et informativt og oversiktlig kapittel med oppdaterte befolkningsframskrivninger for de forskjellige aldersgruppene både i *Vedtatt budsjett og økonomiplan 2025-2028* og i *Budsjett og økonomiplan 2026-2029*.

mografiutfordringene kommunen står overfor, så er revisjonens vurdering positiv. Vi oppfatter at Vennesla kommune har gjort et godt arbeid med å

- identifisere utfordringene kommunen står overfor samt behovet for transformasjon som følger av disse,
- jobbe med framskrivinger når det gjelder demografi og forekomst av demens,
- analysere hvordan tjenestene kan dimensjoneres med tanke på både å møte innbyggernes behov på den ene siden, og å ha en bærekraftig produksjon av tjenester på den andre siden, og
- søke å formidle hvilke utfordringer kommunen står overfor til innbyggerne i kommunen.

## **4.2 (P2) Økonomisk bærekraft og innretningen av tjenester**

For det andre spør vi i problemstilling 2 (P2)

2. *I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene vil være økonomisk bærekraftige i møtet med fremtidige demografiutfordringer?*

For det første må det her understrekes at flere av poengene som vi har vist til i kapittel 3.1 og 4.1 over, som tar for seg problemstilling 1 (P1) i dette prosjektet, har relevans også for problemstilling 2 (P2) om økonomisk bærekraft.

Vi har sett i kapittel 3.1 at Vennesla kommune i fagplanen *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* argumenterer for at «Alternativ 1», det vil si en videreføring av dagens tjenestenivå og dekningsgrad, *ikke* vil være økonomisk bærekraftig etter hvert som det blir flere eldre samtidig som aldersbæreevnen svekkes.

«Alternativ 2» i fagplanen legger nettopp til grunn at tjenestene planlegges med tanke på en mer økonomisk bærekraftig og fremtidsrettet tilnærming til Vennesla kommunes tjenesteproduksjon innenfor helse og omsorg, gitt demografiutfordringene man står ovenfor. For at dekningsgradene for langtids og korttids sykehjemsplasser skal kunne reduseres, må imidlertid også tjenestene innrettes på en annen måte, jf. avsnitt 4.2.1 og 4.2.2 under.

### **4.2.1 Omsorgstrapp, innsatstrapp, LEON-prinsippet Stortingsmelding *Leve hele livet***

i)

I kapittel 3.2.1 har vi sett at det i Vennesla kommunes fagplan *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040*, i tråd med grunntanken i Bo trygt hjemme-reformen, slås fast at

Vennesla kommune har som mål at eldre og funksjonsnedsatte skal kunne bo hjemme i sitt hjem så lenge det er mulig og forsvarlig. «Så lenge jeg kan bo hjemme, så bor jeg hjemme».

En av de mest sentrale målsettingene for tjenestene er at ingen skal bli fratatt oppgaver som de kan utføre selv samt at brukere skal styrkes til selv å mestre eget liv. Deres behov for tjenester, skal dette gis på så lavt nivå som mulig, jmfør LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).

Deretter gjennomgås kommunens egen omsorgstrapp, som viser eksempler på nivå i omsorgstjenestene og som tar utgangspunkt i dagens tjenestenivå:

- **Trinn 1**: «Jeg klarer med ganske godt selv» – *Forebyggende tiltak.*
- **Trinn 2**: «Jeg har behov for litt hjelp» – *Egen bolig med hjemmetjeneste.*
- **Trinn 3**: «Jeg er avhengig av hjelp i eget hjem» – *Omsorgsbolig med tilgang til bemanning.*
- **Trinn 4**: «Jeg trenger hjelp det meste av tiden» – *Institusjon og bofelleskap med heldøgns omsorg.*

Vennesla kommune viser videre til at for å klare å utvikle omsorgstrappen og oppnå de mål en har på hvert omsorgstrinn, så samarbeider kommunen med brukere og pårørende og deres organisasjoner. Kommunen oppgir at den er opptatt av å ha en målrettet strategi med brukermedvirkning i alle ledd, og at man med dette som utgangspunkt, har innført metoden «gode pasientforløp».

## ii)

I Venneslas *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* vises det videre til at

*I den kommunale helse- og omsorgstjenesten benyttes ofte ordet «omsorgstrapp». Den siste tiden har dette navnet av mange blitt omdøpt til «innsatstrapp»<sup>33</sup>. Modellen under har blitt iverksatt i mange kommuner.*

I Vennesla kommunes plan vises det til at innsatstrappen illustrerer grad av «inngripen» i tjenestemottakerens liv. Merk at forskjellen mellom *omsorgstrappen* og *innsatstrappen* er at på de laveste nivåene i innsatstrappen, er kommunens helse- og omsorgstjenester i liten grad inne: her er det andre aktører som utøver tilbud og aktiviteter, i hovedsak forebyggende og helsefremmende aktiviteter. Hjelpet behovet øker med trinnene: for hvert trinn er kommunen i større grad inne med helse- og omsorgstjenester, og tilsvarende blir inngripen i tjenestemottakerens liv også større.

Vennesla kommune viser i planen til at ved dagens tjenesteprofil, er det meste av kommunens personalmessige og økonomiske ressurser benyttet / bundet opp øverst i

<sup>33</sup> Se avsnitt 3.2.1, punkt ii) over for en illustrasjon av «innsatstrappa».

trappen. Når det gjelder kommunens bruk av innsatstrappen fremover, så kan man i planen blant annet lese at

*[...] I Vennesla kommune skal LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) være førende, og fokus på egenmestring og økt grad av egenomsorg blir stadig viktigere.*

*Det er viktig med en definering, dimensjonering og utvikling av tjenestene i de ulike trinnene i trappen, for å gi tjenester på riktig nivå. En riktig dimensjonert innsatstrapp har tilstrekkelig tjenester som sikrer egenmestring og selvstendighet, med utgangspunkt i brukerens behov «Hva er viktig for deg?». Ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette vekst på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi/innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen. Heldøgnsomsorg vil kunne rettes som et tilbud til innbyggere med omfattende og sammensatte behov, og dreiningen kan gi grunnlag for å redusere nivå på dekningsgrader.*

*For å få til en dreining av innsatsen, må det vurderes å legge inn flere tiltak på de laveste trinnene. Ved å bygge et sterkt og aktivt lokalsamfunn, legger man til rette for forebygging og utsetting av tjenester lenger oppe i trappen.*

Når det gjelder det konkrete *innholdet* på hvert trinn i innsatstrappen, så vises det avslutningsvis til at det er et mål om at Helse- sosial og omsorgsnettverket i *Region Kristiansand* skal samarbeide om å definere hva som ligger på hvilke trappetrinn samt hvilke trappetrinn som handler om helse- og omsorgstjenestene, og hvilke trappetrinn som andre må løse (den enkelte / samfunnet eller av / i samarbeid med andre aktører) fremover.

### iii)

I forhold til spørsmålet om fremtidig økonomisk bærekraft i lys av demografiendringer og svekket aldersbæreevne, er det videre relevant og interessant at Vennesla kommune jobber med å følge opp Stortingsmeldingen «Leve hele livet». I kommunens fagplan *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* (s. 26-36) diskuteres de forskjellige innsatsområdene i Stortingsmeldingen.

I Venneslas *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* vises det videre til at

*Forebyggende arbeid rettet mot eldre med vekt på aktivitet, sosial deltakelse, bostedsplanlegging og ernæring blir et viktig tiltak for å møte den store økningen i eldrebefolkningen. Tiltak på disse områdene vil kunne være med å utsette og redusere hjelpebehov fra det offentlige. Vi vil arbeide for å være et aldersvennlig samfunn. Tiltak fra St.meld. «Leve hele livet» skal iverksettes i tjenestene våre.*

I nevnte plan oppsummeres også Vennesla kommunes strategier for å nå målene på satsingsområdene<sup>34</sup> i Stortingsmeldingen «Leve hele livet», jf. avsnitt 3.2.2 over.

<sup>34</sup> Satsingsområdene er i) Aktivitet og felleskap; ii) Mat og måltider; iii) Helsehjelp; iv) Et aldersvennlig samfunn; v) Sammenheng og overganger i tjenestene.

## 4.2.2 Konkrete tiltak som skal bidra til venstreforskyving

Vi har blant annet sett i kapittel 3.2.3 at

i)

[Venneslahjelpe](#) (tilbudet ble operativt i januar 2024) skal gi innbyggere i Vennesla verktøy for å mestre de vanskene den enkelte står i, herunder utfordringer som pårørende står i. *Venneslahjelpe* skal være et lavterskeltilbud som bidrar til mindre byråkrati og færre vedtak. Hensikten er å komme tidligere inn for å hjelpe slik at ikke problemer utvikler seg og hindre at brukere blir stående i langvarige vedtaksfestede tjenester.

*Venneslahjelpe* er og vil slik være et viktig virkemiddel ift. LEON-prinsippet og å dreie kommunens innsats mot de laveste trinnene i omsorgs-/ innsatstrappa («venstreforskyving»).

ii)

Vennesla kommune har en årlig [pårørendeskole](#), det vil si et tilbud til pårørende og nære venner av personer som er rammet av demens.

iii)

Når det gjelder forebygging og helsekompetanse, så deltar Vennesla kommune i en regional kampanje i Kristiansandsregionen rettet mot innbyggere som er 55 år og eldre, hvor temaet er å [planlegge for egen alderdom](#). Fokusområder her er helse, ernæring, trening / mosjon, bolig og trivsel.

iv)

Frivillighet vektlegges i *Leve hele livet*-satsingen, og Vennesla kommunes [Frivillighetsmelding 2022-27](#) har et kapittel med tittelen *Eldre og personer med demens*. Utgangspunktet for kapittelet er demografiutfordringen og svekket aldersbæreevne fremover, og det fokuseres spesielt på at andelen personer i de eldste aldersgruppene vil øke kraftig samt at risiko for kronisk sykdom, funksjonstap og demens øker ved stigende alder. Det er flere konkrete forslag i frivillighetsmeldingen til hvordan man kan jobbe for å få engasjert flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område.

v)

Revisjonen har fått oversendt dokumentet *Endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, 2024-2027 (Utkast til konseptplan)*, jf. avsnitt 3.2.3. Utgangspunktet for dokumentet er utfordringene som følger av de demografiske utfordringene.

Det vises i dokumentet til at følgende temaer har kommet opp som mulige områder sektoren kan tenke seg å se nærmere på knyttet til effektivisering / innsparingsmuligheter:

- Veivalg – hva skal helse og omsorg jobbe med?
- Tjenestekriterier
- Arbeidstidsordninger
- Natt-tjenesten – ambulerende team natt med flere digitale tilsyn
- Fra døgndrift til flere ambulante team
- Matombrining

- Trygghetspatrulje fra legevakt/legetjenesten
- Reduksjon av antall langtidsplasser
- Overtilsetting bemanningskontor
- Økonomisk nedtrekk må ta høyde for tjenester som har en inntektsside
- Redusere sykefravær
- Mer bruk av frivillige i tjenestene
- Øke antall lavterskeltilbud
- Rekruttering

Når det gjelder valgte områder for videre omstillingsprosess i perioden 2024-2027, så fremgår det av dokumentet at ledergruppen i samarbeid med HTV og verneombudet landet på at man ønsker å jobbe videre med fem av disse områdene i inneværende økonomiplanperiode, med formål om å gjøre omstillinger / endringer som gir en bedre tilpasset drift og mulighet for økonomiske besparelser:

1. Omgjøring fra døgndrift til ambulerende team
2. Tjenestekriterier/omprioritering av stillinger / nøkkelfunksjoner
3. Alternative arbeidstidsordninger
4. Natt-tjenesten i kommunen
5. Sykehjem og dagsenterdrift

Disse 5 områdene ble utdypet i avsnitt 3.2.4.

#### vi)

Høsten 2025 ble saken [Omstilling i helse og omsorg- arbeidspakke 2- Tjenestekriterier](#) behandlet i Formannskapet og Kommunestyret i Vennesla, jf. avsnitt 3.2.5. Dokumentet *Veiledende tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenester* (vedlagt i saken) omfatter kriterier for en rekke tjenester, fra lavterskeltilbud og trygghetsalarm til hel-døgns omsorg og langtidsopphold i institusjon. Det tydeliggjør også kommunens forventninger til innbyggerne, blant annet om egeninnsats, bruk av teknologi og planlegging for egen alderdom.

Med henvisning til demografiutfordringene understrekes det i saksframlegget at Vennesla kommune må tilpasse helse- og omsorgstjenestene til nye krav og behov:

*Tjenestene skal være tilgjengelige, ha god kvalitet og være bærekraftige. Samtidig står kommunen overfor strammere økonomiske rammer og en demografisk utvikling med flere eldre og flere med sammensatte behov. Dette gir økt press på ressursene og behov for tydelige prioriteringer.*

Det understrekes i dokumentet som gjennomgår tjenestekriteriene at

*Helseteknologi er førstevalget for levering av tjenester. Det skal alltid gjøres en konkret og skjønnsmessig vurdering av om helseteknologi er en hensiktsmessig måte å levere tjenester på.*

### 4.2.3 Revisjonens vurdering

#### i)

Gjennomgangen av Vennesla kommunes planer viser at kommunen har stort fokus blant annet på

- at en videreføring av dagens tjenestenivå og dekningsgrad, *ikke* vil være økonomisk bærekraftig gitt demografiutfordringene (flere eldre og svekket aldersbæreevne) som Vennesla og andre norske kommuner står overfor.
- LEON-prinsippet, det vil si på å søke å levere tjenester på *Laveste Effektive OmsorgsNivå*.
- å strukturere arbeidet rundt en såkalt *omsorgstrapp* eller *innsatstrapp*, og å søke å *venstreforskyve*, det vil si å dreie noen av ressursene fra de øverste og midtre trinnene i omsorgs-/ innsatstrappen, til tjenestetilbud og innsats på lave / de laveste trinnene.
- å jobbe med å følge opp *Leve hele livet*-reformen.

Kort sagt, revisjonen vurderer at Vennesla kommune jobber aktivt og godt med demografiutfordringene med utgangspunkt i sentrale begreper som omsorgstrapp, innsatstrapp, LEON-prinsippet og venstreforskyving.

#### ii)

Vi har også vist til flere konkrete tiltak i Vennesla kommune som skal bidra til å nå overnevnte mål om venstreforskyving og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, herunder

- Venneslahjelpe
- endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, hvor man ser på mulige områder hvor det kan være effektiviserings- / innsparingsmuligheter.
- etablering av tjenestekriterier.
- pårørendeskole
- regional kampanje i Kristiansandsregionen rettet mot innbyggere som er 55 år og eldre, hvor temaet er å planlegge for egen alderdom.
- arbeid for å få engasjert flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område.

I tillegg vil innføring og bruk av velferdsteknologi samt arbeid med rekruttering og bedre bruk av arbeidskraft, jf. henholdsvis problemstilling 3 (P3) og problemstilling 4 (P4) under, være viktige bidrag til bærekraftige helse- og omsorgstjenester i møtet med overnevnte demografiutfordringer.

**iii)**

Med dette som utgangspunkt vurderer revisjonen at Vennesla kommune har stort fokus på, og jobber aktivt og godt med, å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene på sikt vil kunne være økonomisk bærekraftige i møtet med demografiutfordringene. Revisjonen oppfatter at det er stor bevissthet i Vennesla kommune om at «ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette vekst på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi / innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen<sup>35</sup>».

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommunes arbeid her er i tråd med intensjonen i *Leve hele livet-* og *Bo trygt hjemme-*reformene. Overnevnte arbeid fremstår også som hensiktsmessig ift. å møte utfordringene som i Vennesla kommunes *kommuneplan* oppsummert handler om «økende press på helse og omsorgstjenester, og knapphet på tilgjengelige ressurser», og hvor det blant annet, i tråd med LEON-prinsippet og ideen om såkalt venstreforskyving, legges vekt på å «dreie ressursene i retning av mer forebyggende og helsefremmende tiltak».

### **4.3 (P3) Innføring og bruk av velferdsteknologi i Vennesla kommune**

Økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester fremover krever innovasjon og utnyttelse av digitale og velferdsteknologiske løsninger i kommunene. Vi har sett i innledningen at [Helsedirektoratet](#) blant annet viser til at

*Velferdsteknologi kan [...] fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.*

*Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.*

Det er verdt å merke seg at på den ene siden viser Helsedirektoratet til at «velferdsteknologi er et av de viktigste og best dokumentert arbeidsbesparende teknologiområdene». Velferdsteknologi og digitalisering vil med andre ord kunne bidra til at flere kan klare seg med mindre hjelp / ressursinnsats fra kommunen.

Samtidig er det verdt å være oppmerksom på at Helsedirektoratet publiserte en [rapport våren 2025](#) hvor det ble understreket at «velferdsteknologi kan gjøre tjenestene bedre, men kan også gi falsk trygghet». Det er også slik at beboere på Prestehøia omsorgssenter reagerte sterkt på at Kristiansand kommune høsten 2025 [monterte kameraer på soverommet](#) til beboere, uten at flere beboere opplevde at de hadde blitt informert eller hadde samtykket på forhånd.

Med dette som utgangspunkt har vi i problemstilling 3 (P3) spurt

---

<sup>35</sup> Denne formuleringen er hentet fra Vennesla kommunes egen *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040*.

3. *I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å ta i bruk velferdsteknologi og digitale tjenester i sine helse- og omsorgstjenester?*

#### 4.3.1 Kommunens arbeid

i)

Vi har for det første sett i avsnitt 3.2.4 at kommunen ifm. innføringen av *Veiledende til-delingskriterier for helse- og omsorgstjenester* understreker at

*Helseteknologi er førstevalget for levering av tjenester. Det skal alltid gjøres en konkret og skjønnsmessig vurdering av om helseteknologi er en hensiktsmessig måte å levere tjenester på.*

ii)

Videre har vi sett i kapittel 3.3 at velferdsteknologi nevnes flere steder i Vennesla kommunes planer. I Vennesla kommunes fagplan *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* vises det i flere avsnitt til velferdsteknologi. Når det gjelder de laveste trinnene i omsorgstrappen, så pekes blant annet i planen på at kommunen kan tilrettelegge for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig ved å gi flere tjenester i hjemmet og ved å ta i bruk trygghetsskapende teknologi og tekniske hjelpemidler. Det vises også til at velferdsteknologi og digitalisering vil gjøre at flere kan klare seg med mindre hjelp fra det offentlige.

Når det gjelder de øvre trinnene i omsorgstrappen, så vises det i *Årsrapport 2024* til at «ved å ta i bruk velferdsteknologi, f.eks. sensor- og styringsteknologi, i større grad, kan brukerne trygges og skjermes i større grad og de ansatte får bedre oversikt og kan bruke tid mer effektivt der det er behov».

Vi har også sett at velferdsteknologi er blant tiltakene det vises til i fagplanens kapittel 5, som handler om oppfølgingen av Stortingsmeldingen *Leve hele livet*. Det pekes blant annet på at Vennesla har deltatt i nasjonale program og regionale og partnerskap hvor velferdsteknologi er blant temaene.

iii)

Det er interessant at det i fagplanen understrekes at det å ta i bruk stadig mer velferdsteknologi, er en stor og gjennomgripende endring som ofte vil innebære endringer i den måten man er vant til å jobbe på. Det understrekes at fokus på endringsledelse

*som kan innebære endringer i struktur, kultur, verdier, kompetansebase, ledergrupper, arbeidsprosesser, samhandlingsmønstre, systemer, arbeidsmetoder, samt endring av individers kompetanse, holdninger og atferd*

vil være viktig i arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi. Dette poenget gjentas i Vennesla kommunes *Plan for Helse- og omsorgstjenesten*:

Ledelse og lederstøtte

*[...] Digital transformasjon er helt nødvendig for å møte utfordringene. Det er lett å tenke at dette handler om innføring av teknologi, men det handler mest om ledelse, kompetanse og kultur.*

I møte med revisjonen understrekte også Vennesla kommune at innføring av velferdsteknologi og e-helse i stor grad handler om organisasjon og mennesker – «anlagsvis 80 % organisasjon og 20 % teknologi». Og det er ikke teknologien i seg selv som skaper gevinstene, men hvordan den tas i bruk i tjenestene. Vennesla kommune oppgir at man har fokus på kultur, kompetanse og eierskap hos både ledere, tillitsvalgte og ansatte, og at kommunen jobber med å identifisere, følge opp og hente ut gevinster som gir bedre tjenester, økt kvalitet, trygghet for brukerne og mer effektiv ressursbruk.

**iv)**

Vi har sett i avsnitt 3.3.1 at Vennesla kommune i arbeidet med å implementere velferdsteknologi tar utgangspunkt i KS-modellen [helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi](#). Modellen gir oversikt over en rekke oppgaver og ansvarsområder som må ivaretas dersom velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestene til innbyggerne i kommunen, og er slik et viktig verktøy i arbeidet med å implementere velferdsteknologi og sikre varig drift i kommunene.

**v)**

Vennesla kommunes styringsdokument *E-helse i Vennesla kommune 2024-2027* fra 2024 inneholder delmål som skal være grunnlag for måloppnåelse på feltet.

**vi)**

I 2024 gjennomførte Vennesla kommune et prosjekt innenfor helse og omsorg med tittelen *Innføring av endringsagenter (EA)*, hvor man tok utgangspunkt i at ansatte i helse og omsorg selv ønsket et nettverk av «superbrukere», som kan hjelpe med opplæring og bistå med IKT utfordringer.

**vii)**

I 2025 gjennomførte Vennesla kommune prosjektet *Digitale Sammen*. Dette lavterskeltilbudet skal bidra til at alle innbyggere, uavhengig av alder, bakgrunn og økonomi, får muligheten til å mestre digitale tjenester og delta i samfunnet på lik linje.

**viii)**

I avsnitt 3.3.2 har vi omtalt nærmere at Vennesla kommune i møte med revisjonen har vist til at et bredt spekter med tiltak er relevante for kommunens arbeid med å innføre og dra nytte av velferdsteknologi:

- Kommunen følger *nasjonale innføringsløp* i regi av KS og deltar også i *regionalt samarbeid* hvor temaet er e-helse og velferdsteknologi.
- Vennesla kommune har etablert en *kjernegruppe for e-helse* som koordinerer og prioriterer arbeidet med digitalisering og velferdsteknologi.
- Når det gjelder *informasjon og medvirkning*, så opplyste kommunen at i arbeidet i Vennesla med innføring av e-helse og velferdsteknologi, er det en tett dialog og involvering av brukere og pårørende fra tidlig fase og gjennom hele prosessen. Kommunen viste også til at man i Vennesla har jobbet bredt med informasjon til innbyggere, politikere og ansatte for å forklare hvorfor digitalisering

og velferdsteknologi er nødvendig for å sikre bærekraftige tjenester. Dette budskapet har blitt formidlet gjennom informasjon, kronikker og ulike kommunikasjonskanaler.

- Vennesla kommune pilottester Qumea *radarteknologi*, som registrerer bevegelser anonymt og varsler ved fall eller uro. Teknologien oppgis å være særlig nyttig om natten, fordi ansatte kan følge med uten å gå inn på rommet og forstyrre beboere. Kommunen tester løsningen på vegne av Agder, og pårørende involveres i innføringen. Siden teknologien ikke bruker lyd eller bilde, *utløser den ikke krav om tvangsvedtak*.

Revisjonen legger her til at denne teknologien i seg selv reduserer risikoen for at man kommer opp i situasjoner tilsvarende den man kunne lese om da Kristiansand kommune høsten 2025 [monterte kameraer på soverommet](#) til beboere på sykehjem, uten at flere beboere opplevde at de hadde blitt informert eller hadde samtykket på forhånd. God informasjon og medvirkning er i tillegg selv sagt også helt sentralt.

- Vennesla kommune er pilotkommune for *digital hjemmesykepleie* med oppstart i nærmeste fremtid. Ordningen innebærer skjermbasert oppfølging av hjemmeboende brukere, for eksempel ved medisinerings som insulin.
- Kommunen har innført nytt *digitalt pasientvarslingsanlegg* på det ene sykehjemmet og er nå i gang med implementeringen på det andre. Anlegget består av moderne sensorer og trygghetsvarsling som gir ansatte rask og presis informasjon når en beboer trenger hjelp.
- Ifm. *rehabilitering og hjemmetrening* bruker rehabiliteringstjenesten i dag digitale treningsprogrammer for de brukerne som kan nyttiggjøre seg av teknologien.
- Vennesla kommune bruker *digitale trygghetsalarmer* som gir brukere mulighet til å tilkalle hjelp ved behov, for eksempel ved fall eller akutte situasjoner.
- Kommunen benytter *elektroniske medisindispensere* som varsler brukeren når det er tid for å ta medisinen, og gir beskjed til hjemmetjenesten dersom dosen ikke tas.
- I Vennesla kommune har man *GPS-klokker* til utlån, slik at brukere og pårørende kan teste løsningen før de eventuelt kjøper selv.
- Vennesla kommune tilbyr *Komp-skjermer*, som er enkle, brukervennlige video-skjermer som gjør det mulig for personer med begrenset digital kompetanse å ha kontakt med familie og venner, til utlån for å styrke sosial kontakt og forebygge ensomhet. Dette gir brukere og pårørende mulighet til å teste løsningen før eventuell egen anskaffelse.
- Vennesla kommune har også vist til tiltak som bidrar til å redusere risikofaktorer som ifølge Helsetilsynet kan bidra til at innføring av velferdsteknologi kan gi «falsk trygghet», jf. avsnitt 3.3.2 (punkt xii).

### 4.3.2 Revisjonens vurdering

Revisjonens gjennomgang viser at Vennesla kommune gjør en god jobb og er langt fremme i arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi, både på høyere og lavere trinn i omsorgstrappen. Revisjonen vurderer at arbeidet Vennesla kommune gjør på dette feltet, er i tråd med Helsedirektoratets og KS' beskrivelser av god praksis, jf. henvisningene i avsnitt 2.1.3. Det er positivt at kommunen deltar i *nasjonale innføringsløp* i regi av KS samt i *regionale samarbeid* hvor temaet er e-helse og velferdsteknologi.

I møtet revisjonen hadde med Vennesla kommune om velferdsteknologi, gjorde kommunen også rede for arbeidet og vurderingene som gjøres på en meget god måte.

I og med at revisjonens inntrykk er at Vennesla kommune er langt fremme når det gjelder å se hvilken velferdsteknologiske hjelpemidler som kan tas i bruk på de forskjellige trinnene i omsorgstrappen, så legger vi her vekt på at det fremover vil være viktig at

- arbeidet med endringsledelse i egen organisasjon,
- informasjon og medvirkning ift. brukere og pårørende, og
- informasjon til innbyggere og politikere, herunder Eldrerådet, for å forklare hvorfor digitalisering og velferdsteknologi er nødvendig for å sikre bærekraftige tjenester,

fortsetter og holder tritt med det gode arbeidet som gjøres med å innføre og ta i bruk velferdsteknologi i kommunen.

## 4.4 (P4) Rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell

I problemstilling 4 (P4) i dette prosjektet har vi spurt

4. *I hvilken grad jobber Vennesla kommune aktivt med utfordringene knyttet til mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer?*

### 4.4.1 Kommunens arbeid

Vi har sett i kapittel 3.4 at denne problematikken diskuteres i flere av Vennesla kommunes planer og rapporter. Revisjonen har også hatt et møte med kommunen hvor denne problematikken var tema.

i)

I Vennesla kommunes fagplan [Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040](#) vises det i kapittel 6, som har tittelen «*Rekruttere, beholde og inkludere*», til mange av utfordringene Vennesla kommune nå står overfor som følge av demografiutfordringene (flere eldre og svekket aldersbærevne). Her understrekes det blant annet at mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere er mest prekær. Det pekes også på at andre kommuners erfaringer indikerer at når kompetansen til de ansatte i kommunen øker,

trenger kommunen færre årsverk for å dekke innbyggernes behov. Dette illustrerer både (a) betydningen av å lykkes med å rekruttere kvalifisert personell, og (b) at arbeid med kompetanseheving blant de som allerede er ansatt, vil være av stor betydning fremover.

I fagplanens kapittel 6 finner man også en interessant tabell som oppsummerer «viktige faktorer for å rekruttere og beholde helsepersonell». Innspillene ble fordelt langs dimensjonene kompetanse (rett person på rett plass, kompetanseheving), konkurransedyktige vilkår, arbeidsmiljø, ledelse, turnusordninger (inkludert fokus på heltid) og omdømmebygging. Innholdet i tabellen har senere blitt videreutviklet<sup>36</sup>.

Det pekes avslutningsvis i fagplanen på at det er mange oppgaver i helse og omsorg som kan gjøres av andre enn fagarbeidere og sykepleiere / miljøterapeuter. Arbeidet med å bruke personellet på en mer hensiktsmessig måte har senere blitt utprøvd i TØRN-prosjektet<sup>37</sup> på Venneslaheimen.

Når det gjelder hva som Vennesla kommune kan / bør gjøre for å inkludere flere personer utenfor arbeidslivet inn i tjenesten (jf. temaet «utenforskap»), så er det også i fagplanens kapittel 6 en tabell som oppsummerer tiltak langs dimensjonene tilrettelegging, ansettelser, kompetanse og ledelse.

## ii)

Rekruttering og kompetanse diskuteres også i [Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040](#). Når det gjelder situasjon og utfordringene i Vennesla kommune, så pekes det som vi så i kapittel 3.4.2 blant annet på at

- Ledere innen helse og omsorg i Vennesla har personalansvar for et stort antall ansatte (i gjennomsnitt over 60 stk., inkludert vikarer) som skal følges opp og skal ha nødvendig kompetanse.
- De fleste enheter i helse og omsorg har de siste årene opplevd økte utfordringer med å rekruttere kvalifisert helsepersonell, og særlig utfordrende er det å få rekruttert nok (kvalifiserte) vikarer ved sykdom.
- Det er dyrt å leie inn arbeidskraft fra private bemanningsbyråer. Man opplever også stadig oftere at heller ikke bemanningsbyråene har nok kvalifisert helsepersonell å tilby.
- Sykefraværet er stort. Demografiutfordringer fremover kan føre til at presset på ansatte øker ytterligere, noe som igjen kan føre til økt sykefravær.
- Utfordringer når det gjelder fastlegeordningen kommenteres. Vennesla har måttet øke støtten til driften av legesenteret, og kommunen har også gitt tilbakekjøpsgaranti til kjøpere av hjemler.

<sup>36</sup> Se den oppdaterte tabellen fra 2025 for status når det gjelder oppfølgingen av rekrutteringsstrategiene i *Strategisk rekrutteringsplan*, jf. avsnitt 3.4.3 over.

<sup>37</sup> Se avsnitt 3.4.5 for en kort gjennomgang av TØRN-prosjektet.

- Det vurderes også å være viktig at det fremover legges inn ressurser til omstilling, ledelse og lederstøtte. Støttetjenester og nok kapasitet til administrasjon må også ifølge helse- og omsorgsplanen prioriteres.

### iii)

Videre så vi i avsnitt 3.4.3 at Vennesla kommune har oversendt Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren (august 2023). Det understrekes blant annet i planen at Vennesla kommune jobber for en *heltidskultur* hvor fulle stillinger er normalen, med fokus på bemanningsplanlegging som gir forutsigbarhet for den enkelte.

*Strategisk rekrutteringsplan for Helse- og omsorgssektoren* presenterer også fire rekrutteringsstrategier, og det er flere tiltak knyttet til hver strategi.

- *Vi skal vise at vi er en attraktiv arbeidsplass*
- *Vi skal legge til rette for gode arbeidsmiljø*
- *Vi skal satse på fagmiljø med kompetanse- og karriereutvikling*
- *Vi skal være framtidsrettet og endringsdyktig*

I avsnitt 3.4.3 viste vi i tillegg til en utfyllende tabell for oppdatert status (november 2025) når det gjelder disse fire rekrutteringsstrategiene / fokusområdene og tilhørende tiltak.

### iv)

Revisjonen har også fått oversendt et utkast til Vennesla kommunes Strategisk kompetanseplan 2026-2030 (ferdigstilles januar 2026), jf. avsnitt 3.4.5. Også dette dokumentet er interessant ift. hvordan Vennesla kommune møter utfordringene som følger av demografiutviklingen og svekket aldersbæreevne, samtidig som de økonomiske rammene er stramme. Det vises i planen til at for å møte disse utfordringene, må kommunen:

- *utvikle bærekraftig kompetanse gjennom digitalisering og målrettet ressursbruk*
- *omfordele arbeidskraft og styrke digital kompetanse for å møte fremtidige krav med færre ressurser*
- *prioritere de viktigste kompetansebehovene og sikre fleksibilitet i bemanningen*
- *utnytte kompetanse på tvers av organisasjonen*

Målet oppgis å være at man lager kompetanseplaner for hver seksjon i Vennesla kommune som skal:

- *sikre at hver seksjon har riktig kompetanse for fremtidige behov*
- *gi oversikt over fremtidige kompetansebehov*
- *bidra til bærekraftige og robuste tjenester*

### v)

Når det gjelder spørsmålet om hvordan man kan bruke den eksisterende arbeidskraften på en mer hensiktsmessig og effektiv måte, er TØRN-prosjektet som ble gjennomført på Venneslaheimen av stor interesse. Vi så i avsnitt 3.4.6 at målet med prosjektet har vært å

*kartlegge hvordan omlegging av arbeidsformer og organisering av arbeidet kan møte rekrutteringsutfordringene, og samtidig gi brukere en opplevelse av kontinuitet og trygghet i hverdagen gjennom tjenester som er tilpasset behovet, og sikre at enheten har tilstrekkelig kompetanse i lys av de demografiske bærekraftsutfordringene. Prosjektet gikk over i drift fra 1.1.2024.*

*[...] Vennesla kommune har i flere år hatt søkelys på en heltidskultur i helse- og omsorgssektoren, noe som bl.a. har ført til at antall ansatte i hele stillinger har doblet seg de siste årene. Prosjektet vil kunne sees i sammenheng med denne satsingen, som fører til større kontinuitet og samordning av tjenestene, og følgelig høyere tjenestekvalitet.*

Det konkluderes blant annet med at

*[...] Venneslaheimen har vært en pilot i Vennesla kommune. Vi ser at oppgavedeling har stor overføringsverdi til andre områder i kommunen, men for å lykkes er det svært viktig med høy grad av involvering fra de som skal utføre jobben. Det er derfor nødvendig at andre enheter som vil gjennomføre oppgavedeling må opprette sin egen prosjektgruppe og kartlegge oppgavene i sin avdeling. Selve prosjektorganiseringen og strukturen er svært god og vil fungere i andre avdelinger. Ved å ha prosjektet har vi vist kommunen at det er lurt å organisere en slik type arbeid som et prosjekt for å få den strukturen og oversikten som er nødvendig.*

#### **vi)**

Vennesla kommune har vist til at man har hatt en positiv utvikling med flere ansatte i heltidsstillinger. Samtidig pekte kommunen på at det er det krevende å øke andelen ansatte i heltidsstillinger ytterligere, fordi:

- noen ansatte ikke har mulighet til å jobbe full stilling.
- kommunen skal inkludere personer med restarbeidsevne som trenger mindre stillinger.
- helgevakter må bemannes, og disse er ofte de vanskeligste å dekke.

Kommunen oppgir at den på tross av overnevnte utfordringer arbeider aktivt videre med ulike tiltak for å styrke heltidskulturen og sikre god bemanning. Et av tiltakene har vært å etablere en styringsgruppe for heltid og bærekraftige tjenester. Man har også etablert et bemanningskontor og igangsatt et prosjekt for arbeidstidsordninger på sykehjem.

#### **vii)**

Sykefraværet i *Helse og omsorg* i Vennesla kommune er høyt og ligger på over 10 pst. Kommunen oppgir i møte med revisjonen at avdelinger som ligger over 10 pst., får tilbud om tiltak gjennom bedriftshelsetjenesten og NAV arbeidslivssenter. Det har ifølge kommunen vært svært positive resultater blant annet på Venneslaheimen det siste året, etter at man har fått slik bistand.

I budsjett og økonomiplan for 2026-2029 ligger et forslag om oppstart av et nytt prosjekt i samarbeid med fastlegene for å redusere sykefraværet, inspirert av Grimstadmodellen. Målet er tettere samarbeid mellom leder, lege og ansatt for å se hva som

skal til for å være i jobb helt eller delvis. En reduksjon av sykefraværet vil kunne frigjøre betydelig arbeidskraft.

#### viii)

I møte med revisjonen pekte Vennesla kommune på at kommunen har en relativt høy andel innbyggere i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidslivet (jf. temaet «utenforskap»), men utviklingen de siste årene viser ifølge kommunen en positiv trend<sup>38</sup>. Flere i denne gruppen kan ifølge kommunen være aktuelle for arbeid i helse- og omsorgstjenestene.

Som en del av arbeidet med utenforskap, planlegger kommunen et prosjekt med oppstart i 2026 i samarbeid med NAV. Kommunen har hentet erfaring fra Kristiansand kommune og ønsker å ta i bruk arbeidsledermodellen. Modellen innebærer at NAV har en dedikert arbeidsleder som følger opp personer med restarbeidsevne tett i det daglige, med mål om å gi god støtte, arbeidstrening og gradvis kvalifisering inn mot jobb i helse og omsorg.

#### ix)

Vennesla kommune deltar i Agder fylkeskommunes sertifiseringsordning [Likestilt arbeidsliv](#), jf. avsnitt 3.4.9. Vennesla kommune har i den forbindelse utarbeidet en handlingsplan hvor det vises til at

*Vennesla kommune ønsker å være en attraktiv og konkurransedyktig arbeidsplass med rom for alle (Kommuneplanens samfunnsdel 2024-2040). Mangfold og likestilling er et satsingsområde i kommunens arbeidsgiverpolitikk. Sertifisering som Likestilt arbeidslivsbedrift er et planlagt tiltak for å fremme dette.*

Det vises i handlingsplanen til at *Likestilt arbeidsliv* består av 7 innsatsområder<sup>39</sup>:

- Forankring
- Inkluderende arbeidsmiljø
- Rekruttering og karriere
- Livsfase
- Tilrettelegging (og universell utforming)
- Heltidskultur
- Likelønn

### 4.4.2 Revisjonens vurdering

#### i)

Vi har sett i kapittel 2.1.4 i denne rapporten at det i

- *Stortingsmelding 24 (2022-2023) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime* understreker at det fremover blant annet vil være viktig å sikre bedre bruk av eksisterende personell, samt at kompetanseheving og -utvikling vil være viktig.

<sup>38</sup> Revisjonen bemerker her at statistikk fra Agdertall.no synes å indikere at [syssettingsandelen](#) i Vennesla kommune falt i 2023 og 2024.

<sup>39</sup> På [sertifiseringsordningens nettside](#) vises det til et 8. innsatsområde, «Kultur og normkritikk». Det vises samtidig til at «Kultur og normkritikk» ikke er et innsatsområde som virksomheter kan sertifisere seg innen per i dag.

- *NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* («Helsepersonellkommissjonen») legger vekt på viktigheten av bedre bruk av tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling og heltidskultur.
- *Stortingsmelding 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 - Vår felles helsetjeneste* viser til tre innsatsområder som skal bidra til god bruk av personell og kompetanse:
  - o understøtte arbeidet med å fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår [og redusere sykefravær]
  - o hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme en effektiv organisering av arbeidsprosesser
  - o understøtte arbeidet med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving (s. 67)

## ii)

Revisjonen vurderer at Vennesla kommune har fokus på, og jobber aktivt med, utfordringene både Vennesla kommune og norske kommuner generelt står overfor knyttet til mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer (flere eldre og svekket aldersbæreevne).

Gjennomgangen av Vennesla kommunes *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* og *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* viser at kommunen har jobbet med å klarlegge utfordringsbildet.

Når det gjelder innsatsområdene og problematikken som det vises til i overnevnte Stortingsmeldinger og NOUer, herunder

- bedre bruk av eksisterende personell / tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling og heltidskultur
- jobbe med rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving og -utvikling
- fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår, og jobbe med å redusere sykefravær

så viser vår gjennomgang at kommunen jobber aktivt med denne problematikken. Det må her også legges til at arbeidet kommunen her gjør bidrar til å nå hovedmål og delmål på satsingsområdet *Gode medarbeidere* i Vennesla kommunes kommuneplan, jf. avsnitt 2.2.1 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten.

Det at sykefraværet er høyt i Vennesla kommune på tross av kommunens arbeid med å redusere dette, viser at overnevnte problematikk er kompleks<sup>40</sup> samt at det ikke er

---

<sup>40</sup> Jf. diskusjonen rundt begrepet «samfunnsflope» i *Kapittel 5 Konklusjoner og anbefalinger* under.

et 1-1 forhold mellom iverksatte tiltak på den ene siden, og resultater på den andre siden. Revisjonen bemerker her samtidig at det er positivt at Vennesla kommune nå jobber med et nytt prosjekt i samarbeid med fastlegene for å redusere sykefraværet<sup>41</sup>.

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommune jobber godt med problematikken som problemstilling 4 (P4) tar for seg, det vil si rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell. Vi vurderer at kommunens tilnærming til denne komplekse problematikken er i tråd med forventningene i overnevnte nasjonale dokumenter.

---

<sup>41</sup> Vi kan ikke gå dypere inn i sykefraværsproblematikken i helse- og omsorgssektoren i Vennesla kommune i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Når det gjelder arbeid med å redusere sykefravær, så viser vi for øvrig til forvaltningsrevisjonsprosjektet [Sykefravær i Kristiansand kommune](#) fra 2018.

## 5 Konklusjoner og anbefalinger

### 5.1 Strukturelle demografiske endringer faller inn under samfunnsflobebegrepet i RA30

i)

Strukturelle demografiske endringer utfordrer norske kommuner. I dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har vi tatt for oss utfordringene Vennesla kommune framover står overfor som følge av aldrende befolkning / flere eldre, svekket aldersbæreevne med tilhørende redusert tilgang på arbeidskraft, og begrensede økonomiske ressurser.

Det overordnede formålet med prosjektet har vært å belyse i hvilken grad Vennesla kommune jobber på en måte som legger til rette for at tjenesteproduksjonen framover vil være bærekraftig i møtet med overnevnte utfordringer, både med tanke på økonomiske ressurser, menneskelige ressurser og kvalitet i tjenestene.

Med dette som utgangspunkt har vi formulert fire problemstillinger som bidrar til å belyse arbeidet Vennesla kommune gjør for å møte overnevnte utfordringer:

- P1: Demografi og aldersbæreevne: framskrivinger og planlegging av kapasitet
- P2: Økonomisk bærekraft og innretningen av tjenester<sup>42</sup>
- P3: Innføring og bruk av velferdsteknologi i Vennesla kommune
- P4: Rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell

Vi har sett i kapittel 4 at revisjonen vurderer at Vennesla kommune her i stor grad både

- «gjør de rette tingene» ift. å forberede seg på overnevnte utfordringer, jf. særlig de to første problemstillingene, og
- «gjør tingene rett» ift. å produsere tjenestene effektivt og å jobbe med å bruke tilgjengelig personell på en mest mulig hensiktsmessig måte, jf. særlig de to siste problemstillingene.

ii)

Det er imidlertid viktig å understreke at selv om revisjonens overordnede vurdering av Vennesla kommunes arbeid i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er positiv, så er det samtidig slik at problematikken vi har søkt å belyse, er kompleks og vanskelig å løse. Etter vårt skjønn faller den inn under «samfunnsflobe»-begrepet som benyttes i [Regi-onplan Agder 2030](#) (RA30) og som defineres på følgende måte:

*Samfunnsfloker er komplekse og må løses på tvers av bærekraftsdimensjonene. Løsninger på ett område påvirker gjerne utviklingen innenfor et annet. Noe vil føre til syn-*

---

<sup>42</sup> Vi har i rapporten pekt på at helse- og omsorgstjenestene i Norge tradisjonelt har vært mer rettet mot pleie og omsorg enn på å hjelpe folk til å klare seg selv og utnytte sine egne ressurser. Bærekraftige helse- og omsorgstjenester forutsetter en styrking av helsefremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende innsats («venstreforskyving») slik at flest mulig blir i stand til å mestre hverdagslivet hele livet. Det kreves en bred tverrfaglig og tverrsektoriell innsats for å lykkes.

*ergier og positive ringvirkninger, andre ganger må vi håndtere konflikter mellom ulike interesser.*

To av de tre samfunnsflokene som beskrives i *Regionplan Agder 2030*, er relevante for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet:

- «Behovet for arbeidskraft er stort, samtidig står mange utenfor arbeidslivet»: her ses to av hovedutfordringene som er formulert i samfunnsdelen i Vennesla kommunes kommuneplan (*demografiske endringer og utenforskap*) i sammenheng, og det legges til grunn at det her er potensial for synergi: å redusere utenforskap vil kunne bidra til å løse / avhjelpe utfordringer knyttet til mangel på arbeidskraft.
- «Innsatsen for barn, unge og eldre må økes, men handlingsrommet i offentlig sektor blir mindre»: i tillegg til demografiutfordringer og redusert økonomisk handlingsrom i offentlige sektor, handler denne samfunnsflokken om problematikkn knyttet opp mot oppvekstsvilkår, lavinntekt, sosial ulikhet og den såkalte helsegradienten, som refererer til sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse.

Det understrekes i *Regionplan Agder 2030* at

*Felles for samfunnsflokene er at det er en knapphet på ressurser enten det gjelder areal, arbeidskraft eller økonomisk handlingsrom. For å løse flokene må vi omstille oss og søke etter nye og innovative løsninger.*

Kort sagt, samfunnsflope-begrepet i *Regionplan Agder 2030* illustrerer at utfordringene som følger av demografiutviklingen med flere eldre og svekket aldersbæreevne, er vanskelige å løse og krever tverrfaglig og tverrsektoriell innstas for å lykkes. Det betyr at selv om Vennesla kommune gjør et godt arbeid på områdene som dette prosjektets fire problemstillinger er avgrenset til å dekke, så må det antas at fremskritt blant annet når det gjelder å reducere utenforskapet og å styrke oppvekstsvilkårene i Vennesla kommune, også vil ha betydning for i hvilken grad kommunen i tiårene som kommer klarer å håndtere utfordringene man står overfor som følge av demografiutviklingen. Og som *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* peker på, vil i tillegg arealplanlegging og boligpolitikken her spille en rolle.

Det må også understrekes at det at Vennesla kommune gjør et godt arbeid på områdene som dette forvaltningsrevisjonsprosjektets fire problemstillinger dekker, ikke betyr at innbyggerne i kommunen fremover ikke vil oppleve at det i enkeltsaker kan være et gap mellom det de forventer / ønsker av helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og det kommunen faktisk tilbyr<sup>43</sup>.

Revisjonen legger her til at man i [Kommuneplanens samfunnsdel 2024-2040](#) kan lese at

---

<sup>43</sup> Vi legger samtidig til at Vennesla på en god måte har svart ut revisjonens spørsmål om hvordan kommunen vil kunne ivareta kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene når tjenestene endres i årene som kommer, jf. kapittel 3.5

*Kommunen vår består av tre bygdesamfunn med hver sin lokale kultur. Likevel er optimisme, stolthet og folkelighet felles for hele kommunen. Bygdestatusen skal vi beholde. Det er fordi bygdeidentiteten kanskje er det aller beste fundamentet vi har for å bygge ei god framtid for hele Vennesla. Det handler om dugnadsånd, skaperkraft og relasjoner.*

Dette er et godt utgangspunkt når utfordringene Vennesla kommune framover står overfor som følge av aldrende befolkning / flere eldre, svekket aldersbæreevne med tilhørende redusert tilgang på arbeidskraft og begrensede økonomiske ressurser, skal møtes og «fellesskapet settes på prøve» fordi «vonde og vanskelige valg må tas».

## **5.2 (P1) Demografi og aldersbæreevne: framskrivinger og planlegging av kapasitet**

Problemstilling 1 (P1) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er

1. *I hvilken grad har Vennesla kommune analysert / fremskrevet fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester som følger av demografiutfordringene kommunen står overfor?*

Revisjonen vurderer at Vennesla kommune svarer ut problemstilling 1 (P1) om befolkningsframskrivinger og planlegging av kapasitet på en god måte, jf. gjennomgangen i kapittel 3.1 og 4.1 over. Vi oppfatter at Vennesla kommune har gjort et godt arbeid med å

- identifisere utfordringene kommunen står overfor som følge av demografiendringer (flere eldre og svekket aldersbæreevne) samt behovet for transformasjon som følger av disse,
- jobbe med framskrivinger når det gjelder demografi<sup>44</sup> og forekomst av demens,
- analysere hvordan tjenestene kan dimensjoneres med tanke på både å møte innbyggernes behov på den ene siden, og å ha en bærekraftig produksjon av tjenester på den andre siden, og
- søke å formidle hvilke utfordringer kommunen står overfor til innbyggerne i kommunen.

Intervjuer med ansatte samt diskusjonen i kommunens planer og i kommunens kronikker, viser at fokuset på denne problematikken er stort i Vennesla kommune.

Med dette som utgangspunkt formulerer revisjonen ikke anbefalinger knyttet opp mot problemstilling 1 (P1) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet.

---

<sup>44</sup> Både i *Vedtatt budsjett og økonomiplan 2025-2028* og i *Budsjett og økonomiplan 2026-2029* er det også et informativt og oversiktlig kapittel med oppdaterte befolkningsframskrivinger for de forskjellige aldersgruppene.

### 5.3 (P2) Økonomisk bærekraft og innretningen av tjenester

For det andre spør vi i problemstilling 2 (P2)

2. I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene vil være økonomisk bærekraftige i møtet med fremtidige demografiutfordringer?

i)

Gjennomgangen av Vennesla kommunes planer viser at kommunen har stort fokus blant annet på

- at en videreføring av dagens tjenestenivå og dekningsgrad, *ikke* vil være økonomisk bærekraftig gitt demografiutfordringene (flere eldre og svekket aldersbæreevne) som Vennesla og andre norske kommuner står overfor.
- LEON-prinsippet, det vil si på å søke å levere tjenester på *Laveste Effektive OmsorgsNivå*.
- å strukturere arbeidet rundt en såkalt *omsorgstrapp* eller *innsatstrapp*, og å søke å *venstreforskyve*, det vil si å dreie noen av ressursene fra de øverste og midtre trinnene i omsorgs-/ innsatstrappen, til tjenestetilbud og innsats på lave / de laveste trinnene.
- å jobbe med å følge opp *Leve hele livet*-reformen.

Kort sagt, revisjonen vurderer at Vennesla kommune jobber aktivt og godt med demografiutfordringene med utgangspunkt i sentrale begreper som omsorgstrapp, innsatstrapp, LEON-prinsippet og venstreforskyving.

ii)

Vi har også vist til flere konkrete tiltak i Vennesla kommune som skal bidra til å nå overnevnte mål om venstreforskyving og økonomisk bærekraftige helse- og omsorgstjenester, herunder

- Venneslahjelpe
- endring- og omstillingsarbeid i helse og omsorgstjenestene, hvor man ser på mulige områder hvor det kan være effektiviserings- / innsparingsmuligheter.
- etablering av tjenestekriterier.
- pårørendeskole
- regional kampanje i Kristiansandsregionen rettet mot innbyggere som er 55 år og eldre, hvor temaet er å planlegge for egen alderdom.
- arbeid for å få engasjert flere i frivillig arbeid på helse- og omsorgssektorens område.

I tillegg vil innføring og bruk av velferdsteknologi samt arbeid med rekruttering og bedre bruk av arbeidskraft, jf. henholdsvis problemstilling 3 (P3) og problemstilling 4 (P4) under, være viktige bidrag til bærekraftige helse- og omsorgstjenester i møtet med overnevnte demografiutfordringer.

### iii)

Med dette som utgangspunkt vurderer revisjonen at Vennesla kommune har stort fokus på, og jobber aktivt og godt med, å innrette helse- og omsorgstjenestene på en måte som bidrar til at disse tjenestene på sikt vil kunne være økonomisk bærekraftige i møtet med demografiutfordringene. Revisjonen oppfatter at det er stor bevissthet i Vennesla kommune om at

*ønsket utvikling forutsetter en endret tjenesteprofil hvor en vil unngå, forebygge eller utsette vekst på de øverste trinnene ved å vektlegge forebygging og tidlig innsats, teknologi / innovasjon, samhandling og medborgerskap i de nedre trinn i trappen<sup>45</sup>.*

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommunes arbeid her er i tråd med intensjonen i *Leve hele livet-* og *Bo trygt hjemme-*reformene. Overnevnte arbeid fremstår også som hensiktsmessig ift. å møte utfordringene som i Vennesla kommunes *kommuneplan* oppsummert handler om «økende press på helse og omsorgstjenester, og knapphet på tilgjengelige ressurser», og hvor det blant annet, i tråd med LEON-prinsippet og ideen om såkalt venstreforskyving, legges vekt på å «dreie ressursene i retning av mer forebyggende og helsefremmende tiltak».

Revisjonen formulerer ikke anbefalinger knyttet opp mot problemstilling 2 (P2) i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Vi bemerker imidlertid at vi så i kapittel 3.5 at kommunen selv pekte på at en forutsetning for venstreforskyving framover vil være at flere må kunne bo hjemme lenger. En av forutsetningene for at dette skal kunne være mulig, er at Vennesla kommune har «egne og økonomisk tilgjengelige boliger. Dette krever både nye løsninger og et tettere samarbeid mellom tjenesteområdene». Revisjonen spiller i så måte inn at det framover er viktig at Vennesla kommune ikke kommer på etterskudd når det gjelder «egne og økonomisk tilgjengelige boliger».

## **5.4 (P3) Innføring og bruk av velferdsteknologi i Vennesla kommune**

Økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester fremover krever innovasjon og utnyttelse av digitale og velferdsteknologiske løsninger i kommunene. Vi har vi i problemstilling 3 (P3) spurt

### *3. I hvilken grad jobber Vennesla kommune med å ta i bruk velferdsteknologi og digitale tjenester i sine helse- og omsorgstjenester?*

Revisjonens gjennomgang i kapittel 3.3 og 4.3 viser at Vennesla kommune gjør en god jobb og er langt fremme i arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi, både på høyere og lavere trinn i omsorgstrappen. Revisjonen vurderer at arbeidet Vennesla kom-

<sup>45</sup> Denne formuleringen er hentet fra Vennesla kommunes egen *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040*.

mune gjør på dette feltet, er i tråd med Helsedirektoratets og KS' beskrivelser av god praksis (herunder KS' såkalte helhetlige tjenestemodell for velferdsteknologi), jf. henvisningene i avsnitt 2.1.3. I møtet revisjonen hadde med Vennesla kommune om velferdsteknologi, gjorde kommunen også rede for arbeidet og vurderingene som gjøres på en meget god måte.

Videre er det positivt at kommunen deltar i nasjonale innføringsløp i regi av KS samt i regionale samarbeid hvor temaet er e-helse og velferdsteknologi. Vennesla kommune har også vist til tiltak som bidrar til å redusere risikofaktorer som ifølge Helsetilsynet kan bidra til at innføring av velferdsteknologi kan gi «falsk trygghet»,

I og med at revisjonens inntrykk er at Vennesla kommune er langt fremme når det gjelder innføring og bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler på de forskjellige trinnene i omsorgstrappen, så formulerer vi ikke konkrete anbefalinger knyttet til problemstilling 3 (P3) om velferdsteknologi. Vi legger imidlertid til at det fremover vil være viktig at

- arbeidet med endringsledelse i egen organisasjon,
- informasjon og medvirkning ift. brukere og pårørende, og
- informasjon til innbyggere og politikere, herunder Eldrerådet, for å forklare hvorfor digitalisering og velferdsteknologi er nødvendig for å sikre bærekraftige tjenester,

holder tritt med det gode arbeidet som gjøres med å innføre og ta i bruk velferdsteknologi i Vennesla kommune.

## **5.5 (P4) Rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell**

I problemstilling 4 (P4) i dette prosjektet har vi spurt

### 4. I hvilken grad jobber Vennesla kommune aktivt med utfordringene knyttet til mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer?

Med utgangspunkt i gjennomgangen i kapittel 3.4 og 4.4 vurderer revisjonen at Vennesla kommune har fokus på, og jobber aktivt med, utfordringene både Vennesla kommune og norske kommuner generelt står overfor knyttet til mangel på arbeidskraft som oppstår som følge av demografiutfordringer (flere eldre og svekket aldersbæreevne).

Gjennomgangen av Vennesla kommunes *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* og *Plan for Helse- og omsorgstjenesten 2023-2040* viser at kommunen har jobbet med å klarlegge utfordringsbildet. Når det gjelder innsatsområdene og problematikken som det vises til i aktuelle Stortingsmeldinger og NOUer, jf. avsnitt 2.1.4, herunder

- bedre bruk av eksisterende personell / tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling og heltidskultur
- jobbe med rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving og -utvikling
- fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår, og jobbe med å redusere sykefravær

så viser vår gjennomgang at kommunen jobber aktivt med denne problematikken. Det må også legges til at arbeidet kommunen her gjør bidrar til å nå hovedmål og delmål på satsingsområdet *Gode medarbeidere* i Vennesla kommunes kommuneplan, jf. avsnitt 2.2.1 i denne forvaltningsrevisjonsrapporten.

Det at sykefraværet er høyt i Vennesla kommune på tross av kommunens arbeid med å redusere dette, viser at overnevnte problematikk er kompleks, jf. begrepet «samfunnsflope» i *Regionplan Agder 2030*<sup>46</sup>, samt at det ikke er et 1-1 forhold mellom iverksatte tiltak på den ene siden, og resultater på den andre siden. Revisjonen bemerker her samtidig at det er positivt at Vennesla kommune nå jobber med et nytt prosjekt i samarbeid med fastlegene for å redusere sykefraværet.

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommune jobber godt med problematikken som problemstilling 4 (P4) tar for seg, det vil si rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell. Omstillingsprosesser vil kunne oppleves som krevende både for ledere og medarbeidere, og det er derfor positivt at Vennesla kommune legger vekt på at god forankring og å sikre en felles forståelse av retningen, er av stor betydning. Vi har sett i avsnitt 3.2.4 at Vennesla kommune jobber planmessig med å gjøre omstillinger / endringer som gir en bedre tilpasset drift og mulighet for økonomisk besparelser, og revisjonen har ikke innspill hverken når det gjelder områder for omstilling eller omstillingstakten i *Seksjon helse og omsorg* i Vennesla kommune.

Det må samtidig her understrekes at rammene for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet medfører at vi ikke har hatt mulighet til å gå i dybden eksempelvis når det gjelder sykefravær<sup>47</sup>, men i og med at prosjektets formål er å gjennomgå de forskjellige sidene ved kommunens arbeid med å møte demografiutfordringene, vurderer vi at kommunens arbeid ifm. problemstilling 4 (P4) er i tråd med forventningene i overnevnte nasjonale dokumenter.

På denne bakgrunnen formulerer vi ikke konkrete anbefalinger når det gjelder rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og bedre bruk av personell.

---

<sup>46</sup> Se kapittel 5.1 over.

<sup>47</sup> Vi kan ikke gå dypere inn i sykefraværspromatikken i helse- og omsorgssektoren i Vennesla kommune i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet. Når det gjelder arbeid med å redusere sykefravær, så viser vi for øvrig til forvaltningsrevisjonsprosjektet [Sykefravær i Kristiansand kommune](#) fra 2018.

## 5.6 Konklusjon og overordnet anbefaling

Alt i alt vurderer revisjonen at Vennesla kommune svarer ut dette forvaltningsrevisjonsprosjektets fire problemstillinger på en god måte. Vi har ikke formulert konkrete anbefalinger knyttet opp mot prosjektets problemstillinger, men vi understreker at det er viktig at Vennesla kommune viderefører det gode arbeidet som gjøres og at omstillingstakten opprettholdes.

Samtidig har vi pekt på at problematikken vi tar for oss i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet, er kompleks og vanskelig å løse, og at den etter vårt skjønn faller inn under «samfunnsflope»-begrepet som benyttes i [Regionplan Agder 2030](#) (RA30). Samfunnsflopebegrepet illustrerer at utfordringene som følger av demografiutviklingen (flere eldre og svekket aldersbæreevne), er vanskelige å løse og krever tverrfaglig og tverrsektoriell innstas for å lykkes. Det betyr at selv om Vennesla kommune gjør et godt arbeid på områdene som dette prosjektets fire problemstillinger er avgrenset til å dekke, så må det antas at fremskritt blant annet når det gjelder å redusere utenforskapet og å styrke oppvekstvilkårene i Vennesla kommune, også vil ha betydning for i hvilken grad kommunen i tiårene som kommer klarer å håndtere utfordringene man står overfor som følge av demografiutviklingen. Og som *Plan for aktiv aldring og eldreomsorg 2022-2040* peker på, vil i tillegg arealplanlegging og boligpolitikken her spille en rolle.

Med dette som utgangspunkt formulerer vi i dette forvaltningsrevisjonsprosjektet følgende overordnede anbefaling:

1. Vennesla kommune bør i det videre arbeidet med å møte utfordringene som følger av strukturelle demografiske endringer bruke kommentarene og innspillene i denne forvaltningsrevisjonsrapporten aktivt.

Vi understreker at det i denne rapporten ikke er noen pålegg eller henvisninger til alvorlige mangler som må rettes opp, og at Vennesla kommune derfor selv må vurdere hvordan det videre arbeidet med å møte utfordringene som følger at demografiutfordringene gripes an samt hvilke konkrete satsinger og tiltak som prioriteres.

## 6 Kommunedirektørens høringsuttalelse



Vennesla kommune

26. januar 2026

### Svar på høring- forvaltningsrevisjon en aldrende befolkning i Vennesla kommune

Vi viser til oversendt rapport til høring i forbindelse med forvaltningsrevisjon – aldrende befolkning, jf. kontrollutvalgets vedtak i sak 20/25.

Kommunedirektøren vil takke Agder Kommunerevisjon for et godt samarbeid gjennom revisjonsarbeidet. Vår vurdering er at rapporten i all hovedsak gir et korrekt og dekkende bilde av kommunens arbeid med å møte utfordringene knyttet til en aldrende befolkning.

Vi vil likevel gjøre oppmerksom på én presisering: I omtalen av prosjektet *Digitale Sammen* kan det fremstå som om prosjektet er ferdigstilt. Dette er ikke korrekt. Prosjektet er nylig igangsatt og er fortsatt i en tidlig fase av gjennomføringen.

Utover dette har vi ingen merknader til rapporten, og vi har ikke avdekket øvrige faktafeil.

På vegne av kommunedirektør Svein Skisland,

May-Lene Lunde Uberg  
rådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur*

## 7 Litteratur

Helsedirektoratet, *Kompetanseløft 2025* (regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)

NOU 2023:4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* («Helsepersonellkommissjonen»)

Regionplan Agder 2030

Stortingsmelding 15 (2017–2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*

Stortingsmelding 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring. Bu trygt heime*

Stortingsmelding 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*