



Medlemmene i kontrollutvalget i Ibestad kommune  
Ordføreren  
KomRev NORD v/oppdragsansvarlig revisor  
KomRev NORD v/oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

**Deres ref.:** **Saksbeh.:** Tage Karlsen **Telefon:** **Dato:**  
**Vår ref.:** 19/32/436.5.1/TK **E-postadr.:** tage@k-sek.no 480 38383 26.9.2023

## INNKALLING TIL MØTE I KONTROLLUTVALGET I IBESTAD KOMMUNE

Det innkalles til møte i utvalget.

**Møtested:** Rådhuset, kommunestyresalen  
**Møtedato:** Tirsdag 3.10.2023  
**Tid: Kl. 11.00** (*merk tidspunktet*)

./.

Vedlagt følger sakliste og saksdokumenter.

Av hensyn til innkalling av varamedlemmer ber vi om at eventuelle forfall meldes til K-Sekretariatet i god tid før møtet.

Som gyldig forfall regnes tjenestereiser, spesielle arbeidsforhold, sykdom og vektige velferdsgrunner.

Enkelte saker kan bli ført for lukkede dører, jfr. kommunelovens § 11-5. Det vises til saklisten for nærmere informasjon.

Med vennlig hilsen

Tage Karlsen  
seniorrådgiver

Kopi: varamedlemmer (NB! møter kun ved særskilt innkalling)  
kommunedirektøren

---

Postadresse:	Hovedkontor:	Avdelingskontor:	Avdelingskontor:	Avdelingskontor:	Avdelingskontor
K-Sekretariatet IKS Postboks 6600 9296 TROMSØ <a href="http://www.k-sek.no">www.k-sek.no</a>	Fylkeshuset TROMSØ Tlf. 77 78 80 43 Org.nr. 988 064 920	Postmottak 9479 HARSTAD Tlf. 77 02 61 66	Ringv. 1 9300 FINNSNES Tlf. 91 35 19 94	Rådhuset 8305 SVOLVÆR Tlf. 95 10 90 02	Fylkeshuset 8048 BODØ Tlf. 91 36 09 38



## SAKLISTE

**Utvalg:** Kontrollutvalget i Ibestad kommune  
**Møtedato:** 3.10.2023  
**Tid:** kl. 11.00 (*merk tidspunktet*)  
**Møtested:** Rådhuset, kommunestyresalen

Saknr	Tittel
8/23	Orienteringer
9/23	Bestilling forvaltningsrevisjon grunnskolen
10/23	Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenester»
11/23	Budsjettramme for kontroll og tilsyn
12/23	Eventuelt



<b>Utvalg:</b> Kontrollutvalget i Ibestad kommune	<b>Saksnummer:</b> 8/2023	<b>Møtedato:</b> 3.10.2023	<b>Saksbehandler:</b> Tage Karlsen
---	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

## ORIENTERINGER

### Innstilling til vedtak:

Saken tas til orientering.

### Saken gjelder:

1. Protokoll fra kontrollutvalgets møte 12.5.2023
2. Møteprotokoll Representantskapsmøte K-Sekretariatet IKS
3. Varaliste – kontrollutvalget
4. Digital utsendelse av møtedokumenter

### Vedlegg til saken:

1. Protokoll fra kontrollutvalgets møte 12.5.2023
2. Møteprotokoll representantskapet - K-Sekretariatet IKS
3. Brev av 30.8.2023 fra K-Sekretariatet
4. Brev av 26.9.2023 fra K-Sekretariatet

### Saksutredning

Det vises til vedleggene.

Harstad, 26.9.2023

Tage Karlsen  
seniorrådgiver



**IBESTAD KOMMUNE**  
**MØTEPROTOKOLL**  
**Kontrollutvalget**

---

Møtested: Rådhuset, kommunestyresalen  
Møtedato: 12.05.2023  
Varighet: 09.00 –09.55

---

**Møteleder:** Dag Indresand

---

**Sekretær:** Audun Haugan

**Faste medlemmer**

1. Dag Indresand, leder
2. Stig Bruvoll (nestleder)
3. Rune Bertheussen
4. May-Lis Engebraaten
5. Mona Kristiansen

**Varamedlemmer**

Knut Børge Meyer

**Fra utvalget møte:**

Dag Indresand  
Stig Bruvoll  
May-Lis Engebraaten  
Mona Kristiansen  
Knut Børge Meyer

**Ikke møtt:**

Rune Bertheussen (forfall).

**Fra den politiske ledelse møte:**

**Fra administrasjonen møte:**

Kommunedirektør Hildegunn Thode Dalsnes (f.o.m. sak 03/2023)

**Fra KomRev NORD IKS møte:**

Regnskapsrevisor Beathe K. Holtborg.

**Fra K-Sekretariatet IKS møte:**

Seniorrådgiver Audun Haugan.

**Øvrige:**

**Merknader til innkalling og sakliste:**

Ingen merknader.

**Valgt til å underskrive protokollen:**

Dag Indresand og Stig Bruvoll.

**Behandlede saker:**

Saknr.	Saknr.	Tittel
01/2023		Orienteringer
02/2023		Rapportering fra revisor - årsoppgjørrevisjon for 2022
03/2023		Kontrollutvalgets uttalelse om Ibestad kommunes årsregnskap og årsberetning for 2022
04/2023		Kontrollutvalgets årsrapport for 2022
05/2023		Forvaltningsrevisjonen «Kvalitet i hjemmetjenester» - statusnotat
06/2023		Forenklet etterlevelseskontroll for 2022
07/2023		Eventuelt

**Sak 01/2023**  
**ORIENTERINGER**

Saken gjelder:

1. Protokoll fra kontrollutvalgsmøte 27.09.2023
2. Innkalling representantskapsmøte i KomRev Nord IKS den 28.04.2023
3. Innkalling representantskapsmøte K-Sekretariatet IKS den 24.04.2023

**Innstilling:**

Saken tas til orientering.

**Behandling:**

Det ble fattet enstemmig vedtak i henhold til innstillingen.

**Vedtak:**

Saken tas til orientering.

**Sak 02/2023**  
**RAPPORTERING FRA REVISOR - ÅRSOPPGJØRSREVISJON FOR 2022**

**Innstilling:**

Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering.

**Behandling:**

Revisor orienterte.

Det ble fattet enstemmig vedtak i henhold til innstillingen.

**Vedtak:**

Kontrollutvalget tar redegjørelsen til orientering.

### **Sak 03/2023**

## **KONTROLLUTVALGETS UTTALELSE OM IBESTAD KOMMUNES ÅRSREGNSKAP OG ÅRSBERETNING FOR 2022**

### **Innstilling:**

1. Kontrollutvalget vedtar forslaget til uttalelse som kontrollutvalgets uttalelse til Ibestad kommunes årsregnskap og årsberetning for 2022.
2. Kontrollutvalgets uttalelse sendes kommunestyret, med kopi til formannskapet, for fremleggelse i forbindelse med behandlingen av årsregnskapet og årsberetningen.

### **Behandling:**

Kommunedirektøren møtte og svarte på spørsmål fra utvalget.

Det ble fattet enstemmig vedtak i henhold til innstillingen.

### **Vedtak:**

1. Kontrollutvalget vedtar forslaget til uttalelse som kontrollutvalgets uttalelse til Ibestad kommunes årsregnskap og årsberetning for 2022.
2. Kontrollutvalgets uttalelse sendes kommunestyret, med kopi til formannskapet, for fremleggelse i forbindelse med behandlingen av årsregnskapet og årsberetningen

*Utskrift av vedtak sendt 15.05.2023 til  
- ordfører*

### **Sak 04/2023**

## **KONTROLLUTVALGETS ÅRSRAPPORT FOR 2022**

### **Innstilling:**

1. Kontrollutvalget vedtar forslaget til årsrapport som sin årsrapport for 2022.
2. Kontrollutvalget anbefaler kommunestyret å fatte slikt *v e d t a k*:  
*Kontrollutvalgets årsrapport for 2022 tas til orientering.*

### **Behandling:**

Det ble fattet enstemmig vedtak i henhold til innstillingen.

### **Vedtak:**

1. Kontrollutvalget vedtar forslaget til årsrapport som sin årsrapport for 2022.

2. Kontrollutvalget anbefaler kommunestyret å fatte slikt v e d t a k:

*Kontrollutvalgets årsrapport for 2022 tas til orientering.*

*Utskrift av vedtak sendt 15.05.2023 til*

*- ordfører*

**Sak 05/2023**

**FORVALTNINGSREVISJONEN «KVALITET I HJEMMETJENESTER» -  
STATUSNOTAT**

**Innstilling:**

Saken tas til orientering.

**Behandling:**

Det ble fattet enstemmig vedtak i henhold til innstillingen.

**Vedtak:**

Saken tas til orientering.

**Sak 06/2023**

**FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL FOR 2022**

**Innstilling:**

Revisors attestasjonsuttalelse etter forenklet etterlevelseskontroll for 2022 tas til orientering.

**Behandling:**

Det ble fattet enstemmig vedtak i henhold til innstillingen.

**Vedtak:**

Revisors attestasjonsuttalelse etter forenklet etterlevelseskontroll for 2022 tas til orientering.

**Sak 07/2023**

**DRØFTINGSSAKER - EVENTUELT**

**Innstilling:**

Saken fremmes med åpen innstilling.

**Behandling:**



Ingen saker meldt på forhånd.

Kontrollutvalget tok opp møtedato for høsten. Det fremkom slik felles forslag til vedtak:

*Neste møte fastsettes til fredag 8. september 2023 kl 09.00.*

Det ble fattet enstemmig vedtak i henhold til forslaget.

**Vedtak:**

Neste møte fastsettes til fredag 8. september 2023 kl 09.00.

Hamnvik, 12.05.2023

Dag Indresand  
leder

Stig Bruvoll  
nestleder



## MØTEPROTOKOLL

### Representantskapet

Møtested: Nettmøte via Teams

Møtedato: 24. april 2023

Varighet: 1100 - 1200

**Møteleder:** Reidar Karlsen

**Sekretær:** Bjørn-Harald Christensen

#### Fra representantskapet møte:

<u>Deltakerkommuner/-fylkeskommune</u>	<u>Representanter</u>
Kvæfjord kommune	Birger Foland
Harstad kommune	Halvar Hansen
Senja kommune	Per Inge Søreng
Målselv kommune	Reidar M. Karlsen
Sørreisa kommune	Truls Meyer (v)
Balsfjord kommune	Gunda Johansen
Karlsøy kommune	Mona Benjaminsen
Tromsø kommune	Rolleiv Lind
Kåfjord kommune	Hermund Dalvik
Nordreisa kommune	Kirsti Hansen-Krone (v)
Skjervøy kommune	Hanne Nygård Føgstad (v)
Storfjord kommune	Inger Heiskel
Sortland kommune	Geir Havnorsen
Lødingen kommune	Hugo Jacobsen
Hadsel kommune	Lena Arntzen (v)
Øksnes kommune	Alf Roger Jacobsen
Ibestad kommune	Dag Sigurd Brustind
Evenes kommune	Svein Nilsen (v)
Vestvågøy kommune	Magnus Ellingsen
Flakstad kommune	Raymord Abelsen
Værøy kommune	Oddvar Aasen
Nordland fylkeskommune	Marianne Dobak Kvensjø
Narvik kommune	Rune Østergren
Lavangen kommune	Hege Rollmoen
Andøy kommune	Torfinn Bø
Gratangen kommune	Anita Karlsen
Salangen kommune	Svein-Magne Færsgren
Dyrøy kommune	Marit Espenes
Bardu kommune	Torill Annie Johansen

Gratangen kommune	Anita Karlsen
Salangen kommune	Svein-Magne Forsgren
Dyrøy kommune	Marit Espenes
Bardu kommune	Torill Annie Johansen
<i><u>Forfall:</u></i>	
Vågan kommune	
Moskenes kommune	
<i><u>Ikke deltatt:</u></i>	
Troms og Finnmark fylkeskommune	Kriss Rokkan Iversen
Kvænangen kommune	Eirik Losnesgaard Mevik
Lyngen kommune	Dan-Håvard Johnsen
Bø kommune	Rolf Hugo Eriksen
Røst kommune	Terry Torsteinsen
Tjeldsund kommune	Helene Berg Nilsen

**Fra styret møte:**

Jens-Olav Løvlid	Styreleder
Randi Lillegård	Nestleder
John Karlsen	Medlem
Jorunn Heidi Adjokatse	Medlem

**Fra administrasjonen møte:**

Daglig leder Inger Johansen  
 Bjørn-Harald Christensen  
 Seniorrådgiver Audun Haugan  
 Seniorrådgiver Bjørn Halvor Wikasteen

**Fra kontrollutvalget i Troms og Finnmark fylkeskommune:**

Håvard K. Gulliksen

**Merknader til innkalling og sakliste:**

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

**Behandlede saker:****SAKLISTE**

Saknr	Tittel	U.off.
01/23	Åpning ved representantskapet leder Reidar Karlsen a. valg av 2 medlemmer til å underskrive protokollen sammen med møtelederen	
02/23	Årsregnskap og årsrapport fra styret for 2022	
03/23	Økonomiplan 2024-2027	
04/23	Godtgjørelse tillitsvalgte	

**Sak 01/23****ÅPNING AV REPRESENTANTSKAPET****Innstilling:****Behandling:**

Valg av 2 medlemmer til å underskrive protokollen sammen med møtelederen.

Forslag til vedtak:

*Svein-Magne Forsgren og Torill Annie Johansen velges til å underskrive protokollen sammen med møtelederen.*

Forslaget enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

Svein-Magne Forsgren og Torill Annie Johansen velges til å underskrive protokollen sammen med møtelederen.

**Sak 02/23****ÅRSREGNSKAP OG ÅRSRAPPORT FRA STYRET FOR 2022****Styrets innstilling til vedtak:**

- Representantskapet godkjenner framlagte årsregnskap og årsrapport fra styret for 2022.
- Regnskapsmessig overskudd på kr 2.065.227 disponeres som følger:
  - Andre disposisjoner      kr 1.500.000
  - Til annen egenkapital      kr 565.227

**Behandling:**

Innstillingen enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

1. Representantskapet godkjenner framlagte årsregnskap og årsrapport fra styret for 2022.
2. Regnskapsmessig overskudd på kr 2.065.227 disponeres som følger:
  - Andre disposisjoner           kr 1.500.000
  - Til annen egenkapital       kr 565.227

**Sak 03/23****ØKONOMIPLAN 2024-2027****Styrets innstilling til v e d t a k:**

1. Representantskapet vedtar den justerte budsjettrammen for 2023, budsjettramme for 2024 og økonomiplanen for perioden 2024-2027.
2. Dersom noen av de forutsetninger som ligger til grunn for økonomiplanen blir vesentlig endret, legger representantskapet til grunn at virksomheten i K-Sekretariatet tilpasses dette.

**Behandling:**

Innstillingen enstemmig vedtatt.

**Vedtak:**

1. Representantskapet vedtar den justerte budsjettrammen for 2023, budsjettramme for 2024 og økonomiplanen for perioden 2024-2027.
2. Dersom noen av de forutsetninger som ligger til grunn for økonomiplanen blir vesentlig endret, legger representantskapet til grunn at virksomheten i K-Sekretariatet tilpasses dette.

**Sak 04/23****GODTGJØRELSE TILLITSVALGTE****Valgkomiteens innstilling til v e d t a k:**

Godtgjørelsene til medlemmene i representantskapet og styret vedtatt i representantskapsak 4/20 videreføres uendret.

**Behandling:**

Forslag til vedtak fra representanten Rolleiv Lind:

*Fast årlig godtgjørelse til leder, nestleder og medlemmer av styret økes med hhv. kr 5.000,-, kr 4.000,- og kr 2.000,-. Virkningen gjøres fra 1.1 2023*

*Årlig fast godtgjørelse til leder og nestleder av representantskapet økes med hhv. kr 1.500,- og kr 1.000,-. Godtgjørelse for deltakelse i representantskapet økes med kr 1.000,-. Virkningen gjøres fra 1.1.2023.*

Innstillingen vedtatt mot 2 stemmer.

**Vedtak:**

Godtgjørelsene til medlemmene i representantskapet og styret vedtatt i representantskapsak 4/20 videreføres uendret.

Vi bekrefter med våre underskrifter at møtebokens bader er ført i samsvar med det som ble bestemt på møtet.

  
Reidar Karlsen

  
Svein-Magne Forsgren

  
Torill Annie Johansen





Ibestad kommune  
v/ordfører

Deres ref.:  
Vår ref.: 4362.2/14/23

Saksbeh.: Tage Karlsen  
E-postadr.: tage@k-sek.no

Telefon: 48 03 83 83  
Dato: 30.8.2023

## VALG AV KONTROLLUTVALG – FELLES VARALISTE OG PERSONLIGE VARA

Høstens kommunevalg nærmer seg og vi finner grunn til å gi viktig informasjon om valg av varaliste til kontrollutvalget.

Valg til utvalget er regulert av kommunelovens §§ 7-5 til 7-7. En del kommuner har hatt felles lister, og noen har hatt lister med personlige vara.

Kommunaldepartementet er av den oppfatning at man ikke kan vedta en felles varaliste, eller vedta personlige vara, men må velge en liste med nummererte vara for hver gruppe (formelt vedtatt valgsamarbeid).

Spørsmålet om varalisten til kontrollutvalget tatt opp i denne uttalelsen fra departementet:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/-7-5-til-7-7-sporsmal-om-valg-av-varamedlemmer-til-kontrollutvalg/id2699296/>

Det sies her:

***«Du stiller først spørsmål om det er adgang til å velge personlige varamedlemmer til kontrollutvalget.***

*De relevante reglene om valg til folkevalgte organer, inkludert kontrollutvalget, følger av §§ 7-5 til 7-7.*

*I §§ 7-5 og 7-6 er hhv. kravene til listene og valgoppgjør ved forholdsvalg regulert. Det følger av § 7-6 femte ledd at hver liste skal tildeles varamedlemmer og at disse plassene skal fordeles i samsvar med andre og tredje ledd. I andre ledd bestemmes det at (vara)medlemmene pekes ut i den rekkefølgen de står oppført på det innleverte listeforslaget. I tredje ledd stilles det nærmere krav til kjønnsbalanse. Reglene innebærer altså at hver liste skal ha varamedlemmer i rekkefølge, og ikke i form av personlig vara.*

*I § 7-7 er avtalevalg regulert. Det følger av bestemmelsens andre ledd at valget*

---

<b>Postadresse:</b> K-Sekretariatet IKS Postboks 6600 9296 TROMSØ	<b>Hovedkontor:</b> Fylkeshuset TROMSØ Tlf. 45 96 04 75/ 91 69 18 42 Org.nr. 988 064 920	<b>Avdelingskontor:</b> Postmottak 9479 HARSTAD Tlf. 48 03 83 83	<b>Avdelingskontor:</b> Ringv. 1 9300 FINNSNES Tlf. 91 35 19 94	<b>Avdelingskontor:</b> Rådhuset 8305 SVOLVÆR Tlf. 95 10 90 02	<b>Avdelingskontor:</b> Fylkeshuset 8048 BODØ Tlf. 91 36 09 38
--	---	---	--	---	---

[www.k-sek.no](http://www.k-sek.no)



*gjennomføres på grunnlag av en innstilling med forslag til medlemmer og varamedlemmer. Antall varamedlemmer kan være inntil to flere enn de faste medlemmene. Selv om det i ordlyden ikke er eksplisitt sagt at varamedlemmer skal velges i rekkefølge, og ikke som personlige varamedlemmer, mener departementet at bestemmelsen klart tyder på et krav om rekkefølge. At loven åpner for å velge to flere varamedlemmer enn faste medlemmer støtter opp under en slik konklusjon. Departementets veiledningsmateriale legger også denne konklusjonen til grunn. I eksempelet på avtalevalg som departementet viser i Konstitueringsrundskrivet 2019 (H-4/19) side 11, er varamedlemmene ført opp i rekkefølge.*

*Dette vil da innebære at uansett hvem fra den aktuelle listen som har forfall, og uansett metoden for gjennomføring av valget, så skal varamedlemmene innkalles i den nummerorden de er valgt, jf. § 7-10 første ledd.*

***Du stiller også spørsmål om det er lov med felles varamedlemsliste, uavhengig av parti.***

*Departementet antar kontrollutvalget i dette tilfellet er valgt ved avtalevalg. Departementet har i lang tid lagt til grunn at det ikke er rettslig adgang med felles varamedlemsliste. Vi viser til Konstitueringsrundskrivet 2019 side 19, hvor det heter at "det er ikkje høve til å opprette ei felles liste over varamedlemmer." Departementet ga uttrykk for det samme også i Konstitueringsrundskrivet 2015 (H-12/15).»*

Ut fra dette er det ikke adgang til å vedta en felles varaliste for kontrollutvalget, eller en liste med personlige vara. Varalisten må vedtas med to eller flere nummererte varamedlemmer for hver gruppering.

Med vennlig hilsen



Tage Karlsen  
seniorrådgiver

*Kopi: kommunedirektøren*



Ibestad kommune  
kommunedirektøren

Deres ref.:  
Vår ref.: 436.2.2/18/23/TK

Saksbeh.: Tage Karlsen  
E-postadr.: tage.karlsen@k-sekretariatet.no

Telefon: 48 03 83 83  
Dato: 26.9.2023

## KONTROLLUTVALGET - OVERGANG TIL DIGIAL UTSENDELSE AV SAKSDOKUMENTER

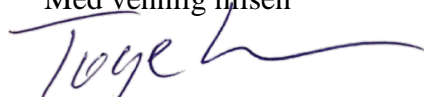
K-Sekretariatet IKS bistår som kjent kontrollutvalget i Ibestad kommune.

Det har skjedd store endringer for så vidt gjelder postgangen i Norge de senere årene. Vi har over lang tid erfart at utsendelse av fysiske saksdokumenter pr. post ikke fungerer tilfredsstillende. Årsaken til dette er både at Posten har redusert dager med postombæring til et minimum og at selve forsendelsestiden er blitt lang og uforutsigbar.

K-Sekretariatet er tvunget til å forholde oss til dette. Vi må overholde kommunelovens krav om at saksdokumenter skal være utvalgsmedlemmene i hende i rimelig tid. Samtidig kan vi ikke sende ut dokumentene 2-3 uker før møtedato. Fra og med **1. november 2023** vil vi derfor ikke lenger sende ut sakspapirer til kontrollutvalgets møter pr. post (papirkopier). Den digitale kompetansen i samfunnet generelt og blant kontrollutvalgsmedlemmer er også mye høyere enn for noen år siden. I tillegg har mange kommuner allerede gått over til digitale innkallinger i folkevalgte organer. Vi anser også digital oversendelse med kryptert epost og passord som både sikrere og mer effektivt i saker som er unntatt offentlighet. Det er pr. dato relativt få av kontrollutvalgene i våre eierkommuner som fortsatt mottar fysiske saksdokumenter. Så for de fleste utvalgenes vedkommende er problemet allerede løst.

Dette innebærer at kontrollutvalgets medlemmer må ha tilgang til egnet utstyr for å motta, lagre og lese saksdokumenter. Kommunene har forskjellig praksis med hensyn til valg av utstyrstype, leverandører og systemer. Det er også kommunene som må stå for anskaffelse, installering og vedlikehold/oppdateringer etc. Det er følgelig den enkelte kommune som er best skikket til å foreta de riktige valg av utstyr og ordninger for tildeling av dette. K-Sekretariatet melder herved fra om at dette behovet vil være til stede ganske snart og anmoder om at de nødvendige handlinger for å imøtekomme behovet blir iverksatt.

Med vennlig hilsen



Tage Karlsen  
seniorrådgiver

---

<b>Postadresse:</b> K-Sekretariatet IKS Postboks 6600 9296 TROMSØ <a href="http://www.k-sek.no">www.k-sek.no</a>	<b>Hovedkontor:</b> Fylkeshuset TROMSØ Tlf. 77 78 80 43 Org.nr. 988 064 920	<b>Avdelingskontor:</b> Postmottak 9479 HARSTAD Tlf. 77 02 61 66	<b>Avdelingskontor:</b> Ringv. 1 9300 FINNSNES Tlf. 91 35 19 94	<b>Avdelingskontor:</b> Rådhuset 8305 SVOLVÆR Tlf. 95 10 90 02	<b>Avdelingskontor:</b> Fylkeshuset 8048 BODØ Tlf. 91 36 09 38
--	---	---	--	---	---



<b>Utvalg:</b> Kontrollutvalget i Ibestad kommune	<b>Saksnummer:</b> 9/2023	<b>Møtedato:</b> .2023	<b>Saksbehandler:</b> Tage Karlsen
---	------------------------------	---------------------------	---------------------------------------

## **BESTILLING FORVALTNINGSREVISJON – TILPASSET OPPLÆRING OG SPESIALUNDERVISNING**

### **Innstilling til v e d t a k:**

1. Kontrollutvalget slutter seg til forslag til bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjekt rettet mot tilpasset opplæring og spesialundervisning i Ibestad kommune.
2. Bestillingen oversendes til KomRev NORD med anmodning om utarbeidelse av overordnet prosjektskisse til behandling i kontrollutvalget.

### **Saken gjelder**

#### **Vedlegg til saken:**

Forslag til bestillingsskjema

#### **Saksutredning:**

### **1. Innledning/bakgrunn for prosjektet**

Kommunestyret vedtok plan for forvaltningsrevisjon i møte 8.10.2022 (sak 35/20).

Vedtaketets første punkt gjengir prosjektene i prioritert rekkefølge:

1. Kommunestyret vedtar følgende plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020 - 2024 i prioritert rekkefølge:
  1. Hjemmetjenesten - overgang fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester.
  2. Oppvekst - skole.
  3. Oppfølging av politiske vedtak.
  4. Plan og næring - Lovpålagte oppgaver m.v.
2. Kommunestyret vedtar følgende plan for eierskapskontroll for perioden 2020 - 2024 - Ibestad Eiendom AS

3. Kommunestyret delegerer til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioder ved endringer i risiko- og vesentlighetsbildet, herunder initiere andre.

Kommunestyrets vedtak skjedde med grunnlag i kontrollutvalgets sak 16/20. Herfra gjengis:

«I vurderingen som lå til grunn for denne prioriteringen sies bl.a.: (...) anbefaler vi kontrollutvalget å prioritere igangsetting av forvaltningsrevisjon innenfor området grunnskoleopplæring – rettet mot **kvalitet i grunnskolen** i løpet av inneværende periode. En slik forvaltningsrevisjon kan innrettes mot å undersøke hvorvidt kommunen gjennom sitt opplæringstilbud etterlever krav i sentralt regelverk og anbefalinger – knyttet til for eksempel timetall og pedagogisk kompetanse, samt i hvilken grad kommunen sørger for tilstrekkelig **tilpasset opplæring** i grunnskolene, særlig på lavere trinn – for slik å kunne forebygge behovet for spesialundervisning senere i elevenes skoleløp. Videre kan kommunens arbeid med informasjonen om rettigheter i forbindelse med spesialundervisning, samt dens etterlevelse av bestemmelser knyttet til saksbehandlingen i forbindelse med **tildeling av spesialundervisning**, også inngå i en slik undersøkelse.».

Sekretariatet viser til kommunedirektørens årsberetning for 2019, side 21, hvor det framkommer at resultatmål for antall lærere med pedagogisk utdanning ikke er nådd. Resultatmål for nivå på nasjonale prøver er heller ikke nådd.»

Saksutredningen viser til overordnet analyse fra 2016, med påfølgende plan hvor kvalitet i grunnskolen var inntatt. På grunn av de ressursmessige begrensningene som forelå ble ikke dette prosjektet gjennomført, men videreført i kontrollutvalgets forslag til ny plan for forvaltningsrevisjon.

Prosjektet ble også anbefalt av KomRev NORD i e-post av 16.9.2020:

«**Grunnskoleområdet** er naturligvis av stor samfunnsmessig betydning – og erfaringsmessig er det høy forekomst av avvik fra gjeldende regelverk med hensyn til bl.a. spesialundervisning.

Mine forslag med hensyn til plan for forvaltningsrevisjon i Ibestad kommune for 2020-2024, er:

- 1) Kvalitet i sykehjemstjenestene
- 2) Tilpasset opplæring og spesialundervisning»

Sekretariatet har gjennomgått kommunens tre siste årsberetninger. Det fremkommer ikke opplysninger i disse som indikerer endringer i risikobildet, eller som indikerer spesielle utfordringer eller behov, utover utfordringer med å skaffe lærere med utdannelse. Det siste er et generelt problem for kommunene og ikke egnet tema for en forvaltningsrevisjon.

Ut fra en konkret vurdering av endringer i risikobildet vil kontrollutvalget kunne bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot andre sider ved grunnskolen. I så fall vil sannsynligvis det mest nærliggende å velge elevenes psykososiale miljø. Sekretariatet har ikke kunnskap om forhold som tilsier iverksettelse av et slikt prosjekt.

## 2. Formålet med prosjektet

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å undersøke om grunnskoleelevene i Ibestad kommune mottar et opplæringstilbud som er tilpasset den enkelte elev, og som for øvrig er i henhold til opplæringsloven, samt å bidra til å sikre at kommunen sørger for korrekt saksbehandling i saker om spesialundervisning, og påser av elever med behov for spesialundervisning faktisk mottar det tilbudet de skal ha. Tilpasset opplæring på et tidlig

stadium i grunnskolen til elever som ikke har enkeltvedtak kan bidra til at ressursbruken knyttet til spesialundervisning på sikt blir lavere.

### **3. Problemstillinger**

Forvaltningsrevisjonen foreslås gjennomført med utgangspunkt i følgende problemstillinger.

1. Tilbyr Ibestad kommune tilpasset opplæring i tråd med regelverk og anbefalinger på området, herunder: Innfrir kommunen sentrale krav til vurdering av grunnskoletilbudet?
2. Kan Ibestad kommune dokumentere korrekt saksbehandling i saker om spesialundervisning?

### **4. Kontrollutvalgets behandling**

K-Sekretariatet har utarbeidet forslag til en bestilling av prosjektet (vedlegg). KomRev NORD vil, etter kontrollutvalgets endelige utforming av bestillingen, utarbeide en overordnet projektskisse basert på denne. Den overordnede projektskissen vil bli forelagt kontrollutvalget til behandling før prosjektet igangsettes.

Harstad, 26.9.2023



Tage Karlsen  
seniorrådgiver



## Bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjekt

**Bestilling til:**

**KomRev NORD**

**Arbeidstittel:** TILPASSET OPPLÆRING OG SPESIALUNDERVISNING

**Kommune:** Ibestad

**Saksbehandler:** Tage Karlsen

### **Bakgrunn for prosjektet**

Oppvekst - skole er prioritert som prosjekt nummer to i gjeldende plan for forvaltningsrevisjon i Ibestad kommune for perioden 2020-2024.

Kommunestyrets vedtak i sak om plan for forvaltningsrevisjon er i samsvar med kontrollutvalgets innstilling. Kontrollutvalgets innstilling bygger ikke på enkelthendelser eller oppmerksomhet omkring forhold ved noen av kommunens skoler., men på det faktum at slik forvaltningsrevisjon ikke har vært gjennomført i Ibestad.

### **Mål/Formål med prosjektet**

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å undersøke om grunnskoleelevene i Ibestad kommune mottar et opplæringstilbud som er tilpasset den enkelte elev, og som for øvrig er i henhold til opplæringsloven, samt å bidra til å sikre at kommunen sørger for korrekt saksbehandling i saker om spesialundervisning, og påser av elever med behov for spesialundervisning faktisk mottar det tilbudet de skal ha. Tilpasset opplæring på et tidlig stadium i grunnskolen til elever som ikke har enkeltvedtak kan bidra til at ressursbruken knyttet til spesialundervisning på sikt blir lavere.

### **Foreslåtte problemstillinger:**

Forvaltningsrevisjonen foreslås gjennomført med utgangspunkt i følgende problemstillinger.

1. Tilbyr Ibestad kommune tilpasset opplæring i tråd med regelverk og anbefalinger på området, herunder: Innfrir kommunen sentrale krav til vurdering av grunnskole-tilbudet?
2. Kan Ibestad kommune dokumentere korrekt saksbehandling i saker om spesialundervisning?

### **Utfyllende opplysninger**

**Neste møte i kontrollutvalget er satt til:**

Møtedato ikke fastsatt

**Vedlegg:** Kontrollutvalgssak 9/23

**Dato:** 3.10.2023

**Sign:** Tage Karlsen



<b>Utvalg:</b> Kontrollutvalget i Ibestad kommune	<b>Saksnummer:</b> 10/2023	<b>Møtedato:</b> 3.10.2023	<b>Saksbehandler:</b> Tage Karlsen
---	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

## FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT «KVALITET I HJEMMETJENESTER»

### Innstilling til vedtak:

1. Kontrollutvalget tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i hjemmetjenester», KomRev NORD, 29.6.2023 til orientering.
2. Saken oversendes til kommunestyret med følgende innstilling til vedtak:
  1. Kommunestyret tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Kvalitet i hjemmetjenester», KomRev NORD, 29.6.2023 til orientering.
  2. Kommunestyret ber kommunedirektøren om å følge opp revisors anbefalinger i rapportens kapittel 8.
  3. Kommunedirektøren rapporterer av eget tiltak om oppfølging av dette vedtakets pkt. 2 innen 1.3.2023.

### Vedlegg:

Forvaltningsrevisjonsrapport «Kvalitet i hjemmetjenester», KomRev NORD, 29.6.2023

### Saksutredning:

#### 1. Innledning/bakgrunn

Kontrollutvalget bestilte forvaltningsrevisjonsprosjektet «Kvalitet i hjemmetjenester» hos KomRev NORD i møte 1.3.2022 (sak 4/22). Bestillingen er i henhold til plan for forvaltningsrevisjon, som er vedtatt av kommunestyret.

#### 2. Problemstillinger og revisjonskriterier

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført med sikte på å få svar på de **problemstillinger** som er lagt til grunn for undersøkelsen:

1. **Har Ibestad kommune dokumenterte rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på hjemmetjenestene?**



## 2. Hvordan opplever ansatte kvaliteten på hjemmetjenestene levert av Ibestad kommune?

Forvaltningsrevisjon defineres i kommunelovens 23-3, 1. ledd slik:

«Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.»

Med «*systematiske vurderinger*» forstås vurderinger som foretas med utgangspunkt i fastsatte normer. Dette gjennomføres ved at revisor stiller opp revisjonskriterier for de enkelte problemstillinger som inngår i prosjektet.

Revisjonskriterier defineres slik i RSK 001 (standard for forvaltningsrevisjon:

22) Med utgangspunkt i problemstillingen(e) skal det etableres revisjonskriterier for hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt. Revisjonskriterier er de krav, normer og/eller standarder som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til.

23) Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, og utledet fra, autoritative kilder innenfor det reviderte området.

Revisor har utledet følgende revisjonskriterier for **problemstilling 1**:

Ibestad kommune skal ha

- *Et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes i hjemmetjenesten*
- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i rad dette skal dokumenteres*
- *Ibestad kommune skal planlegge sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *Ibestad kommune skal gjennomføre sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *Ibestad kommune skal evaluere virksomhetens aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *Ibestad kommune skal korrigere virksomhetens aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

**Problemstilling 2** omhandler ansattes opplevelse av kvaliteten på tjenesten. Det kan ikke stilles opp revisjonskriterier for denne problemstillingen, som er en kartlegging.

## 3. Revisors funn, vurderinger og konklusjon

### 3.1 Problemstilling 1

Revisor har gjort følgende vurderinger (sammendraget, rapportens side 2):

- Ibestad kommune **oppfyller til dels** revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for hjemmetjenesten
- Ibestad kommune **oppfyller ikke** revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres
- Ibestad kommune **oppfyller ikke fullt ut** revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes i hjemmetjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Ibestad kommune **oppfyller til dels** revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Ibestad kommune **oppfyller i liten grad** revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Ibestad kommune **oppfyller i liten grad** revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Ut fra sine funn og vurderinger har revisor trukket følgende konklusjon:

**«Revisors konklusjon er at Ibestad kommune i noen grad har dokumenterte systemer som er egnet til å sikre kvalitet på hjemmetjenestene.»**

Oppsummeringsvis er konklusjon i grove trekk begrunnet slik:

«Styringssystemet som er etablert, er til dels dokumentert. Videre kjennetegnes det etter revisors vurdering av flere betydelige mangler, i særdeleshet relatert til kontinuerlig evaluering og korrigerende av hjemmetjenestens virksomhet.»

For detaljert gjennomgang av revisors funn vises til rapporten.

### 3.2 Problemstilling 2

Revisor har følgende oppsummering på rapportens s. 36:

- Resultatene indikerer et forbedringspotensial med henblikk på informasjonsutveksling
- Flertallet av respondentene synes å oppleve at tjenestemottakere får tjenester i henhold til sine vedtak
- Resultatene indikerer at flere – men ikke alle – av respondentene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å bistå tjenestemottakere med deres legemiddelbruk
- De fleste av respondentene synes å oppleve at tjenestemottakerne trives med hjemme- tjenestens personale
- Flertallet av respondentene opplever at tjenestemottakers rett til privatliv blir hensyntatt i tjenesteutøvelsen
- Det store flertall av respondentene opplever at mottakerne av hjemmetjenester behandles med respekt av tjenesteyterne
- Når det gjelder kontinuiteten blant personalet, indikerer resultatene noe større utfordringer – selv om revisors funn tilknyttet denne ikke kan anses «alarmingende».
- Et stort flertall av respondentene opplever at kvaliteten på hjemmetjenestene i Ibestad kommune er god.
- Flertallet av respondentene synes også å oppleve at mottakerne av tjenestene er fornøyde med disse

Ettersom det ikke kan stilles opp revisjonskriterier konkluderer ikke revisor under problemstilling 2.

#### 4. Revisors anbefalinger

Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) sier følgende om anbefalinger (pkt. 34):

«Der det er hensiktsmessig bør revisor gi anbefalinger. Anbefalinger må aldri formuleres som pålegg til administrasjonen. Revisor skal også være varsom med å foreslå detaljerte løsninger.»

Revisor har gitt følgende anbefalinger i rapportens kapittel 8:

«På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi lbestad kommune å videreutvikle sitt styringssystem for hjemmetjenesten, herunder:

- vurdere hvor omfattende styringssystemet skal være og i hvilken grad det skal formaliseres (dokumenteres) gjennom skriftlige rutinebeskrivelser
- gjennomføre risikoanalyser av virksomheten
- styrke innsatsen med hensyn til å innhente erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende
- videreutvikle sitt system for melding og håndtering av avvik
- foreta regelmessige gjennomganger og evalueringer av styringssystemet med henblikk på å vurdere hvorvidt det fungerer etter hensikten»

#### 5. Sekretariatets vurderinger

Sekretariatet vurderer rapporten som grundig og poengtert. Den gir svar på de problemstillingene som ligger i kontrollutvalgets bestilling.

Sekretariatet har ingen innvendinger mot revisors metodikk, vurderinger og konklusjon.

For så vidt gjelder kulepunkt 1 i anbefalingene kan dette muligens oppfattes som lite konkret. Sekretariatet finner det derfor hensiktsmessig å vise til den redegjørelse revisor har gitt om kvalitetsforskriftens § 5 på rapportens s. 6:

«Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså forholdsmessige. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig, vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at lbestad kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha, og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Videre må lbestad kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften.»

Dette innebærer at omfang og innretning av styringssystemet i stor grad er gjenstand for skjønn. Dette skjønnet tilkommer kommunedirektøren. Det konkrete krav som kan stilles er at de nødvendige vurderinger faktisk blir gjort og at de legges til grunn for et styringssystem.

Sekretariatet har ingen ytterligere kommentarer til revisors anbefalinger, som innebærer adekvat oppfølging av de funn som er gjort.

## **6. Saksbehandlingen av forvaltningsrevisjonsrapporter**

Det er kontrollutvalget som er bestillerorgan for revisjonstjenester, både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon. Begrunnelsen for dette er at disse tjenestene ikke skal være kontrollert av kommunens administrasjon. Med unntak av revisjonsberetningen for årsregnskapet er det til kontrollutvalget revisor rapporterer. Saker om rapporteringer fra revisor saksutredes av kontrollutvalgets sekretariat, som også er uavhengig av kommunens administrasjon. Kravet til saksutredningenes innhold og kvalitet er det samme som kommuneloven oppstiller for saker kommunedirektøren utreder for behandling i folkevalgte organer.

De fleste forvaltningsrevisjonsrapporter inneholder anbefalinger. Det er vanlig at kommunestyret pålegger kommunedirektøren å følge opp disse anbefalingene. Når vedtak med slikt innhold fattes er det kontrollutvalgets oppgave å vurdere oppfølgingen og rapportere tilbake til kommunestyret. Dette følger av § 5 i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.:

### **«§ 5.Kontrollutvalgets oppfølging av kommunestyrets eller fylkestingets vedtak om revisjoner og eierskapskontroller**

Kontrollutvalget skal påse at kommunestyrets eller fylkestingets vedtak om regnskapsrevisjoner, forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller blir fulgt opp og skal rapportere til kommunestyret eller fylkestinget om vedtaket er fulgt opp.»

Det skjer av og til at kommunestyret fatter vedtak som fraviker den forskriftsbestemte framgangsmåten, for eksempel ved at kommunedirektøren pålegges å rapportere direkte til kommunestyret, eller til et annet kommunalt utvalg. Dette er altså ikke riktig saksbehandlingsmåte.

Sekretariatet vil samtidig påpeke at dette ikke har vært et problem i Ibestad kommune.

Sekretariatet vil også bemerke at det ikke er noe til hinder for at forvaltningsrevisjonsrapporter kan oversendes til kommunale utvalg for utvalgets egen bruk. Men rapporteringen til kommunestyret om revisjonsrapporter og oppfølgingen av kommunestyrets vedtak ved behandlingen av disse kan ikke legges til andre organer enn kontrollutvalget.

Harstad, 25.9.2023



Tage Karlsen  
seniorrådgiver

# FORVALTNINGSREVISJON

## Kvalitet i hjemmetjenester

Ibestad kommune



Rapport 2023

## Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Ibestad kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kvalitet i hjemmetjenestene i Ibestad kommune. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner § 23-2 bokstav c. Ifølge kommuneloven § 23-3 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Krav til revisors uavhengighet følger av kommuneloven § 24-4 og av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16, 17, 18 og 19. Før igangsetting av forvaltningsrevisjonen har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Ibestad kommune. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Ibestad kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 29.06.2023

**Knut Teppan Vik**  
*Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor*

**Knut-Åge Vargren**  
*Prosjektleder, forvaltningsrevisor*

## SAMMENDRAG

---

KomRev NORD har på bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Ibestad kommune gjennomført forvaltningsrevisjon om kvalitet i hjemmetjenesten med utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. Har Ibestad kommune dokumenterte rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på hjemmetjenestene?
2. Hvordan opplever ansatte kvaliteten på hjemmetjenestene levert av Ibestad kommune?

Forvaltningsrevisjonen retter seg mot kommunens hjemmetjenester. **Problemstilling 1** omhandler kommunens styringssystem for virksomheten. Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring må dette tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Forskriften fastsetter at virksomheten må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter, og herunder inngår det flere delplikter. Vi har utledet revisjonskriterier fra forskriften for å besvare problemstilling 1. Vår besvarelse bygger på gjennomgang av overordnede dokumenter for hjemmetjenesten. Vi har også gjennomgått informasjon i kommunens internkontrollsystem og intervjuet enhetsleder for tjenestene. Til grunn for vår besvarelse av problemstilling 1 er også tilbakemeldinger fra ansatte gjennom en spørreundersøkelse basert på de ulike forskriftskravene. Det er ledelsen som har ansvaret for at styringssystemet tilfredsstillende forskriften, herunder inngår forpliktelser til å sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker.

**Revisors konklusjon er at Ibestad kommune i noen grad har dokumenterte systemer som er egnet til å sikre kvalitet på hjemmetjenestene.** Styringssystemet som er etablert, er til dels dokumentert. Videre kjennetegnes det etter revisors vurdering av flere betydelige mangler, i særdeleshet relatert til kontinuerlig evaluering og korrigerende av hjemmetjenestens virksomhet.

Konklusjonen på problemstilling 1 er basert på følgende vurderinger:

- Ibestad kommune **oppfyller til dels** revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for hjemmetjenesten
- Ibestad kommune **oppfyller ikke** revisjonskriteriet om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres
- Ibestad kommune **oppfyller ikke fullt ut** revisjonskriteriet om å ha planlagt sine aktiviteter i tjenester som ytes i hjemmetjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Ibestad kommune **oppfyller til dels** revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i pleie og omsorgstjenester i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Ibestad kommune **oppfyller i liten grad** revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- Ibestad kommune **oppfyller i liten grad** revisjonskriteriet om å korrigere virksomhetens aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Når det gjelder de ansattes opplevelse av tjenestekvaliteten, jamfør **problemstilling 2**, kan resultatene fra spørreundersøkelsen oppsummeres på følgende måte:

- Resultatene indikerer et forbedringspotensial med henblikk på informasjonsutveksling
- Flertallet av respondentene synes å oppleve at tjenestemottakere får tjenester i henhold til sine vedtak
- Resultatene indikerer at flere – men ikke alle – av respondentene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å bistå tjenestemottakere med deres legemiddelbruk
- De fleste av respondentene synes å oppleve at tjenestemottakerne trives med hjemmetjenestens personale
- Flertallet av respondentene opplever at tjenestemottakers rett til privatliv blir hensyntatt i tjenesteutøvelsen
- Det store flertall av respondentene opplever at mottakerne av hjemmetjenester behandles med respekt av tjenesteyterne
- Når det gjelder kontinuiteten blant personalet, indikerer resultatene noe større utfordringer – selv om revisors funn tilknyttet denne ikke kan anses «alarmerende».
- Et stort flertall av respondentene opplever at kvaliteten på hjemmetjenestene i Ibestad kommune er god.
- Flertallet av respondentene synes også å oppleve at mottakerne av tjenestene er fornøyde med disse

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi Ibestad kommune å videreutvikle sitt styringssystem for hjemmetjenesten, herunder:

- vurdere hvor omfattende styringssystemet skal være og i hvilken grad det skal formaliseres (dokumenteres) gjennom skriftlige rutinebeskrivelser
- gjennomføre risikoanalyser av virksomheten
- styrke innsatsen med hensyn til å innhente erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende
- videreutvikle sitt system for melding og håndtering av avvik
- foreta regelmessige gjennomganger og evalueringer av styringssystemet med henblikk på å vurdere hvorvidt det fungerer etter hensikten



**Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Bakgrunn og bestilling.....</b>	<b>5</b>
<b>2 Problemstillinger og revisjonskriterier .....</b>	<b>5</b>
2.1 Problemstillinger.....	5
2.2 Kilder for utledning av revisjonskriterier.....	5
2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1 .....	5
<b>3 Metode, datamateriale og avgrensing.....</b>	<b>9</b>
3.1 Metode og datamateriale .....	9
3.2 Problemstilling 2 – Opplevd tjenestekvalitet blant ansatte .....	10
3.3 Gyldighet og pålitelighet.....	10
<b>4 Internkontroll i hjemmetjenesten.....</b>	<b>12</b>
4.1 Innledning.....	12
4.2 Planlegge .....	14
4.3 Gjennomføre.....	18
4.4 Evaluere.....	20
4.5 Korrigere .....	21
<b>5 Opplevd kvalitet blant de ansatte.....</b>	<b>22</b>
<b>6 Vurderinger, oppsummering og konklusjon.....</b>	<b>34</b>
6.1 Problemstilling 1: Dokumentert styringssystem for hjemmetjenestene.....	34
<b>7 Kommunedirektørens uttalelse .....</b>	<b>37</b>
<b>8 Anbefalinger.....</b>	<b>38</b>
<b>9 Referanser .....</b>	<b>39</b>

## 1 BAKGRUNN OG BESTILLING

I Ibestad kommunes plan for forvaltningsrevisjon for årene 2020-2024 er forvaltningsrevisjonsprosjektet om kvalitet i hjemmetjenesten prioritert som prosjekt nr. 1. Forvaltningsrevisjonen ble bestilt i kontrollutvalgets møte 01.03.2022 under sak 4/22.

Kontrollutvalgets formål med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om Ibestad kommune tilbyr hjemmetjenester som kvalitetsmessig er i tråd med krav i gjeldende regelverk, eventuelle politiske vedtak og reglement, samt føringer og anbefalinger på området. Skissen ble vedtatt i kontrollutvalgets møte 13.05.2022.

## 2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

### 2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. *Har Ibestad kommune dokumenterte rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på hjemmetjenestene?*
2. *Hvordan opplever ansatte kvaliteten på hjemmetjenestene levert av Ibestad kommune?*

### 2.2 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området, og utledes med utgangspunkt i kontrollutvalgets vedtatte problemstillinger.

For problemstilling 1 i forvaltningsrevisjonen utleder vi revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift 28.10.2016 nr.1250 om ledelse og kvalitetsforbedring
- Lov 2.7.2011 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter
- Lov 22.6.2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Forskrift-7.6.2018 nr. 714 om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner mv.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementets veileder, Internkontroll i kommunesektoren, kravene i kommuneloven, 2021
- Kommunesektorens organisasjons veileder for internkontroll, Orden i eget hus, Kommunedirektørens internkontroll 2020

Problemstilling 2 er deskriptiv, og vi utleder ikke revisjonskriterier.

### 2.3 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, plass i institusjon (herunder sykehjem) og personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt). Kommunens ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys

nødvendige helse- og omsorgstjenester, innebærer i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven også plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Nærmere krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktivitet følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Det følger av forskriftens § 3 at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeiderne medvirker til dette.

Av forskriftens § 4 følger det at med *styringssystem for helse- og omsorgstjenesten* menes den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det følger av forskriftens § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart og aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i det omfang og i den form som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kravene i forskriften er altså forholdsmessige. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig, vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig utfra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at det ikke kan oppstilles konkrete krav til hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller i hvor stor grad det skal være dokumentert. Forskriftskravene innebærer imidlertid at Ibestad kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha, og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Videre må Ibestad kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse redegjør vi for nedenfor.

Basert på det ovenstående, utleder vi som revisjonskriterier at Ibestad kommune skal ha:

- *Et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes i hjemmetjenesten*
- *Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres*

Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6 – 9 følger de nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter.

Det følger av forskriften § 6 at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a. *ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten.*

- b. *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c. *ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veileder og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d. *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e. *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f. *ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring*
- g. *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon om annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Vi utleder som revisjonskriterium at:

- *Ibestad kommune skal planlegge sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter følger av forskriftens § 7, og innebærer følgende oppgaver:

- a. *sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
- b. *sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.*
- c. *utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- d. *sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.*
- e. *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*

Vi utleder som revisjonskriterium at:

- *Ibestad kommune skal gjennomføre sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8, og innebærer følgende oppgaver:

- a. *kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
- b. *vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*
- c. *evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*
- d. *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
- e. *gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
- f. *minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

Vi utleder som revisjonskriterium at:

- *Ibestad kommune skal evaluere virksomhetens aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9 og innebærer følgende oppgaver:

- a. rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b. sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterlevs, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres
- c. forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgstjenestelovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Vi utleder som revisjonskriterium at:

- *Ibestad kommune skal korrigere virksomhetens aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten peker på dokumentasjon som et virkemiddel som skal bidra til å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt. Ifølge veilederen er det virksomheten selv - ved den øverste lederen og medarbeiderne – som må avgjøre hvilke ordninger, arbeidsprosesser eller resultater som skal foreligge i skriftlig form, samt etablere rutiner som sikrer skriftlighet på disse områdene. Hva som skal dokumenteres, må avgjøres ut ifra virksomhetens egne interne behov.

Selv om det ligger til virksomheten selv å avgjøre i hvilken grad internkontrollen skal dokumenteres skriftlig, har vi i våre vurderinger tatt utgangspunkt i veilederens eksempler og anbefalinger som beste praksis. Beste praksis er ikke noe kommunen er pålagt å følge, men som kommunen sannsynligvis vil ha fordel av å følge. Veilederen peker blant annet på flere elementer av internkontroll som av erfaring bør skriftliggjøres, samt at det bør tas hensyn til medarbeidernes, og spesielt vikarers og nyansattes behov med hensyn til skriftliggjøring av faglige prosedyrer.

Det følger av veilederen til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring mv. at dersom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i konkrete tilfeller ikke velger å følge nasjonale faglige retningslinjer for internkontrollarbeidet, bør dette begrunnes faglig og dokumenteres.

## 3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

---

### 3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon<sup>1</sup>.

Vi sendte oppstartsbrev til Ibestad kommune v/kommunedirektør 18.05.2022. Ibestad kommune oppnevnte enhetsleder Anne Nordhaug som kontaktperson for denne forvaltningsrevisjonen. Vi avholdt oppstartsmøte 15.06.2022 på Teams hvor enhetslederen deltok fra kommunen.

Denne rapporten bygger på muntlig og skriftlig informasjon, herunder spørreundersøkelse<sup>2</sup> blant de ansatte i tjenesten. Vi har avholdt intervjuer med enhetslederen.

Datamaterialet rapporten bygger på består av:

- Årsmeldinger for Ibestad kommune for årene 2019, 2020, 2021 og 2022.
- Tilsendte rutiner for hjemmetjenesten
- Resultater fra spørreundersøkelser
- Eldreplan for Ibestad 2018 - 2028

I det følgende redegjør vi nærmere for metode og datamaterialet for de to problemstillingene som denne rapporten besvarer.

### 3.2 Problemstilling 1 - Styringssystem

For å besvare problemstillingen om kommunen har dokumenterte systemer som er egnet til å sikre kvalitet på hjemmetjenestene, innhentet revisor rutiner fra tjenestene og overordnede dokumenter for kommunen. Av rutiner som ble innhentete er følgende:

- Tjenestebeskrivelser for helse- og omsorgstjenester i Ibestad kommune
- Arbeidsmetode i hjemmebasert rehabilitering
- Primærkontakt i hjemmetjenesten
- Journalansvarlig og journalprosedyre
- Sjekklistor i forbindelse med opplæring til vikarer
- Samhandlingsrutine mellom hjemmebaserte tjenester og sykehjem.
- Rutine for vold og trusler under utøvelse av helse- og omsorgstjenester med tilhørende tiltaksplan.
- Rutine for akutt sykdom
- Rutine for medisinrom
- Retningslinjer for bruk av digitalt tilsyn til helse- og personopplysninger
- Retningslinje for hjemmetjenesten ved dødsfall (MORS) utenfor legekantorets åpningstider
- Hygienetiltak i hjemmetjenesten
- Info til ny profiloperatør
- Elektronisk meldingsutveksling i Profil

---

<sup>1</sup> RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020

<sup>2</sup> For å gjennomføre spørreundersøkelser har vi benyttet verktøyet SurveyXact (<https://www.survey-xact.no/>)

### 3.2 Problemstilling 2 – Opplevd tjenestekvalitet blant ansatte

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for etablering og gjennomføring av internkontroll. Den med overordnet ansvar for virksomheten, skal også sørge for at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Revisor har derfor for besvarelse av problemstilling 1 innhentet informasjon også fra ansatte i hjemmetjenesten gjennom spørreundersøkelse.

Videre har revisor – på bakgrunn av en velutprøvd mal for spørreundersøkelser med dette temaet – innlemmet flere spørsmål i spørreundersøkelsen som skal gi informasjon om hvordan de ansatte opplever selve *tjenestekvaliteten*. Spørsmålene er i betydelig grad inspirert av de målene på tjenestekvalitet som legges til grunn i *forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* samt veileder<sup>3</sup> til denne.

Totalt antall ansatte som mottok undersøkelsen var 21. Undersøkelsen ble sendt ut på SMS på telefonnummer som Ibestad kommune forela revisor. De ansatte som mottok undersøkelsen, var både fast og deltidsansatte med aktive arbeidsforhold. Undersøkelsen ble også sendt ut til de fire ansatte som arbeider som nattevakt i tjenesten, samt en tilkallingsvikar. Ansatte som arbeider i lavere stillingsprosent, har like stort behov for gode systemer og god informasjonsflyt som de som arbeider i større stillingsprosenter. På bakgrunn av det ønsket vi å sende undersøkelsen til så stor del av ansattegruppen som mulig.

Undersøkelsen ble sendt ut 17.02.2023 med elleve dagers svarfrist til den 28.02.23. Vi sendte påminnelser til de som ikke hadde besvart undersøkelsen i to omganger; 24.02 og 28.02. Enhetsleder oppfordret også de ansatte til å besvare undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble lukket for besvarelser 01.03.2023.

Av de 21 ansatte som mottok undersøkelsen var det 15 som svarte på den, og seks som ikke svarte. Dette utgjør en svarprosent på 71 %.

### 3.3 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og konkludere på problemstillingene. Revisor vurderer at det datamaterialet som er presentert som «revisors funn» i rapporten, oppfyller dette gyldighetskravet.

For problemstilling 1 ligger begrunnelsen i at vi har innhentet informasjon fra flere kilder som overordnede planer og direkte fra det internkontrollsystemet som skal benyttes i tjenestene. Videre har vi benyttet informasjon fra virksomhetsleder som har ansvar på området, og fra resultatene fra spørreundersøkelsen til de ansatte. Svarprosenten på undersøkelsen blant de ansatte er etter vårt syn tilfredsstillende, da et stort flertall av de spurte har besvart undersøkelsen. Spørreundersøkelsesresultatene kan imidlertid ikke tillegges representasjonskraft utover de av de ansatte som valgte å besvare den. Vår besvarelse av problemstilling nr. 2 nedenfor (om opplevd tjenestekvalitet blant de ansatte) omfatter dermed ikke alle ansatte i hjemmetjenesten i Ibestad – men et stort flertall av dem.

---

<sup>3</sup> *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten.*  
<https://lovdata.no/static/ROO/is-2017-2620.pdf>

Med **pålitelige** data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har ingen umiddelbar grunn til å tro at verken muntlige eller skriftlige opplysninger vi har blitt forelagt med henblikk på styringssystemet for hjemmetjenestene inneholder vesentlige feil eller mangler. Når det gjelder spørreundersøkelsesresultatene ser vi heller ingen umiddelbar grunn til å anta at disse er beheftet med feil. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. Vi har i tillegg forelagt vår kontaktperson i anledning forvaltningsrevisjonen det faktagrunnlaget rapporten bygger på, slik at hun skulle få mulighet til å bekrefte, eventuelt korrigere eller supplere disse opplysningene. Enkelte avklaringer har blitt gjort i forbindelse med denne gjennomgangen.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er også på et overordnet nivå sikret gjennom KomRev NORDs interne kvalitetssikringssystem.



## 4 INTERNKONTROLL I HJEMMETJENESTEN

*Har Ibestad kommune dokumenterte rutiner og systemer som er egnet til å sikre kvalitet på hjemmetjenestene?*

### Revisjonskriterier

#### Ibestad kommune skal ha:

- *et dokumentert styringssystem for tjenestene som ytes i hjemmetjenesten*
- *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig i hjemmetjenesten og i hvilken grad dette skal dokumenteres*
- *planlegge sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *gjennomføre sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *evaluere virksomhetens aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*
- *korrigere virksomhetens aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

### 4.1 Innledning

Anne Nordhaug har vært enhetsleder i hjemmetjenesten siden 2010. Hun opplyser at det har vært ganske stor utvikling i hjemmetjenesten på de siste tretten årene. Det har vært organisatoriske endringer, og nå er enhetsleder direkte underordnet kommunedirektøren etter at et organisasjonsledd ble fjernet. Tidligere rapporterte *leder for helse* (som omfattet både sykehjem og hjemmetjeneste) til kommunedirektøren.

Arbeidsoppgavene til enhetsleder inkluderer alt ansvar for personalet, innleie av vikarer, ferieplanlegging, timelister og medarbeidersamtaler. Enhetsleder har også ansvar for budsjettering og økonomioppfølging, bortsett fra lønnskjøring som ivaretas av kommunens økonomiavdeling.

Enhetsleder er i mindre grad involvert i det faglige arbeidet, men tar seg av registrering av søknader og er systemansvarlig for Profil - som er fagsystemet i hjemmetjenesten. Enhetsleder sender *Iplos*-rapportering i januar hvert år og har også ansvaret for trygghetsalarmer (registrering og utmelding).

Tjenestetilbudet er endret i perioden enhetsleder har arbeidet i kommunen, og tjenestene som nå leveres er hjemmesykepleie, hjemmehjelp, støttekontakt, omsorgsstønad, trygghetsalarm samt middagsombringning. Helsehuset er oppmøtested og fungerer som base for tjenesten.

Det er for tiden 65 brukere tilknyttet hjemmetjenestene og disse bord spredt på Rolla og Andørja. Antallet tjenestemottakere har vært stabilt over tid, men tidsbruken per mottaker har økt. Innbyggere i Ibestad kommune ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Dette er også en ønsket politikk i kommunen. Det er 85 brukere av hjemmesykepleie inkl. beboere i omsorgsboligene.

Det ble i 2020 ferdigstilt et nytt sykehjem med 16 plasser. Det er også bygget 12 nye omsorgsboliger for hjemmebasert omsorg. De ble åpnet høsten 2021, og da var de organisert under hjemmetjenesten Disse boligene er nå organisert under *heldøgns omsorg* - og ikke hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten drifter *natttjenesten* på både omsorgsboliger og sykehjemmet.

Det er lange avstander i kommunen, og tjenesteleveransene innebærer mye kjøring.

Det er 15 fast ansatte i hjemmetjenesten, herunder helsefagarbeidere, sykepleiere, assistenter og, en lærling og leder i tillegg. Tjenestene har fire biler tilgjengelig og ansvaret for disse ligger hos teknisk avdeling.

Turnus med langvakter<sup>4</sup> ble startet i 2015, og gjaldt sykepleiere og helsefagarbeidere. Hjelpepleierne har gått delte vakter<sup>5</sup> på helg siden da. Tjenestene har tidligere vært preget av veldig lav sykepleierdekning. Alle fem sykepleierstillinger er nå besatt. I 2021 ble det laget ny turnus med bare langvakter og lange friperioder. Fire av sykepleierne går langvakter. Sykepleiere går ikke nattevakter.

Det har for hjemmetjenestens del vært en del utfordringer med logistikk som følge av lengre tids vedlikehold av veitunell. En del ruter måtte legges om for å korrespondere med når tunellen var åpen.

*Hjemmesykepleie*<sup>6</sup> i Ibestad er en tjeneste som yter sykepleie for pasienter i eget hjem. Dette gjør at personer med spesielle behov som stell av sår, administrering av medikamenter og komplisert behandling for spesielle sykdommer, kan bo hjemme lenge ved hjelp av hjemmesykepleien. Tjenesten er døgkontinuerlig. Hjemmesykepleien har også ansvaret for trykkgtsalarmer. Trykkgtsalarm er en søknadsbasert tjeneste der brukeren får utlevert et armbånd med en alarm. Ved alarm gir alarmsentralen beskjed til hjemmesykepleien om hvem som har utløst alarmen.

Ibestad kommune tilbyr også *middagsombringing*. Det er hjemmesykepleien som bringer middagen ut til hver enkelt bruker. Hjemmesykepleien sørger for at brukere som har behov for spesiell kost, (diabetikere) får dette.

Innbyggere som på grunn av sykdom, høy alder eller spesielle behov har problem med å utføre daglige gjøremål, kan de få tilbud om *hjemmehjelp*. Hjemmehjelp er praktisk hjelp til daglige gjøremål i hjemmet.

Kommunen har per dags dato ikke et kvalitetssystem som er i utstrakt bruk, men det jobbes med å få dette på plass – i form av et digitalt kvalitetssystem. Kommunen har kjøpt inn *Compilo*

---

<sup>4</sup> Langvakter er vakter på 13 timer der det er inkludert to matpauser på 30 min og en time hviletid i arbeidstiden. Denne praksisen er godkjent etter søknad av Norsk Sykepleierforbund.

<sup>5</sup> En delt vakt starter kl 07.30 og varer til kl 22.00. Det er en pause på tre timer midt på dagen, hvor en av timene er betalt. Det er helsefagarbeidere som arbeider slike vakter.

<sup>6</sup> Informasjon om tjenesten er gjengitt fra kompetanseplanen for helse, sosial og omsorg fra 2018.

som skal brukes til dette formålet. Systemet skulle vært på plass og hatt oppstart i januar 2022. For pasientavvik meldes dette i tjenestens fagsystem Profil. Når det gjelder rutinebeskrivelser for tjenesteutøvelse i hjemmetjenesten, har kommunen dette i noen utstrekning. Men flere rutiner er ikke skriftliggjort. Tidligere har skriftlige rutinebeskrivelser som har blitt utarbeidet, blitt liggende på forskjellige steder. De er ikke samlet og kan ikke finnes på ett sted som er lett tilgjengelig, opplyser enhetsleder.

Kommunen har utarbeidet et dokument som heter «*Tjenestebeskrivelser i helse- og omsorg*». Dokumentet redegjør for hvilke tjenester som kommunen tilbyr sine innbyggere innenfor helse- og omsorg, både av lovpålagte og ikke lovpålagte tjenester. I dokumentet gjennomgås alle tjenestene, med kriterier for tildeling, lovgrunnlag, betingelser for at tjenesten skal leveres, hva tjenestemottaker kan forvente av tjenesten, samt hva tjenesten forventer av tjenestemottaker. Informasjon om klageadgang er det også informasjon om. Tjenester som er omtalt i dokumentet er:

**Tjenester som administreres på vegne av Troms fylkeskommune:**

1. TT-kort
2. Ledsagerbevis
3. Parkeringsbevis

**Ikke lovpålagte tjenester:**

4. Trygghetsalarm
5. Matombringing
6. Dagtilbud
7. Kommunal bolig

**Lovpålagte tjenester:**

8. Personlig assistanse – herunder praktisk bistand, opplæring (hjemmehjelp)
9. Brukerstyrt personlig assistanse
10. Støttekontakt
11. Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, psykisk helsearbeid)
12. Omsorgsstønad
13. Avlastning
14. Korttidsopphold i institusjon
15. Langtidsopphold i institusjon

4.2 Planlegge

**Mål, oppgaver og organisering**

Målene i tjenestene skal ifølge kommunens eldreplan oppnås med helhetlig tenkning der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk og behandling skal vektlegges.

Målene er:

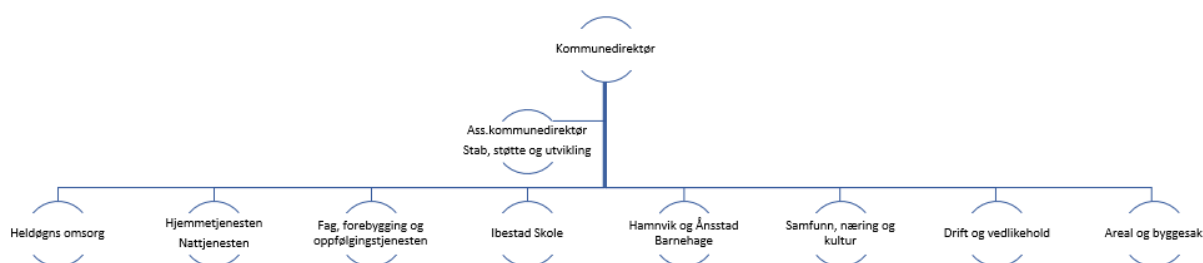
- Trygghet for den enkelte om tilpassede tjenester.
- Styrket omfang og kvalitet på tjenesten.
- Mer helhetlige og fleksible tilbud.
- Likeverdige tilbud.
- Personlige valgmuligheter og brukermedvirkning.

Målene er oppgitt i kommunens Eldreplan for perioden 2018 – 2028. Kommunen har etter planen ble vedtatt, gjennomgått en omorganisering. Eldreplanen er ikke blitt oppdatert slik at den samsvare med ny organisering. Målene som er listet opp over, har enhetsleder imidlertid bekreftet at ennå er gjeldende.

«Tjenester skal tilbys etter behov. Kommunen avgjør når behovet tilsier plass i institusjon, og hvem som bør få et tilbud om tjenester hjemme eller i omsorgsboliger. For å nå målet om å kunne bo lengst mulig i eget hjem og motta tjenester etter LEON-prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå) må dagens tjenestekjede videreutvikles, og forebyggende tjenester og tiltak må effektiviseres.» Også denne formuleringen er fra kommunens Eldreplan.

Kommunens organisering er slik som organisasjonskartet i figuren under viser. Kommunen har ikke noe eget organisasjonskart for hjemmetjenesten, ifølge kontaktperson.

Figur 1: Organisasjonskart over Ibestad kommune



Det er ikke avdelingsledere, fagsykepleiere eller fagansvarlige i hjemmetjenesten. Sykepleiernes turnus er organisert slik at de arbeider tre lange vakter fra kl. 09:00 til kl. 22:00, etterfulgt av en kortvakt på ca. syv timer, og så har de fri i en periode. En friperiode mellom langvakter er på fire eller seks dager. Fire sykepleiere dekker helgevaktene i tjenesten. Sykepleierne jobber med pleieoppgaver i helgene, men i ukedagene har de kontortid på formiddagen og jobber med pleieoppgaver på ettermiddagen.

Sykepleierne tar seg av medisinerings, kontakt med leger og elektroniske meldinger fra helsetjenesten. De andre ansatte som er ute på oppdrag, har alltid tilgang til sykepleierkompetanse dersom det skulle oppstå behov.

Oppgavene som skal gjøres i det enkelte hjem, er notert i Profil i den enkelte tjenestemottakers tiltaksplan.

Det er en oppgavefordeling mellom enhetene når det gjelder sykepleiere. Fagsykepleiere (fagansvarlig sykepleier) og sykepleiere som jobber om natten på sykehjemmet, skal bistå hjemmetjenesten ved behov. Sykepleiere på sykehjemmet kan også avlaste hjemmetjenesten med administrative oppgaver som saksbehandling og medisinerings. Sykepleiere fra sykehjemmet kan også delta på kartleggingsbesøk sammen med ergoterapeuter for å arbeide tverrfaglig. Resultatene fra hjemmebesøk registreres i Profil ved hjelp av maler fra *Iplos*<sup>7</sup>. Vedtakene skrives av den fra hjemmetjenesten som var på kartleggingsbesøket. Tjenester

<sup>7</sup> IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester.

tildeles deretter i et koordineringsmøte, og tjenester kan ofte starte før vedtaket er ferdigstilt, spesielt i tilfeller hvor det er behov for hjemmesykepleie.

Profil er tjenestens *fagsystem* hvor alle tiltak og notater om hver enkelt tjenestemottaker er registrert. Systemet er også kanal for å melde om avvik knyttet opp mot tjenesteleveranse til tjenestemottakere.

Det er ingen formell evaluering/gjennomgang av tjenestenivået per tjenestemottaker årlig. Justeringer gjøres løpende, og det er ikke alle endringer som medfører nytt vedtak.

En gang i uken holdes det et rapportmøte hvor tjenesteytingen knyttet til hver enkelt tjenestemottaker gjennomgås, og eventuelle endringer i tiltak diskuteres. Ved vesentlige endringer i tjenesteytingen skal det gjøres et nytt vedtak, men ikke alle slike endringer blir fanget opp med et nytt vedtak, ifølge enhetslederen.

På natt er det hjelpepleiere som ivaretar hjemmetjenestens oppgaver.

Hjemmetjenesten i Ibestad bruker VAR Healthcare<sup>8</sup> for tilgang til kunnskapsbaserte prosedyrer, som alltid er oppdatert og utarbeidet etter systematiske metoder. Visma Veilederen<sup>9</sup> gir lett tilgang til gjeldende relevant regelverk og inneholder også e-læringskurs på relevante områder. Medisinkurs og andre kurs innenfor temaer som forflytning, smittevern, hjerte lungeredning med mer er tilgjengelig gjennom tjenester fra Norsk Helseinformatikk (NHI)<sup>10</sup>. Kursene er godkjent som grunnlag for delegasjoner. Delegasjoner opp mot medisinerer utstedes av enhetsleder.

Tjenesten har oversikt over det gjeldende regelverket, og det som er nedskrevet finnes i dokumentene «*Tjenestebeskrivelser*». Alle tjenestebeskrivelsene er samlet i ett dokument som i skrivende stund under revidering. Enhetsleder antar at revideringen vil gi økt tydelighet.

I dokumentet som omhandler *tjenestebeskrivelser* er det listet opp følgende mål:

- Det er et mål for omsorgstjenesten at den skal sette innbyggerne i stand til å bo i eget hjem så lenge som mulig. Tjenesteutøvelsen skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og bidra til at pasienten opprettholder eller gjenvinner størst mulig grad av egenmestring.
- Pasienten skal sikres trygghet i den livssituasjon han/ hun befinner seg i.
- Helsehjelp i hjemmet innvilges til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen og fyller vilkårene for å motta helsehjelp.

Enhetslederen har opplyst at det pågår arbeid i hjemmetjenesten med å implementere avvikssystemet *Compilo*. Enhetslederen har i dag ansvar for å registrere prosedyrer i dette programmet.

### ***Informasjon og kunnskap for planlegging og gjennomføring av oppgaver***

Revisor har mottatt stillingsbeskrivelser fra kommunen for følgende stillinger: hjelpepleier/helsefagarbeider, hjemmehjelp, sykepleier i hjemmetjenesten og enhetsleder i hjemmetjenesten. Alle disse fire stillingsbeskrivelsene ble utarbeidet i 2019 og beskriver

<sup>8</sup> <https://www.varhealthcare.no/>

<sup>9</sup> <https://www.visma.no/veilederen/helse-omsorg/>

<sup>10</sup> <https://kurs.nhi.no/>

stillingens formål, organisatoriske plassering, ansvarsområder og hovedoppgaver. De inkluderer også ideelle kvalifikasjonskrav og kriterier for å vurdere jobbutførelsen.

### ***Relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten***

På kommunens nettsider finnes det noe informasjon om regelverket som gjelder for tjenestene, men det er ikke mye konkret informasjon om hjemmetjenestens tilbud annet enn en oppstilling av tjenester. Flere av de sidene som kunne inneholdt beskrivelser av tjenestetilbudet er uten innhold. Siden som beskriver *hjemmehjelp* inneholder informasjon om kriterier/vilkår, pris, lover (forvaltningsloven og helse, - og omsorgstjenesteloven), forskrifter (Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften), saksbehandling, saksbehandlingstid og klagemulighet. De ansatte i hjemmetjenesten får informasjon om endringer i regelverket på personalmøter, opplyser enhetsleder. Endringer og nytt materiale blir delt ut på papir, og de ansatte må signere på en liste for å bekrefte at de har gått gjennom det.

De ansatte har ulik IT-kompetanse, opplyser enhetsleder. Noen er flinke til å bruke digitale systemer, mens andre ikke bruker kommunens e-post. Ibestad kommune mottar IT-tjenester fra Harstad kommune, og opplæring i *Compilo* må samkjøres med dem. Kommunen planlegger å bytte ut de bærbare PC-ene med nettbrett som de ansatte kan ta med seg ut i tjenesten. Det har vært forsøkt før, men det var tekniske problemer. En ny prøveperiode vil bli gjennomført.

### ***Oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel og minimering av risiko i fremtiden***

Revisor har ikke mottatt noen dokumentasjon på risikoanalyser eller beskrivelser av risikobildet i hjemmetjenesten. Enhetslederen har opplyst at det ikke er gjennomført noen risikoanalyser i tjenesten, og at dette er en stor mangel. Det er heller ikke noen rutiner som beskriver hvordan slike risikoanalyser skal utføres. Ifølge enhetslederen er det kun risiko knyttet til vold og trusler som har vært gjenstand for risikoanalyse. Det snakkes mye om risiko blant de ansatte, men det blir lite nedskrevet, ifølge enhetslederen.

### ***Oversikt over de ansattes kompetanse***

Helse og omsorg i Ibestad kommune har utarbeidet en *Kompetanseplan for HSO* som revisor har mottatt. Planen ble utarbeidet i 2018 og omfatter områdene helse, sosial og omsorg. Revisor har også mottatt en oversikt over de ansatte i tjenesten. Oversikten viser at tjenesten har ansatt en geriatrisk sykepleier, en palliativ sykepleier, en sykepleier som tar videreutdanning i palliasjon, en helsefagarbeider med videreutdanning i demens. Det er også ansatt syv helsefagarbeidere i varierende stillinger (faste og vikarer), tre hjemmehjelpere, en lærling og en assistent. Totalt er det 15 fast ansatte i hjemmetjenesten, i tillegg til leder og to ledige stillinger - én som sykepleier og én som helsefagarbeider. På listen over kompetanse er det også de som er tilkallingsvikarer og ansatte med redusert stilling. Det er ingen diabetessykepleier eller kreftsykepleier i tjenesten, men diabetessykepleier fra legekantoret har bistått med opplæring av helsefagarbeidere i hjemmetjenesten slik at de kan sette insulin.

### ***Oversikt over avvik og andre uønskede hendelser***

Dersom noen pårørende er misfornøyde, oppfordres de til å sende inn en skriftlig klage, slik at det kan behandles med skriftlig tilbakemelding. De pårørende blir informert om klageretten via vedtaket om tjenestetilbud. En saksbehandler vil behandle klagesaken. Klager kan bli fremsatt skriftlig, over telefonen eller til pleiere som er ute i tjenesten. Dessverre kommer muntlige klager ofte ikke videre til de som kan håndtere dem ifølge enhetsleder. Tjenestemottakere blir informert om muligheten til å klage i vedtakene de mottar. Revisor har bedt om en oversikt

over avvik og klager, men enhetslederen har opplyst at det ikke finnes en samlet oversikt over dette i tjenesten. Enhetsleder har tatt ut rapport for avvik som er registrert i Profil for 2022, det totale antallet der var 65, noe som enhetsleder anslår til å være lavt. Dette kan indikere at det er underrapportering på dette, og tjenesten skal arbeide videre med at reell mengde avvik registreres ifølge enhetsleder.

#### 4.3 Gjennomføre

##### ***Gjøre virksomhetens oppgaver, organisering og planer kjent hos de ansatte og gjennomføres***

Tjenestene i Ibestad kommune har, som nevnt ovenfor, utarbeidet noen overordnede mål som er skrevet i eldreplanen:

- Trygghet for den enkelte om tilpassede tjenester.
- Styrket omfang og kvalitet på tjenesten.
- Mer helhetlige og fleksible tilbud.
- Likeverdige tilbud.
- Personlige valgmuligheter og brukermedvirkning.

Overordnede dokumenter legges frem slik at de ansatte kan lese gjennom dem, men det er ikke noen systematisk gjennomgang for de ansatte i tjenesten. Dokumentene og det overordnede planverket er tema på avdelingsmøter. De overordnede dokumentene skal inn i Compilo på sikt slik at de ansatte vet hvor disse finnes, men det er ikke på plass i skrivende stund.

##### ***Nødvendig kunnskap og kompetanse hos medarbeidere***

Revisor har mottatt stillingsbeskrivelser for sykepleiere, hjemmehjelpere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og enhetsleder i hjemmetjenesten. Alle de fire beskrivelsene er fra 2019 og har ikke blitt oppdatert siden, ifølge enhetslederen. Det finnes ingen opplæringsplan for nyansatte, med unntak av sjekklister for vikaropplæringen. I denne sjekklister er det en rekke små rutiner som beskriver hvordan tjenesten forventer at vikarene opptrer, blant annet kan nevnes hygiene, mobilbruk, arbeidsklær, arbeidstid og medisindosering. Det er også en oversikt i dokumentet som kan brukes i forbindelse med undersøkelse av akutt sykdom.

Revisor har også mottatt en oversikt over den formelle utdanningen til de ansatte. Kommunen deltar i et prosjekt fra KS som heter "Turn", hvor målet er å undersøke om det er mulig å endre måten tjenestene leveres på. Det har blitt utført en kartlegging av de ansatte i forbindelse med prosjektet, men denne kartleggingen omtaler ikke det *fremtidige* kompetansebehovet.

Enhetsleder opplyser at kommunen bruker Visma Veilederen for å gjennomføre e-kurs i relevante temaer for tjenesten. Det er en logg over gjennomførte kurs i Veilederen, og enhetslederen følger opp gjennomføringen regelmessig. Det settes frister for gjennomføring av kurs, inkludert medisinkurs, og de fleste ansatte fullfører kursene innenfor fristen er revisor opplyst om. Delegasjonen av ansvar inndras dersom ansatte ikke fullfører kurs i medisinhåndtering.

Nyansatte får tildelt en fadder som er godt kjent med arbeidsoppgavene ifølge enhetslederen.

##### ***Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen***

Tjenesten er for tiden i ferd med å ta i bruk *Compilo* som et internkontrollverktøy, og i den forbindelse legger de inn rutiner i systemet. Tidligere har det ikke vært et godt system for å

lagre rutiner, og det har ikke vært en mappe eller lignende for å samle dem. På et personalmøte har de ansatte fått anledning til å si hvilke rutiner de har behov for, og på denne bakgrunn foreligger det en oversikt over hvilke rutiner de ansatte ønsker slik at kommunen har en oversikt over hvilke rutiner de har bestemt seg for å ha. Rutinene som de ansatte har etterspurt er:

- Dødsfall i hjemmet
- Hvis man ikke finner bruker/døra er låst
- Informasjon til pårørende
- Brudd på taushetsplikt
- Rutiner for biler
- Rutiner for ladestasjoner
- Rutiner for arbeidslister
- Prosedyre for avvik
- Strøprosedyrer/brøyting
- Middagsombringing

De ansatte antas å være godt kvalifisert til å vite hvilke rutiner som er nødvendige, ifølge enhetsleder, og enheten skal ta utgangspunkt i de overnevnte rutineønskene i det videre arbeidet.

Revisor har mottatt noen rutiner som er lokalt utviklede og benyttes i hjemmetjenesten.

- Primærkontakt i hjemmetjenesten – rutinen er udatert og beskriver ansvar og oppgaver som primærkontakt for tjenestemottaker.
- Rutine for arbeidsmetode i hjemmebasert rehabilitering – rutinen er fra 2019 og skulle vært revidert i 2022. Rutinen beskriver fremgangsmåte og omfang av hjemmebasert rehabilitering, både med formål, lovhjemler og beskrivelser av innhold og informasjon av omfang over tid.
- Rutine for hygienetiltak i hjemmetjenesten – rutinen er udatert og beskriver hygieneprosedyrer i forbindelse med at man skal inn og ut av tjenestemottakers hjem.
- Rutine ved akutt sykdom – rutinen er udatert og beskriver fremgangsmåte for å kunne bidra med å avdekke akutt sykdom.
- Rutiner for akuttsekker (udatert) – rutinen beskriver bruk og innhold i utstyrsekk som skal være med når hjemmetjenesten utfører målinger på vegne av lege eller ved akutte hendelser
- Rutiner for medisinerrom (udatert) – rutinen beskriver hvordan det administrative arbeidet med dokumenter knyttet til medisiner skal gjøres
- Rutine for ernæringskartlegging (udatert) – rutinen beskriver forebygging og behandling av underernæring

I kommunens årsberetning for 2022 er det opplyst at hjemmetjenesten har tatt i bruk multidose medisiner til noen tjenestemottakere. Medisinene kommer da ferdig dosert fra apotek, og de ansatte ikke trenger å bruke tid på å fylle dosetter.

### ***Medvirkning fra virksomhetens medarbeidere***

Dokumentet som beskriver tjenestetilbudet ved enheten, gir en oversikt over hva mottakere kan forvente å motta og hva som ikke tilbys. Dette dokumentet er for tiden under evaluering, og de ansatte er involvert i arbeidet. Etter revisjonen vil det reviderte dokumentet bli lagt ut på kommunens nettsider.



I tillegg til rapport- og avdelingsmøter, avholdes det også sonemøter i hjemmetjenesten. Geografisk er området delt inn i fire soner, med en sykepleier tilknyttet hver sone. Sykepleierne har jevnlig møter med hjelpepleiere som arbeider i samme sone, der tiltaksplaner og evalueringer blir diskutert.

#### ***Bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende***

Enhetsleder opplyser at det ikke har blitt gjennomført brukerundersøkelser i tjenesten de siste årene. Den siste gangen dette ble gjort, var for cirka syv år siden. Enhetsleder er usikker på årsaken til at det ikke har blitt gjennomført.

Enhetsleder opplever at tjenestemottakerne er tilfredse med tjenestene.

#### 4.4 Evaluere

##### ***Kontroll av at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres***

Ved utførelsen av tjenester i hjemmet registreres det i Profil hva som er gjort eller ikke gjort, og eventuelt årsaken at oppgaver ikke er gjort. Enhetsleder er som oftest til stede på rapportmøtene om morgenen, og alle ansatte leser gjennom rapportene for ruten de skal kjøre den dagen.

Rådgivere fra administrasjonen har undervist i tjenestene om avvik og hvordan de skal registreres i *Compilo*. Det har vært stort fokus på avvik, selv om selv om enhetsleder viser til at det sannsynligvis er en underrapportering på området.

##### ***Vurdering av om gjennomføring av oppgaver, tiltak og planer er egnet til å etterleve krav i lovgivningen, og om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen***

Revisor har mottatt begrenset med dokumentasjon hva angår avvik og klager med de 65 avvikene enhetsleder har tatt ut. Avvik og klager vil kunne si noe om hvor tjenestemottakerne og de ansatte selv ser at tjenestene ikke leverer det de skal i henhold til egne rutiner eller lov og forskrift. Det er ikke gjennomført ROS-analyser og avvikene gjennomgås ikke på en systematisk måte.

##### ***Vurdering av virksomheten på bakgrunn av tjenestemottaker og pårørendes erfaringer***

Tilbakemeldinger fra pårørende og tjenestemottakere blir tatt hensyn til for å forbedre tjenestene. Kommunen arrangerer pårørendemøter, hvor de pårørende én og én kan møte en representant fra kommunen. Dette har blitt positivt mottatt av pårørende. Det kan være uenighet mellom tjenesten og pårørende om faglige spørsmål, men dialogen beskrives av enhetsleder som god. Referat fra pårørendemøtene blir lagret i Profil på den aktuelle tjenestemottakeren.

##### ***Gjennomgang av avvik og uønskede hendelser***

Tjenesten har hatt et avvikssystem før, men det ble oppfattet som ufullstendig av noen ansatte. Enkelte har etterlyst et nytt avvikssystem i lang tid. Når det kommer inn fra tjenestene, blir de, etter det opplyste, umiddelbart sendt til enhetsleder. Avvikene blir diskutert i personal- eller rapportmøter, avhengig av hva slags type avvik det er. Det er ingen fast struktur på når avvikene blir gjennomgått, men det skjer noen ganger i året. Denne gjennomgangen er innebærer, så vidt revisor forstår, ikke en *overordnet systematisk analyse* av de meldte avvik.

Det er ikke avdekket noen lovstridige eller uforsvarlige forhold i tjenestene ifølge enhetsleder.

***Årlig gjennomgang av styringssystemet***

Det er ifølge enhetsleder ikke systematisk gjennomgang av styringssystemet årlig.

**4.5 Korrigere*****Rutiner for å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold samt korrigerende tiltak for å bidra til at helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves***

Det er enhetsleder som behandler avvikene. Enhetsleder tar ut en liste over avvikene som kommer inn, gjør seg noen notater, og deretter undersøker med de ansatte hva de tenker om avviket. Deretter gjennomgås avviket og resultatet av avviket på rapportmøtet som avholdes ukentlig. Eventuelle tiltak som følge av avviket iverksettes i dialog med de ansatte som utfører tjenestene.

***Forbedring av nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner***

Ettersom det ikke foreligger verken ROS-analyse, fullstendig avviksoversikt (jf. underrapportering) eller årlige gjennomganger av styringssystemet, legger revisor til grunn at enheten ikke jobber *systematisk* med slike forbedringer/fornyinger av prosedyrer, instruksjoner og rutiner. Revisor er ikke forelagt rutiner som beskriver hvordan videreutvikling/revidering av gjeldende rutiner foregår.

## 5 OPPLEVD KVALITET BLANT DE ANSATTE

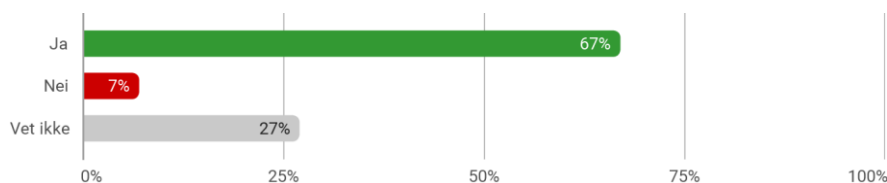
*Hvordan opplever ansatte kvaliteten på hjemmetjenestene levert av Ibestad kommune?*

For å undersøke de ansattes oppfatning om kvaliteten på tjenestene som leveres til tjenestemottakere i hjemmetjenesten i Ibestad kommune, utarbeidet vi en spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt ut til e-postadresser til de ansatte. Ibestad kommune formidlet disse e-postadressene til revisor. Totalt 21 ansatte, alle med arbeidssted i hjemmetjenesten og nattjenesten, mottok undersøkelsen. Også tilkallingsvikarer fikk tilsendt undersøkelsen. Av disse svarte 15, som gir en svarprosent på 71 %.

Spørreskjemaet var bygget opp med 29 spørsmål. På noen av disse var det også underspørsmål. Det inngikk flere «påstander» relatert til kvaliteten ved tjenestene. De ansatte ble i spørreskjemaet bedt om å angi hvor enige (eller uenige) de var i påstandene. Den andre typen spørsmål innebar at de ansatte skulle gradere kvaliteten tjenestene som ytes av hjemmetjenesten etter ulike variabler. Respondentene fikk også muligheten til å svare «vet ikke» om de andre alternativene ikke «traff». Avslutningsvis var det mulighet for å skrive en kommentar – enten til konkrete spørsmål eller til hele undersøkelsen.

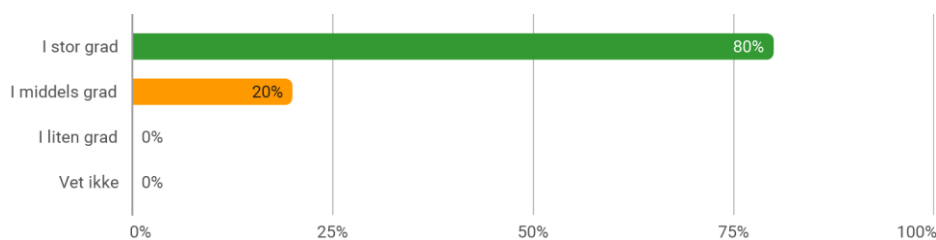
Innledningsvis spurte vi de ansatte om de var kjent med om det finnes stillingsbeskrivelse for den stillingen de per nå innehar.

*Diagram 2: 1. Finnes det stillingsbeskrivelse for din stilling?*



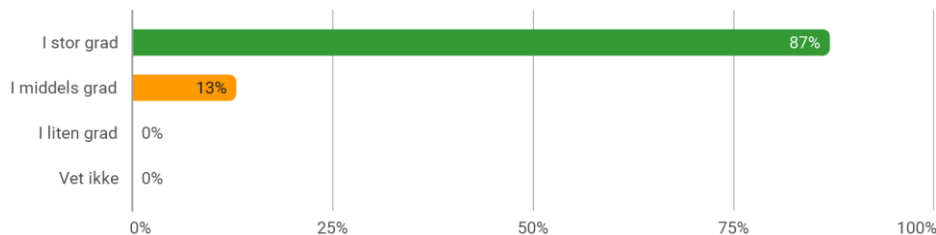
Flertallet, men ikke alle, av respondentene synes å være kjent med sin stillingsbeskrivelse. Revisor har som nevnt fått oversendt stillingsbeskrivelser fra kommunen.

*Diagram 3: 2a. I hvilken grad opplever du å være kjent med følgende innenfor din avdeling: - Ansvarsfordelingen - vet du hvordan ansvaret er fordelt i avdelingen?*



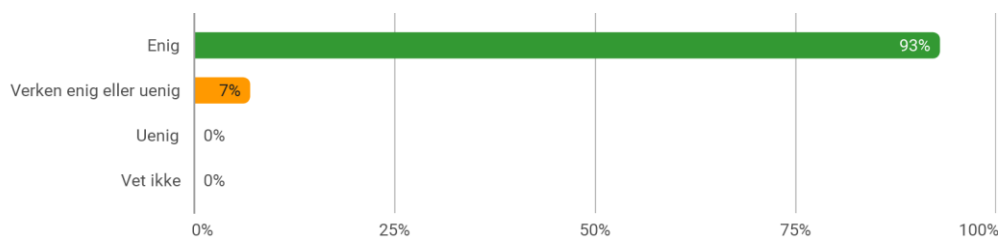
Resultatene indikerer at ansvarsfordelingen er relativt sett godt kjent i avdelingen.

*Diagram 4: 2b. I hvilken grad opplever du å være kjent med følgende innenfor din avdeling: - Oppgavefordelingen - vet du hvem som skal gjøre hva i avdelingen?*



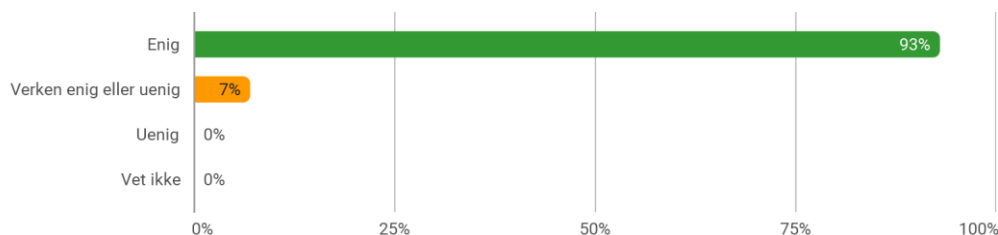
Resultatet indikerer at også oppgavefordelingen er relativt godt kjent i ansattegruppen.

*Diagram 5: 3a. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Det er helt tydelig for meg hvilket ansvar jeg har*



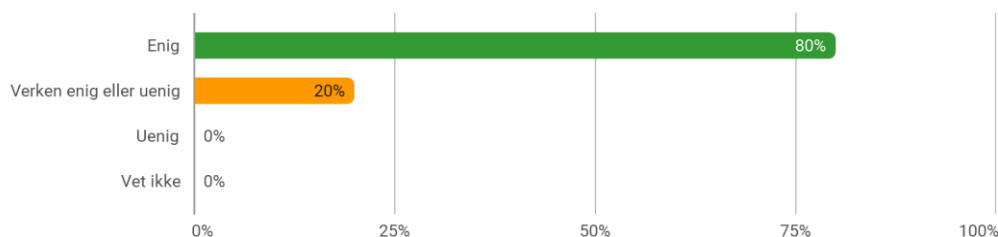
Resultatet indikerer at de fleste er godt kjent med hvilket ansvar de selv har i arbeidshverdagen.

*Diagram 6: 3b. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Det er helt tydelig for meg hvilke arbeidsoppgaver jeg har*



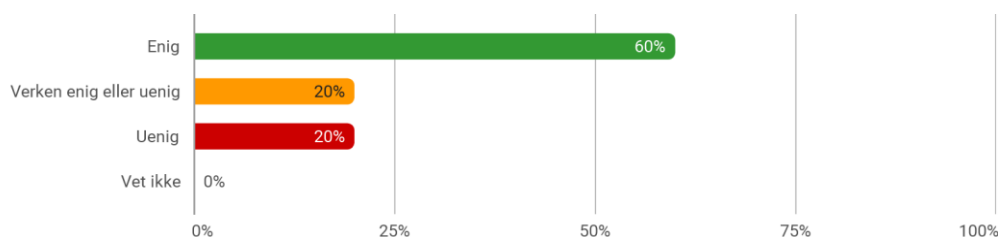
Resultatene på dette spørsmålet indikerer at de ansatte er godt kjent med hvilke arbeidsoppgaver de har.

*Diagram 7: 3c. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å utføre mine arbeidsoppgaver*



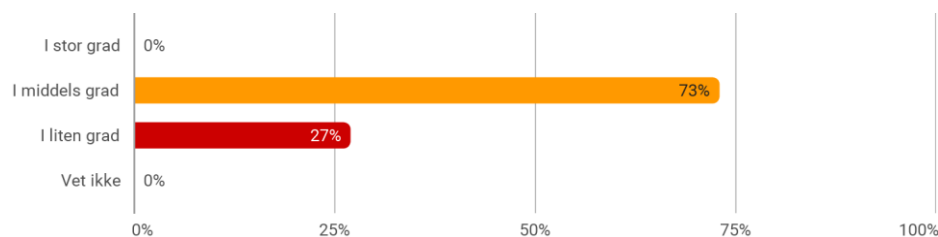
Opplevelsen av å ha tilstrekkelig kompetanse virker relativt utbredt blant respondentene, men et mindretall synes å være noe mer usikre på om deres kompetanse er tilstrekkelig.

Diagram 8: 3d. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander: - Jeg opplever å ha tilstrekkelig tilgang til opplysninger om tjenestemottakere for å kunne utføre min jobb på en god måte



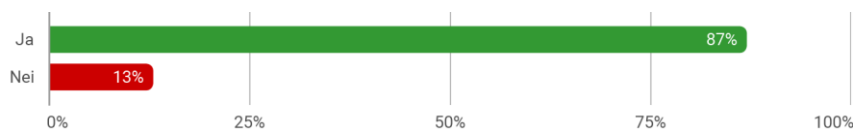
Respondentenes opplevelser relatert til informasjonstilgang fremstår blandede og indikerer et forbedringsbehov. En respondent ga uttrykk for å ønske tilgang til fagsystem på mobil løsning.

Diagram 9: 4. I hvilken grad opplever du at det finnes skriftlige rutinebeskrivelser for dine arbeidsoppgaver?



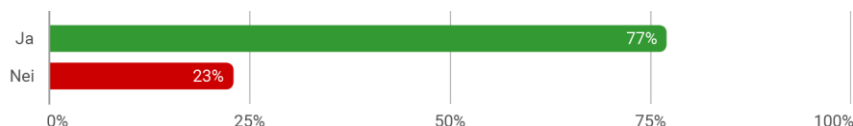
Resultatene indikerer at de ansatte opplever at forekomsten av skriftlige rutinebeskrivelser er middels/lav. Dette funnet er etter revisors syn sentralt med henblikk på problemstilling 1 i denne forvaltningsrevisjonen; om dokumentert styringssystem for hjemmetjenestene.

Diagram 10: 5. Har du i løpet av de siste seks månedene observert hendelser som du oppfatter som avvik i tjenesteleveransen?



Alle respondentene med unntak av to har de siste seks månedene observert det de oppfatter som avvik i tjenesteleveransen. De som svarte ja på dette spørsmålet, fikk et oppfølgingsspørsmål: «Meldte du avviket videre?».

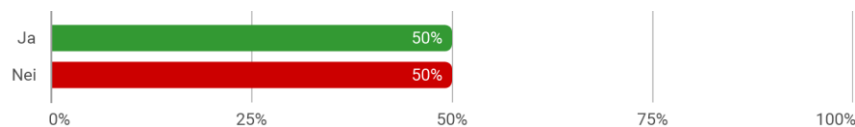
Diagram 11: 6. Meldte du avviket videre?



Av de tretten som svarte ja på foregående spørsmål var det ti av disse som faktisk meldte det observerte avviket i avvikssystemet. Dette indikerer at ikke alle observerte avvik blir registrert, og det er sannsynlig at det er en underrapportering av avvik i tjenesten – noe enhetsleder også synes å legge til grunn.

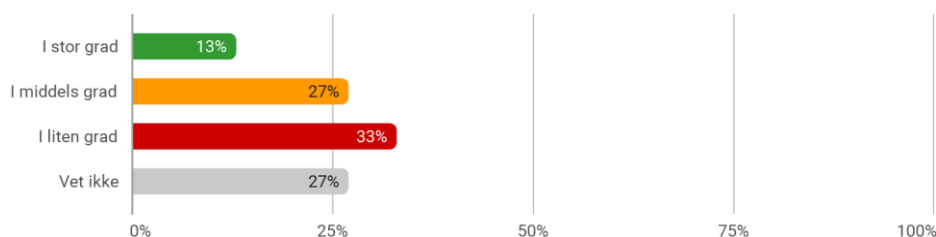
De som svarte nei - fikk et annet oppfølgingsspørsmål som gjengis i figuren nedenfor.

Diagram 12: 7. Har du i løpet av de siste seks måneder meldt avvik?



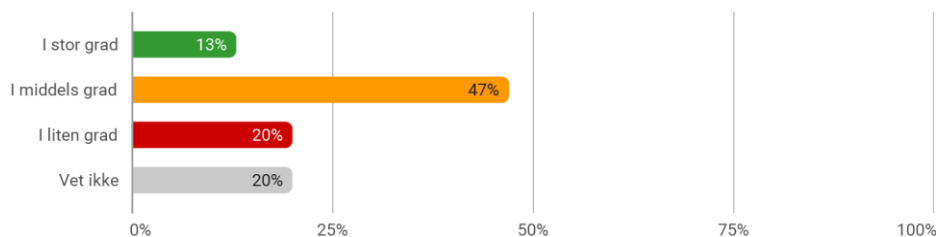
Dette spørsmålet var kun synlig for de som svarte nei på spørsmålet om de hadde i løpet av de siste seks månedene observert hendelser som ble oppfattet som avvik i tjenesteleveransen. Selv om begge svarte nei, så har en av disse likevel meldt avvik.

Diagram 13: 8. I hvilken grad opplever du at de som har det overordnede ansvaret i din avdeling tar tak i avvik og uønskede hendelser som avdekkes?

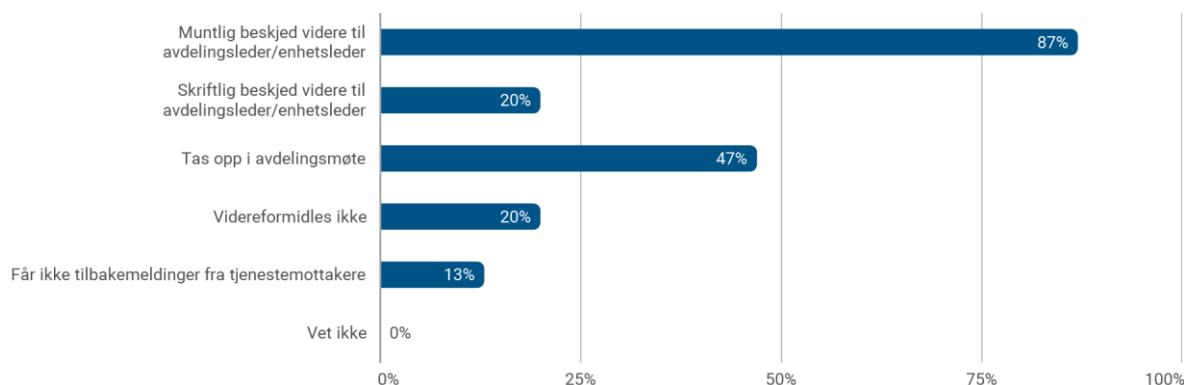


De ansattes opplevelse av at de som har det overordnede ansvaret i avdelingen tar tak i avvik og uønskede hendelser er delt. Et flertall har svart at de enten i liten grad opplever at dette gjøres, eller at de ikke vet om det gjøres. Dette indikerer at de som har det overordnede ansvaret i for liten grad informerer hvordan innmeldte avvik følges opp, eller at behandlingen av avvikene ikke er tilfredsstillende.

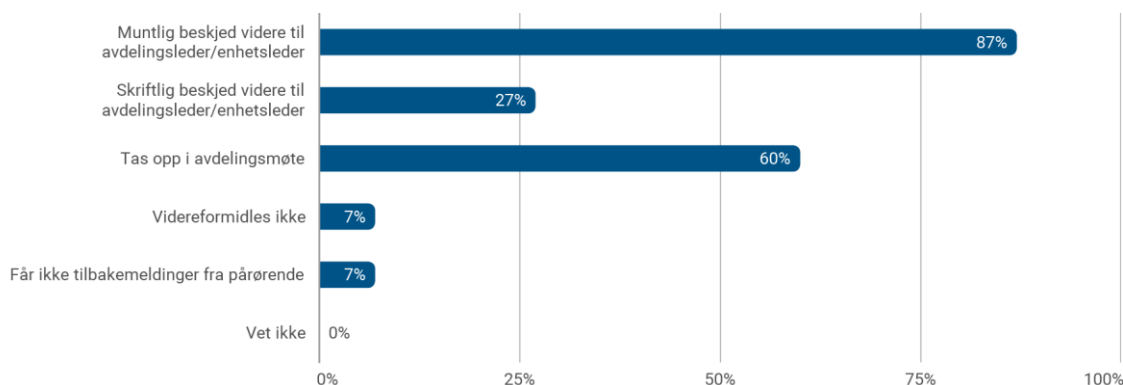
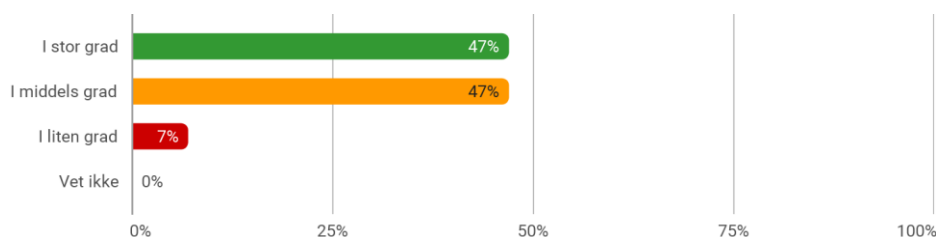
Diagram 14: 9. I hvilken grad opplever du at avvik og uønskede hendelser blir drøftet på personalmøter eller i liknende fora?



Som vi ser av figuren over, er respondentene delt i opplevelsen av om avvik og uønskede hendelser blir drøftet på personalmøter eller liknende fora. Resultatene fra dette spørsmålet kan sees i sammenheng med de ansattes svar på om de opplever at ledelsen tar tak i avvik og uønskede hendelser. Samlet sett indikerer resultatene på disse to spørsmålene et klart forbedringspotensial.

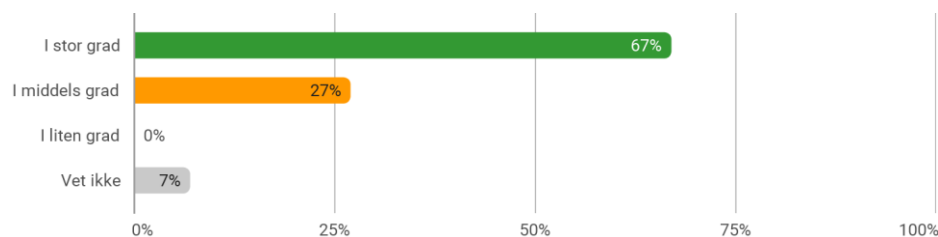
**Diagram 15: 10. Hvordan opplever du at tilbakemeldinger fra tjenestemottakere generelt blir håndtert?**

I figuren over ser vi svarfordelingen hva angår tilbakemeldinger fra tjenestemottakere – til tjenesten. På dette spørsmålet var det mulig å velge flere svaralternativer. Resultatene indikerer at kommunikasjonen rundt tilbakemeldinger fra tjenestemottakere i betydelig grad er muntlig. Det samme gjelder, slik resultatene i diagrammet nedenfor fremstår, tilbakemeldinger fra pårørende. Resultatene kan forstås som at det ikke er etablert en felles, uttalt praksis på området.

**Diagram 16: 11. Hvordan opplever du at tilbakemeldinger fra pårørende generelt blir håndtert?****Diagram 17: 12. I hvilken grad opplever du at tjenesten tar hensyn til tilbakemeldinger fra tjenestemottakere?**

Resultatene i diagram 17 indikerer at tilbakemeldinger fra tjenestemottakere blir hensyntatt i relativt stor utstrekning, men samlet sett har et flertall av respondentene svart at dette i middels eller liten grad gjøres.

Diagram 18: 13. I hvilken grad opplever du at tjenesten tar hensyn til tilbakemeldinger fra pårørende?



Når det gjelder tilbakemeldinger fra pårørende, indikerer resultatene i diagram 18 at de ansatte i større grad opplever at slike tas hensyn til i tjenesteutøvelsen – sammenliknet med tilbakemeldinger fra tjenestemottakere selv. Resultatene i diagram 19 nedenfor indikerer videre at de ansatte – samlet sett – i betydelig grad opplever at de pårørende har mulighet til å påvirke tjenestetilbudet. Svarene fra de ansatte på tilsvarende spørsmål med henblikk på tjenestemottakerne selv, er tilnærmet tilsvarende, jf. diagram 20 nedenfor.

Diagram 19: 14. I hvilken grad opplever du at pårørende har mulighet til å påvirke tjenestetilbudet?

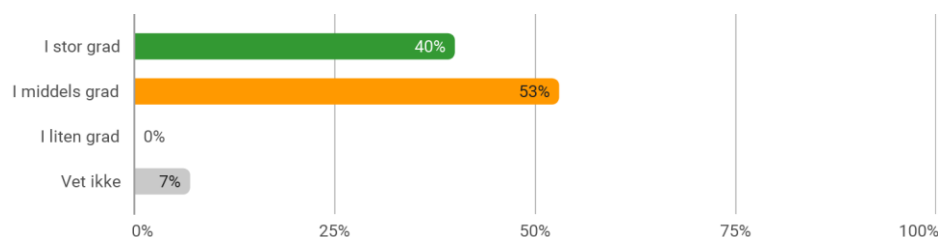
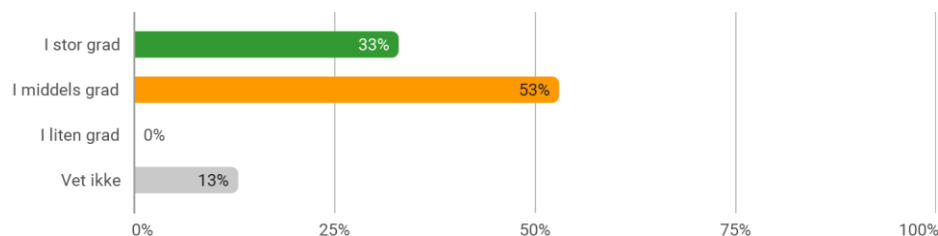


Diagram 20: 15. I hvilken grad opplever du at tjenestemottakere har mulighet til å påvirke tjenestetilbudet?



Resultatene i diagram 21 nedenfor indikerer at flere av de ansatte opplever at de selv medvirker mye i forbedring av tjenestetilbudet. Ingen har svart at de i liten grad opplever å gjøre dette.

Diagram 21: 16. I hvilken grad opplever du at du medvirker i forbedringsarbeidet tilknyttet tjenestetilbudet i hjemmetjenesten?

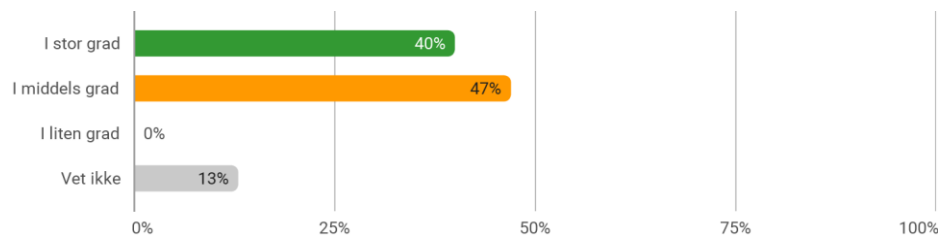
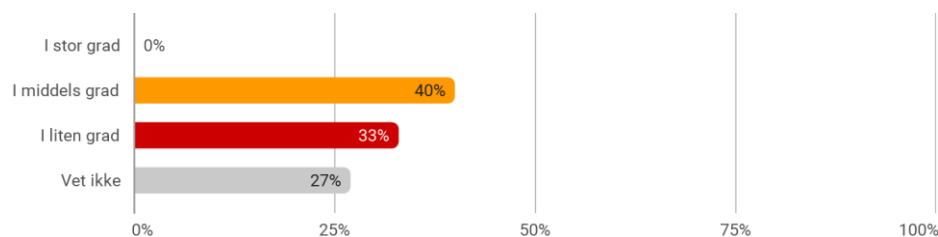




Diagram 22: 17. I hvor stor grad opplever du at rapportering av avvik bidrar til forbedring av tjenestene?



Resultatene i diagram 22 indikerer at ingen ansatte opplever at rapportering av avvik i stor grad bidrar til forbedring av tjenestene. Et flertall av de som har besvart spørsmålet, synes enten å oppleve at rapportering i liten grad bidrar til slik forbedring – eller de vet ikke om rapportering av avvik gir slik effekt. Revisor ser grunn til å bemerke at dette er et viktig funn som signaliserer et klart forbedringsbehov i hjemmetjenestenes styringssystem. Revisor anser at resultatene som kommer frem av figur 23 nedenfor, må forstås på tilsvarende måte.

Diagram 23: 18. I hvilken grad opplever du at rapporterte avvik bidrar til å forebygge svikt?

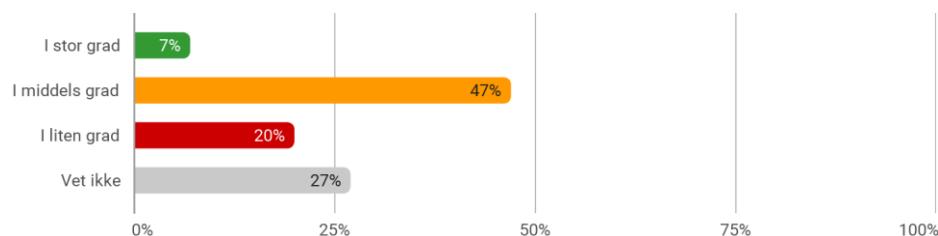
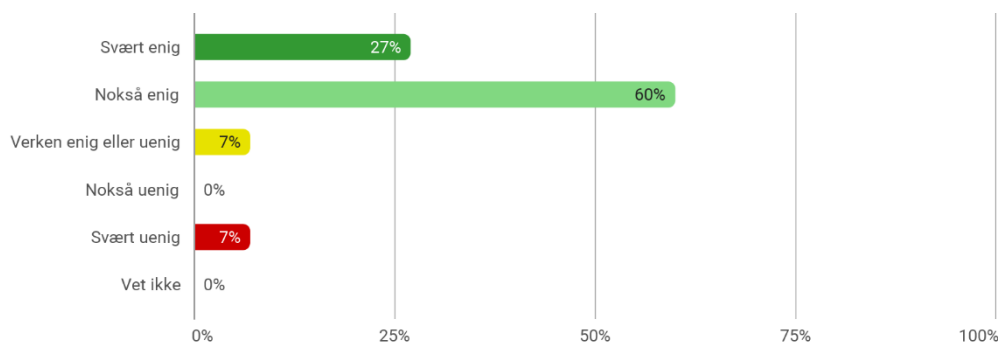
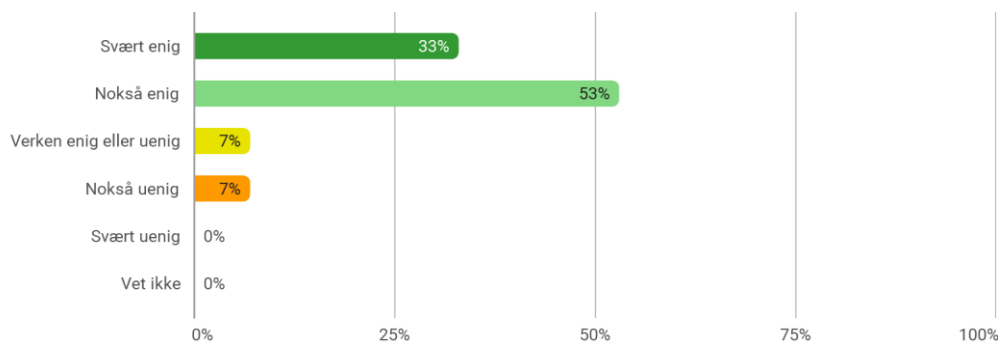


Diagram 24: 19a. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Det er fastsatt klare og tydelige mål for den jobben jeg skal gjøre

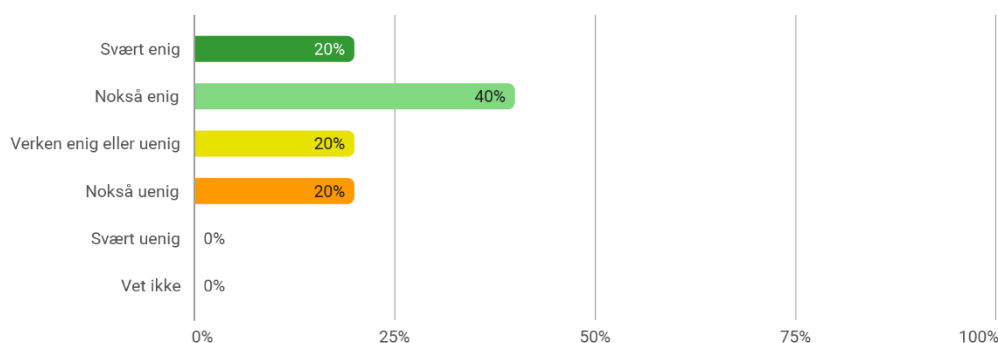


Majoriteten av respondentene synes å oppleve at målene for jobben de skal gjøre er relativt klart definerte. Som diagram 25 nedenfor viser, indikerer svarene fra respondentene også at de fleste opplever å få ha fått adekvat opplæring med henblikk på jobben de er satt til å gjøre. Som vist i kapittel 4 ovenfor, har de ansatte imidlertid uttrykt et ønske om flere skriftlige rutinebeskrivelser.

**Diagram 25: 19b. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Jeg har fått tilstrekkelig opplæring til å kunne gjøre jobben min på en god måte**



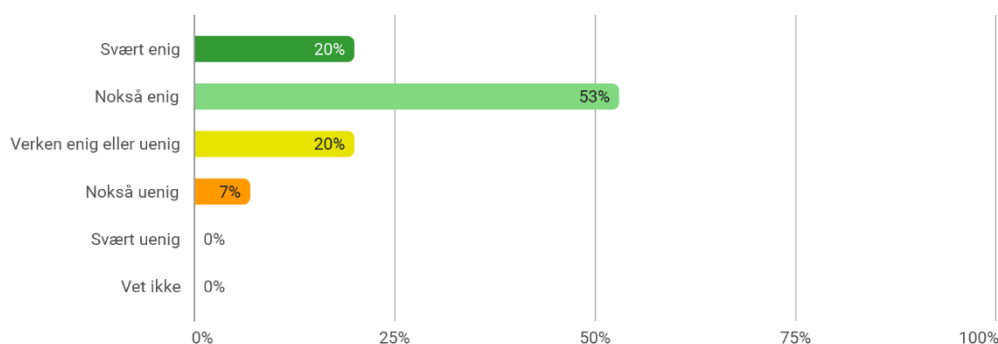
**Diagram 26: 19c. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Jeg har hjelpemidlene/utstyret jeg trenger for å utføre jobben min**



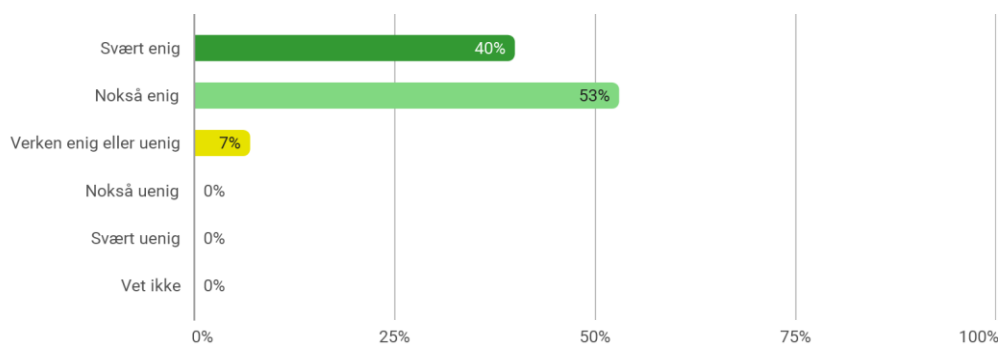
Respondentene fremstår noe delt i sine opplevelser av om de har nødvendige hjelpemidler og utstyr for utførelse av jobben sin.

Resultatene i diagram 27 nedenfor indikerer at mange av respondentene opplever betydelig grad av medbestemmelse ved sin arbeidsplass, men at et lite mindretall opplever mindre av dette.

**Diagram 27: 19d. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Jeg har mulighet til å påvirke beslutninger som angår min arbeidssituasjon**

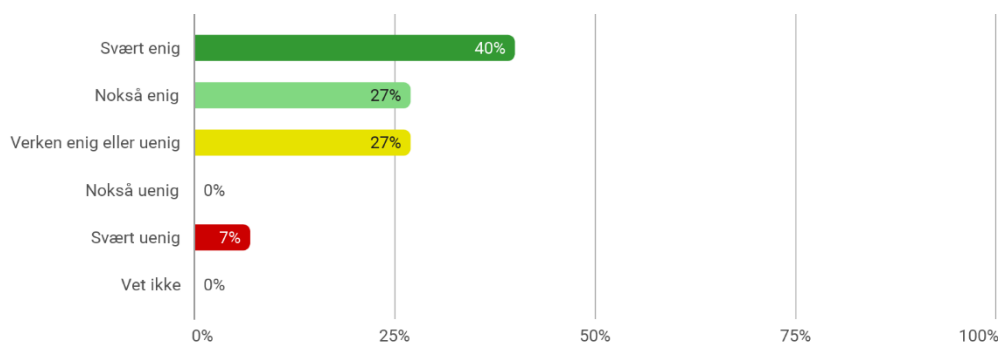


**Diagram 28: 19e. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse til å utføre jobben min på en god måte**

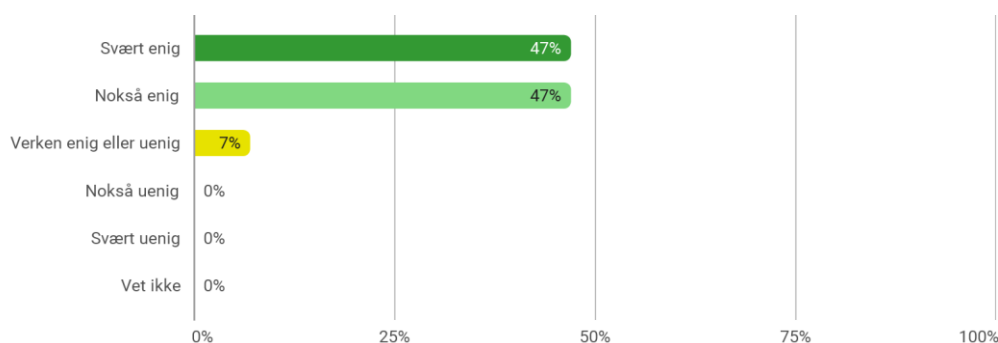


Det store flertallet av respondentene virker relativt trygge på egen kompetanse til å utføre sitt arbeid på en god måte. Hva angår arbeidsgivers tilrettelegging for de ansattes kompetanseutvikling, fremstår svarene noe mer blandede. Resultatene kan indikere at flere ansatte savner bedre tilrettelegging på området.

**Diagram 29: 19f. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Arbeidsgiver legger til rette for at jeg får utviklet min kompetanse**

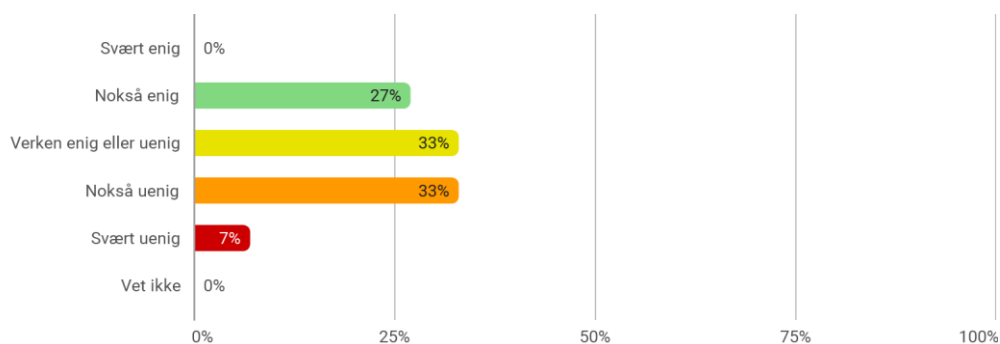


**Diagram 30: 19g. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Totalt sett føler jeg meg trygg på at jobben jeg gjøre tilfredsstiller kravene som stilles til den**



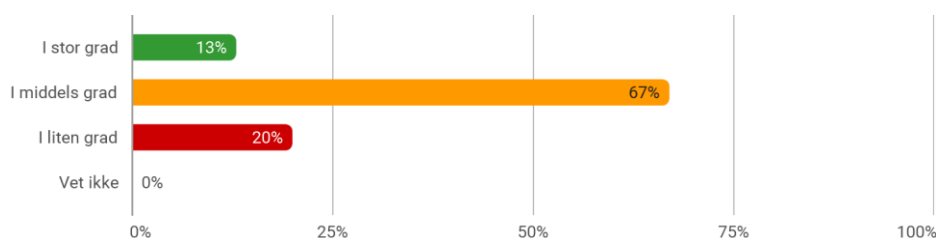
Det store flertallet av respondentene fremstår relativt trygge på at jobben de gjør, tilfredsstiller kravene som stilles til den. Samtidig indikerer resultatene i diagram 31 nedenfor at kun et mindretall av de ansatte opplever å ha tilstrekkelig tid til å løse sine daglige oppgaver.

Diagram 31: 19h. Angi hvorvidt du er enig eller uenig i følgende påstander om din arbeidshverdag: - Jeg har tilstrekkelig tid til å løse mine daglige oppgaver



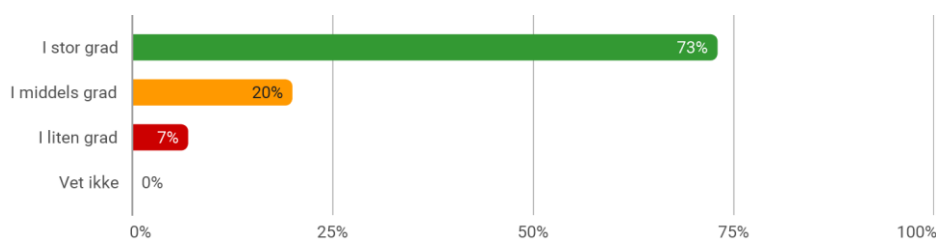
Resultatene i diagram 32 nedenfor indikerer et forbedringspotensial med henblik på informasjonsutveksling. Kun et lite mindretall av de ansatte opplever at informasjonsutviklingen innad i personalet om tjenestemottaker i stor grad er tilfredsstillende.

Diagram 32: 20. I hvilken grad opplever du informasjonsutvekslingen innad i personalet om tjenestemottaker som tilfredsstillende?



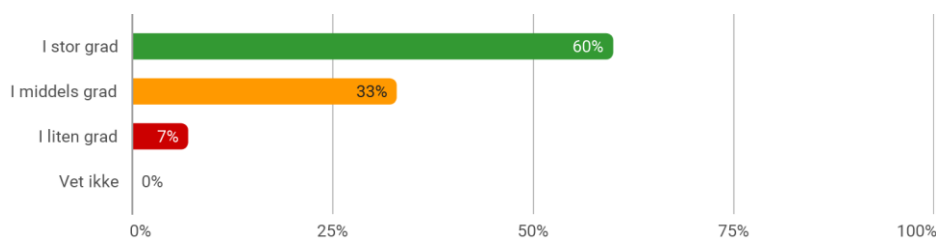
Flertallet av respondentene synes, jf. diagram 33 nedenfor, å oppleve at tjenestemottakere får tjenester i henhold til sine vedtak. Samtidig gir et lite mindretall uttrykk for en mindre positiv opplevelse av dette.

Diagram 33: 21. I hvilken grad opplever du at tjenestemottakerne får tjenester i henhold til sine vedtak?



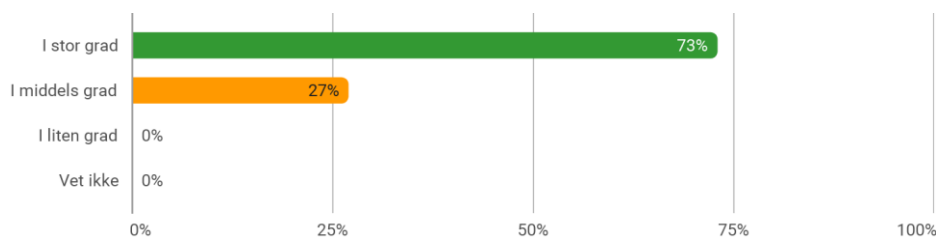
Resultatene i diagram 34 på neste side indikerer at flere – men ikke alle – av respondentene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å bistå tjenestemottakere med deres legemiddelbruk. Det er totalt 22 personer har fått uestedt medisindelegasjon. Dette omfatter de som arbeider i hjemmetjenesten, natt-tjenesten og vikarer.

Diagram 34: 22. I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig kompetanse til å bistå tjenestemottakere med deres legemiddelbruk?



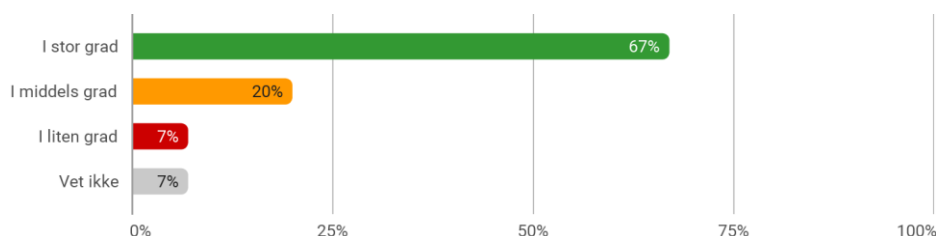
Resultatene i diagram 35 nedenfor indikerer at de fleste av respondentene opplever at tjenestemottakerne trives med hjemmetjenestens personale.

Diagram 35: 23. I hvilken grad opplever du at tjenestemottakerne trives med personalet?



Også på spørsmålet om hvorvidt tjenesten tar hensyn til tjenestemottakers privatliv, har de fleste respondentene svart med det som fra et «brukerperspektiv» må betraktes som et betryggende svar. Et lite mindretall uttrykker likevel å oppleve at tjenesten i middels eller liten grad tar slike hensyn.

Diagram 36: 24. I hvilken grad opplever du at tjenesten tar hensyn til tjenestemottakers privatliv?



Resultatene i diagram 37 indikerer at det store flertall av respondentene opplever at mottakerne av hjemmetjenester behandles med respekt av tjenesteyterne. Et mindretall av de ansatte opplever ikke dette i samme grad.

Diagram 37: 25. I hvilken grad opplever du at tjenesten behandler tjenestemottaker med respekt?

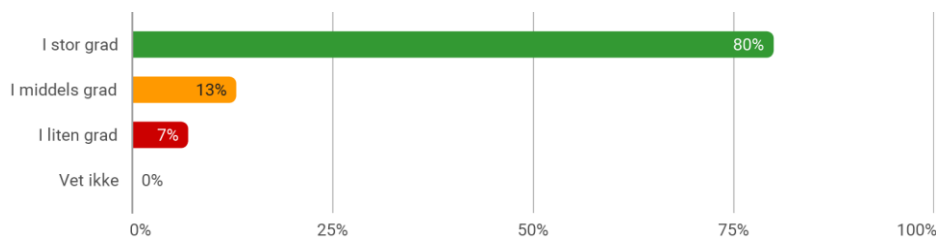
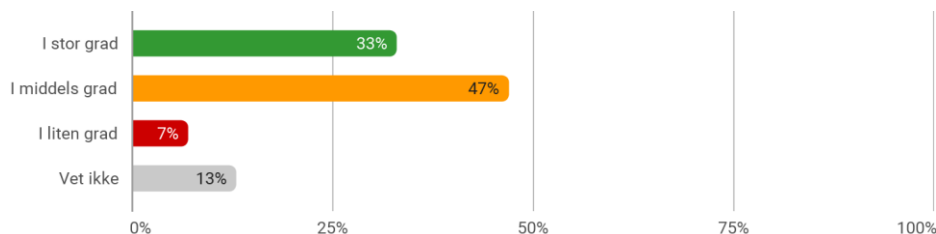


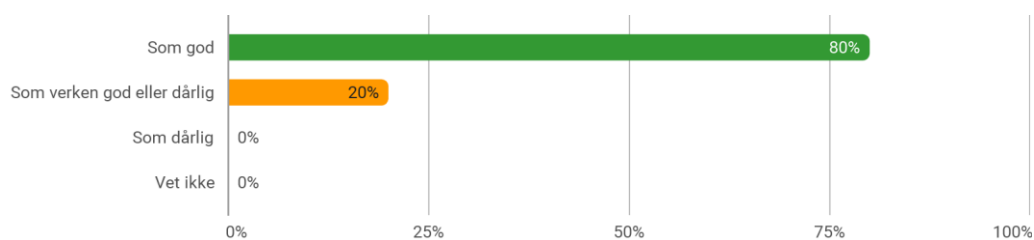
Diagram 38: 26. I hvilken grad opplever du at kontinuiteten blant personalet er tilfredsstillende for tjenestemottaker?



Når det gjelder kontinuiteten blant personalet, indikerer resultatene noe større utfordringer. Det hyppigst benyttede svaralternativet blant de ansatte, er at de *i middels grad* opplever at denne kontinuiteten er tilfredsstillende for tjenestemottaker. Resultatene på dette spørsmålet kan ikke

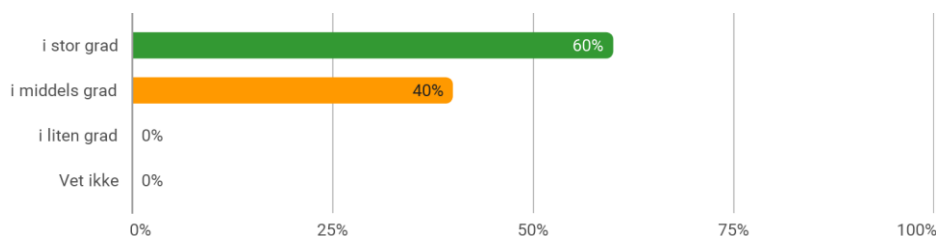
anses som å være urovekkende, men de kan indikeres som å uttrykke et opplevd forbedringsbehov.

*Diagram 39: 27. Hvordan vil du samlet sett vurdere kvaliteten på hjemmetjenester i Ibestad?*



Resultatene som vises i diagram 39 indikerer at et stort flertall av respondentene opplever at kvaliteten på hjemmetjenestene i Ibestad kommune er god. Flertallet synes også, jf. diagram 40 nedenfor, å oppleve at mottakerne av tjenestene er fornøyde med disse.

*Diagram 40: 28. I hvor stor grad tror du mottakerne av tjenestene du er med å produsere, er godt fornøyd med tjenestene*



Avsluttende kommentarer kunne skrives i en tekstboks til slutt i spørreundersøkelsen. Det var få ansatte som ga slike kommentarer. Enkelte etterlyste en løsning for å benytte seg av fagsystem når de er på ute runde; en lettere løsning enn de har i dag for tilgang til journal og medisinkort. Andre ønsket ytterjakke og arbeidsuniform av god/bedre kvalitet.

## 6 VURDERINGER, OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

### 6.1 Problemstilling 1: Dokumentert styringssystem for hjemmetjenestene

Et internkontrollsystem skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Omfanget av og innholdet i styringssystemet, og i hvor stor grad det skal dokumenteres, er forholdsmessig og opptil ansvarlig ledelses skjønn. Det innebærer at revisor ikke kan oppstille absolutte krav til omfanget av styringssystem for sykehjemmet og hjemmetjenesten, og heller ikke absolutte krav til i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Likevel gir bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring klare føringer for *hvilke hensyn et styringssystem skal ivareta*.

Revisor oppfatter at Ibestad kommune ved enhet for hjemmetjenester har fremlagt det som foreligger av skriftlige rutiner og beskrivelser med henblikk på tjenesteområdet. De skriftlige rutinebeskrivelsene omfatter flere, men ikke alle, av oppgavene som utføres ved enheten. De ansatte har selv ytret ønske om at flere skriftlige rutinebeskrivelser utarbeides. Enheten synes ikke å ha en systematisk til revidering av skriftlige rutinebeskrivelser, men det pågår et arbeid med å ta i bruk *Compilo* til blant annet dette formålet.

Flere av bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring fordrer at det foreligger oversikt over flere forhold, herunder blant annet mål, oppgaver, organisering, kunnskap for planlegging av tjenestetilbudet, relevant regelverk, risikoområder, medarbeiders kompetanse(behov) og avvik i tjenesteproduksjonen. Revisor kan vanskelig se at det er mulig å ha oversikt over slike forhold uten skriftliggjort informasjon. De ovenstående funn indikerer at det foreligger skriftlig informasjon relatert til tjenestetilbudets organisering, ansattes stillingsstørrelse og formalkompetanse, stillingsbeskrivelser, gjennomføring av kurs blant ansatte, kartlegging av tjenestemottakeres behov samt forekomst av avvik i tjenestene (dog trolig ikke fullt representativ for reelle avvik). Det foreligger også noe skriftliggjort informasjon om regelverket som regulerer tjenestene. Revisor oppfatter imidlertid at ansatte savner en skriftlig rutine for avviksrapportering. Videre ser vi særlig grunn til å legge vekt på at det ikke synes å være gjennomført noen risiko- og sårbarhetsanalyse i enheten de siste årene. Det å kartlegge og erkjenne virksomhetens risikoforhold er en grunnleggende forutsetning for velfundert internkontroll. Det foreligger så vidt revisor kan se ingen skriftlig rutine for systematisk gjennomgang og evaluering av tjenestenes styringssystem. Revisor kan vanskelig se at systematisk gjennomgang og evaluering av styringssystemet vil la se gjøre uten skriftliggjøring av informasjon og vurderinger.

Revisors vurdering er at Ibestad kommune *til dels* oppfyller revisjonskriteriet om å ha et dokumentert styringssystem for hjemmetjenestene.

Det har i vår dialog med Ibestad kommune ikke kommet frem informasjon som indikerer at kommuneadministrasjonen har vurdert hvor omfattende styringssystemet for hjemmetjenestene bør være, og heller ikke i hvilken grad dette skal dokumenteres. Mangelen på årlige gjennomganger av styringssystemet, jf. forskriftens § 8 bokstav f, styrker dette inntrykket. Revisor vurderer at Ibestad kommune v/ enhet for hjemmetjenester *ikke oppfyller* revisjonskriteriet om å vurdere omfang av samt grad av skriftlighet i styringssystemet for tjenesten.

Problemstillingen revisor her tar utgangspunkt i, er altså hvorvidt kommunen har dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre kvalitet i hjemmetjenestene. Vurderingene nedenfor er dermed basert på det omfanget av formalisert internkontroll kommuneadministrasjonen har dokumentert. Revisor anser videre at flere av resultatene fra spørreundersøkelsene supplerer og utfyller bildet av enhetens styringssystem.

Revisor registrerer at det foreligger noe informasjon, primært på kommunens internettsider, om hvordan tjenestetilbudet er organisert. Det foreligger også stillingsbeskrivelser, oversikt over ansattes formalkompetanse og i noen grad oversikt over avvik i tjenesteproduksjonen. Kommunen har overordnet planverk som eldreplan og samfunnsdelen i kommuneplanen. Resultatene fra spørreundersøkelsen blant de ansatte indikerer at flertallet er godt kjent med ansvars- og oppgavefordelingen ved sin arbeidsplass. Det gjennomføres møter med pårørende. Revisor anser likevel at kommunens planlegging av tjenestetilbudet kjennetegnes av mangler. Den er ikke gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse, og det er flere år siden det ble gjennomført systematiske bruker- eller pårørendeundersøkelser. Informasjonsgrunnlaget slike analyser og undersøkelser gir, må anses viktig med henblikk på kontinuerlig planlegging av tjenestetilbudet. Revisor vurderer dermed at Ibestad kommune **ikke fullt ut** oppfyller revisjonskriteriet om å *planlegge* sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

For vurderingen av styringssystemet opp mot § 7 i forskriften (*gjennomføring* av tjenestetilbudet) er flere av de ovennevnte funnene relevante. Det at det foreligger stillingsbeskrivelser samt rutinebeskrivelser for flere av oppgavene som gjennomføres ved enheten, er faktorer som må anses å medvirke til å sikre forsvarlighet og regeletterlevelse i tjenesteproduksjonen. I spørreundersøkelsen svarer også det store flertallet av respondentene at de opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene sine. Samtidig indikerer flere av funnene at styringssystemet ved enhet for hjemmetjenester kjennetegnes av mangler. Som nevnt ovenfor mangler det risiko- og sårbarhetsanalyse med henblikk på enheten. Hensikten med en slik analyse er å kartlegge, erkjenne og deretter motvirke (reducere) risiko for uønskede hendelser og overtredelse av regelverket som regulerer tjenestene. De ansatte etterlyser selv skriftlige rutiner generelt, og skriftlige rutiner relatert til avvik spesielt. Revisors spørreundersøkelse viser at et flertall av respondentene synes å oppleve at det i middels grad foreligger skriftlige rutinebeskrivelser for arbeidsoppgavene de utfører. Resultatene fra spørreundersøkelsen samt opplysninger fra enhetsleder viser at avvik forekommer i tjenesteproduksjonen. Videre indikerer resultatene fra spørreundersøkelsene at de ansattes opplevelser av hvorvidt avvikene blir håndtert på tilfredsstillende måte, er blandede. Resultatene indikerer videre at det i betydelig grad er *muntlig* videreføring av tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende. Etter revisors syn er en slik praksis forbundet med risiko for at informasjon går tapt eller taper presisjon/fullstendighet underveis i prosessen. Revisor vurderer på ovenstående grunnlag at Ibestad kommune **til dels** oppfylder revisjonskriteriet om å gjennomføre sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt Ibestad kommune *evaluerer* hjemmetjenestetilbudet slik forskriften foreskriver, er det et sentralt funn at det ikke finnes skriftlige prosedyrer for – og heller ikke gjennomføres – årlige gjennomganger av hele styringssystemet for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Når det heller ikke er utført risiko- og sårbarhetsanalyse for enheten, anser revisor at ledelsen mangler et skriftlig, etterrettelig og helhetlig grunnlag for den kontrollen og de vurderinger som forskriftens § 8 foreskriver. Det gjennomføres imidlertid pårørendemøter, og resultatene fra



spørreundersøkelsen indikerer at avvik i et visst omfang blir drøftet i personalmøter o.l. Revisor vurderer at Ibestad kommune i *liten grad oppfyller* revisjonskriteriet om å evaluere sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Revisor har i gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjonen ikke mottatt dokumentasjon som sannsynliggjør at det foreligger skriftlige rutiner for å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold. Igjen ser vi grunn til å vise til at det ikke foreligger skriftlige rutiner for – og heller ikke i praksis gjennomføres – årlig gjennomgang av styringssystemet. Det foreligger ingen risiko- og sårbarhetsanalyser. De avvik som faktisk avdekkes og meldes ifra om, blir – etter spørreundersøkelsesresultatene å dømme – *ikke i tilstrekkelig* grad lagt til grunn for systematisk korrigerende og forbedring av tjenestetilbudet. De ansattes tilbakemeldinger på spørsmålene relatert til denne tematikken tyder i hvert fall ikke på det. Revisor vurderer at Ibestad kommune *i liten grad* oppfyller revisjonskriteriet om å korrigere sine aktiviteter i hjemmetjenesten i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

**Revisors konklusjon er at Ibestad kommune i noen grad har dokumenterte systemer som er egnet til å sikre kvalitet i hjemmetjenestene.** Styringssystemet som er etablert, er til dels dokumentert. Videre kjennetegnes det etter revisors vurdering av flere betydelige mangler, i særdeleshet relatert til kontinuerlig evaluering og korrigerende av hjemmetjenestens virksomhet.

Når det gjelder de ansattes opplevelse av tjenestekvaliteten, kan resultatene fra spørreundersøkelsen oppsummeres på følgende måte:

- Resultatene indikerer et forbedringspotensial med henblikk på informasjonsutveksling
- Flertallet av respondentene synes å oppleve at tjenestemottakere får tjenester i henhold til sine vedtak
- Resultatene indikerer at flere – men ikke alle – av respondentene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å bistå tjenestemottakere med deres legemiddelbruk
- De fleste av respondentene synes å oppleve at tjenestemottakerne trives med hjemmetjenestens personale
- Flertallet av respondentene opplever at tjenestemottakers rett til privatliv blir hensyntatt i tjenesteutøvelsen
- Det store flertall av respondentene opplever at mottakerne av hjemmetjenester behandles med respekt av tjenesteyterne
- Når det gjelder kontinuiteten blant personalet, indikerer resultatene noe større utfordringer – selv om revisors funn tilknyttet denne ikke kan anses «alarmerende».
- Et stort flertall av respondentene opplever at kvaliteten på hjemmetjenestene i Ibestad kommune er god.
- Flertallet av respondentene synes også å oppleve at mottakerne av tjenestene er fornøyde med disse

## 7 KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE

Revisor sendte 16.06.2023 rapporten på uttalelse til Ibestad kommune v/kommunedirektør. Vi mottok uttalelse den 29.06.2023, og denne er inntatt i sin helhet nedenfor.



### Uttalelse på rapportutkast – Kvalitet i hjemmetjenesten

Ibestad kommune takker for revisjonsarbeidet som er utført. Forvaltningsrapporten gir oss et godt grunnlag for å forbedre kvaliteten i tjenesten.

Det pågår nå et arbeid i samtlige enheter med å revidere eksisterende prosedyrer samt lage prosedyrer på de områder som per i dag mangler dette. Disse prosedyrene vil bli katalogisert i kvalitetssystemet Compilo og vil da være enkelt for alle ansatte å finne. Frem til nå har vi ikke hatt noen standarder knyttet til kvalitetssystem. I Compilo kvalitet er det også en avviksmodule som de ansatte har fått opplæring i. Her skal avvikene registreres slik at vi får en samlet oversikt over avvik. Dette vil gi oss et godt grunnlag for å identifisere forbedringspunkter og jobbe systematisk med kvalitetsforbedring.

Hamnvik 27.06.2023

Hildegunn Thode Dalsnes

Kommunedirektør

## 8 ANBEFALINGER

---

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner i denne rapporten anbefaler vi Ibestad kommune å videreutvikle sitt styringssystem for hjemmetjenesten, herunder:

- vurdere hvor omfattende styringssystemet skal være og i hvilken grad det skal formaliseres (dokumenteres) gjennom skriftlige rutinebeskrivelser
- gjennomføre risikoanalyser av virksomheten
- styrke innsatsen med hensyn til å innhente erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende
- videreutvikle sitt system for melding og håndtering av avvik
- foreta regelmessige gjennomganger og evalueringer av styringssystemet med henblikk på å vurdere hvorvidt det fungerer etter hensikten

## 9 REFERANSER

---

- *Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *Forskrift 28.10.2016 nr.1250 om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *Lov 2.7.2011 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*
- *Lov 22.6.2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*

## Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner og fylkeskommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms og Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, tolv kommuner i Nordland og 28 kommuner i Troms og Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Finnsnes, Bodø, Sortland, Sjøvegan, Leknes og Svolvær.

Vi har 45 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 14 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

## KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Ibestad kommune:

«Arbeidsmiljø, sykefravær og skader ved Ibestad sykehjem», 2018  
«Tidlig innsats, forebyggende arbeid og saksbehandling i barneverntjenesten», 2020  
«Eierskapskontroll Ibestad Eiendom AS», 2021





<b>Utvalg:</b> Kontrollutvalget i Ibestad kommune	<b>Saksnummer:</b> 11/2023	<b>Møtedato:</b> 27.09.2022	<b>Saksbehandler:</b> Tag Karlsen
---	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

## BUDSJETTRAMME FOR KONTROLL OG TILSYN 2024 – IBESTAD KOMMUNE

### Innstilling til vedtak:

1. Budsjettramme for kontroll og tilsyn for 2024 vedtas med netto driftsutgifter på til sammen kr. 676 000,- før lønns- og prisjusteringer for kontrollutvalgets egen virksomhet og eventuelle andre politiske vedtak.
2. Kontrollutvalgets forslag til budsjettramme for kontroll og tilsyn bes innarbeidet i og skal følge formannskapetets samlede budsjettinnstilling til kommunestyret.
3. Kontrollutvalget viser til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2, samt kommentarer i Kontrollutvalgsboken fra Kommunal- og regionaldepartementet, for behandling av kontrollutvalgets budsjettforslag. Utvalget forutsetter at behandlingen skjer som beskrevet her.

### Saken gjelder:

Budsjettramme for kontrollutvalgets virksomhet for 2024 – Ibestad kommune.

### Vedlegg til saken:

- A: Trykte vedlegg:
- B: Utrykte vedlegg:

### Saksutredning:

Forskrift om kontrollutvalg og revisjon fastsetter framgangsmåten ved behandling av budsjett for kontrollutvalgets og revisjonens samlede virksomhet. Paragrafens første ledd lyder slik:

*«Kontrollutvalget skal utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen eller fylkeskommunen. Forslaget skal følge innstillingen til årsbudsjettet etter kommuneloven § 14-3 tredje ledd til kommunestyret eller fylkestinget.»*

Det sies videre til Kontrollutvalgsboka, Kommunal- og regionaldepartementet, 3. utgave utgitt januar 2022, side 14:

*Det er berre kommunestyret som kan endre budsjettframlegget frå kontrollutvalet. Grunnen til at budsjettet til kontrollutvalet er i ei særstilling, er at utvalet skal vere fritt og uavhengig av dei organa som utvalet skal kontrollere. Det er uheldig om administrasjonen eller eit organ som kontrollutvalet skal kontrollere, til dømes formannskapet, får innverknad på budsjetttramma til utvalet.*

*Formannskapet kan likevel, i sitt samla budsjett, føreslå eit lågare beløp enn det kontrollutvalet føreslår. Budsjettframlegget til kontrollutvalet skal likevel uendra følgje det samla budsjettframlegget til kommunestyret, slik at kommunestyret ved budsjetthandsaminga har informasjon om både kontrollutvalet sitt framlegg og formannskapet si innstilling til budsjett. Kommunedirektøren har ikkje høve til å gjere endringar i framlegget frå kontrollutvalet undervegs i prosessen.*

Budsjettforslaget skal dekke både kontrollutvalgets egen virksomhet inkl. sekretariatsfunksjonen og kjøp av revisjonstjenester.

Post	Budsjett 2023	Budsjett 2024
Møtegodtgjørelse leder	13000	13000
Møtegodtgjørelse øvrige medlemmer	12000	12000
Tapt arbeidsfortjeneste	5000	15000
Arbeidsgiveravgift	2000	2000
Kurs, konferanser, opplæring mv.	20000	20000
Reiseutgifter	2000	2000
Møteutgifter	3000	3000
Kjøp av tjenester til revisjon	448000	485000
Kjøp av sekretariatstjenester	117000	124000
<b>Sum utgifter</b>	<b>622000</b>	<b>676000</b>

- Budsjettall for 2022 er slik de ble fremstilt i kontrollutvalgets sak 20/22

### Kommentarer:

Møtegodtgjørelser er satt opp i henhold til forskrift om folkevalgtes rett til godtgjørelse og velferdsgoder for Ibestad kommune (leder kroner 2.500,- per møte, medlemmer kroner 600,- per møte). Det er tatt høyde for 5 møter i 2024.

Det er beregnet arbeidsgiveravgift ut fra en sats på 5,1 %.



Tapt arbeidsfortjeneste er skjønnsmessig anslått. Posten er økt noe fra foregående år for å ta høyde for økte utgifter som følge av ny sammensetning av kontrollutvalget.

Opplæring/ kurs/ konferanser omfatter utgifter til å kursing for å holde medlemmene oppdatert på området tilknyttet kontrollutvalgets arbeid. Reisekostnader er basert på en viss aktivitet til kurs/konferanser og reisevirksomhet i forbindelse med utvalgets møteaktiviteter. De fleste kontrollutvalg som K-Sekretariatet betjener er representert på Norges Kommunerevisorforbunds kontrollutvalgskonferanse på Gardermoen i februar.

Kjøp av revisjonstjenester fra KomRev NORD er prisjustert med sist anslått deflator på 5,2 %. KomRev NORD foretar regulering etter faktisk deflator ved fakturering 2. halvår (fakturering for 1. halvår 2024 skjer etter budsjettert deflator, dvs. 5,2 %. Denne fakturering blir dermed som en akontofakturering som etterberegnes etter reell deflator i august/september).

Honoraret til K-Sekretariatet er prisjustert med sist anslått deflator for 2023 som er 5,2 %.  
(kilde: Kommuneproposisjonen 2024, - side 14)

Kjøp av sekretariatstjenester for kontrollutvalget og revisjonstjenester er i henhold til prospektene om opprettelse av selskapene K-Sekretariatet IKS og KomRev NORD IKS, og har tidligere vært behandlet i kontrollutvalget og kommunestyret.

Harstad, 19.9.2023



Audun Haugan  
seniorrådgiver