



Medlemmene i kontrollutvalget i Røst kommune
Ordføreren
KomRev NORD v/oppdragsansvarlig regnskapsrevisor
KomRev NORD v/oppdragsansvarlige forvaltningsrevisorer

Dato: 23.02.2026
Dok.nr: KS-26/00156-4
Saksbehandler: Berit P Pedersen
Telefon: 91360938
E-post: berit@k-sek.no

Møteinnkalling

Kontrollutvalget i Røst kommune

Møtedato: 05.03.2026
Møtested: Rådhuset Formannskapssalen
Tid: 14:00

./ Vedlagt følger sakliste og saksdokumenter.

Av hensyn til innkalling av varamedlem(mer) 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, jf. kommunelovens § 11-5. Det vises til saklisten for nærmere informasjon.

Med vennlig hilsen

Berit Pauline Pedersen
seniorrådgiver

Kopimottakere:

SAKSLISTE

Utvalg: Kontrollutvalget i Røst kommune
Møtedato: Torsdag 05.03.2026
Tid: Kl. 14:00
Møtested: Rådhuset- Formannskapssalen

Sak nr.	Tittel	Unntatt offentlighet
01/26	Kontrollutvalgets årsrapport for 2025	
02/26	Kontrollutvalgets årsplan for 2026	
03/26	Forvaltningsrevisjonsrapport – Systematisk styring i Helse og omsorgstjenesten	
04/26	Uavhengighetsvurdring – Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor Anton Stenberg	
05/26	Bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjekt - Barnehage	
06/26	Referatsaker	
07/26	Eventuelt	
08/26	Godkjenning av protokoll fra møtet 05.03.2026	



Arkivsaksnummer: KS-26/00004-1
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	01/26

Røst kommune - Kontrollutvalgets årsrapport for 2025

Innstilling til vedtak:

1. Kontrollutvalget vedtar forslaget til årsrapport som sin årsrapport for 2025.
2. Kontrollutvalget anbefaler kommunestyret å fatte slik *v e d t a k*:

Kontrollutvalgets årsrapport for 2025 tas til orientering.

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Seniorrådgiver

Vedlegg

Årsrapport 2025

Saksutredning:

Kontrollutvalget gir hvert år en årsrapport til kommunestyret.

Kontrollutvalgets årsrapport kommer i tillegg til den rapporteringen som skjer i forbindelse med enkelt saker, og inneholder en samlet oversikt over de viktigste sakene kontrollutvalget har arbeidet med i 2025.



ÅRSRAPPORT 2025

**Kontrollutvalget
i
Røst kommune**

1. INNLEDNING

Kommuneloven og forskrift om kontrollutvalg og revisjon gir bestemmelser som gjelder internt tilsyn, kontroll og revisjon i kommuner og fylkeskommuner. Regelverket gir også nærmere bestemmelser om valg og sammensetning av kontrollutvalget, utvalgets ansvar og oppgaver, og om saksbehandling og sekretariat.

2. KONTROLLUTVALGETS FORMÅL OG SAMMENSETNING

2.1 Formål

Etter kommuneloven har kommunestyret det øverste tilsyn med den kommunale forvaltning, jf. § 22-1.

For å ivareta dette tilsynsansvaret velger kommunestyret selv et kontrollutvalg som skal "forestå det løpende tilsyn med den kommunale forvaltning på sine vegne", jf. § 23-1.

2.2 Valg - sammensetning

Kontrollutvalget skal ikke tillegges andre oppgaver enn det som knytter seg til kontroll- og tilsynsfunksjonen. Det vil si at kontrollutvalget ikke skal delta i den aktive politiske beslutningsprosessen. Det er et krav at kontrollutvalgets medlemmer skal være uavhengig i forhold til forvaltningen av kommunen, både i forhold til politiske organer og administrasjonen, og det er derfor gitt strenge valgbarhetsregler. I praksis er det kun kommunestyrerepresentanter som ikke blir tillagt andre politiske oppgaver, som kan inneha vervet, samt valgte personer utenom de folkevalgte.

Minst ett av medlemmene av kontrollutvalget skal velges blant kommunestyrets medlemmer.

For inneværende valgperiode (2023-2027) er følgende valgt til kontrollutvalget:

Faste medlemmer

Gunn Kirsti Hansen - Leder
Geir Børre Johansen*
Åse Ann Karlsen
Trond Skog
Brynjar Åsland

Varamedlemmer

Stig Mareno Rånes
Endre Einvoll
Alf Jensen
Per Johan Hansen
Roy Ekrem

*medlem av kommunestyret

3. SAKSBEHANDLINGEN I KONTROLLUTVALGET

Utvalget har truffet sine vedtak i møter. Det er skrevet protokoll fra møtene. Utskrift av møteprotokollene er sendt utvalgets medlemmer og oppdragsansvarlige revisorer, samt at protokollene publiseres på kommunens hjemmeside.

Tidspunkt for møtene er blitt fastsatt av utvalget selv, og møtene har blitt holdt for åpne dører.

Innkalling til møtene har vært sendt ordfører, kommunedirektøren og oppdragsansvarlige revisorer, og inneholdt en oversikt over de sakene som skulle behandles samt saksdokumentene.

K-Sekretariatet IKS har i 2025 sørget for saksutredning og øvrig sekretariatsbistand.

4. KONTROLLUTVALGETS ARBEID I 2025

4.1 Generelt om kontrollutvalgets oppgaver

Kontrollutvalget skal som nevnt ovenfor føre det løpende tilsyn med den kommunale forvaltning (inkludert selskaper) på vegne av kommunestyret. Kontrollutvalgets oppgaver kommer frem av lov, forskrift eller kommunens egne retningslinjer.

Kommunelovens § 23-2 er en sentral bestemmelse som sier at:

Kontrollutvalget skal påse at

- a. kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte*
- b. det føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak*
- c. det utføres forvaltningsrevisjon av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet, og av selskaper kommunen eller fylkeskommunen har eierinteresser i*
- d. det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eller fylkeskommunens*
- e. eierinteresser i selskaper mv. (eierskapskontroll)*
- f. vedtak som kommunestyret eller fylkestinget treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter, blir fulgt opp.*

Kontrollutvalget skal videre:

- ✓ Vedta planer for utvalgets virksomhet og planer for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.
- ✓ Gjennomføre risiko - og vesentlighetsvurdering som grunnlag for valg av mulige forvaltningsrevisjonsprosjekter i perioden.
- ✓ Avgi uttalelse til årsregnskapet.
- ✓ Følge opp merknader fra revisor (i nummererte brev, eller i årsregnskapet).
- ✓ Rapportere resultatene av sin virksomhet til kommunestyret.
- ✓ Følge opp kommunestyrets vedtak i saker som er rapportert.
- ✓ Utarbeide budsjett for kommunens tilsyn og kontrollarbeid.

I tillegg kan kontrollutvalget ta opp andre saker ut fra sitt mandat for kontroll og tilsyn.

4.2 Aktiviteter gjennom året

Kontrollutvalget har i 2025 hatt 3 møter, møtene har vært lagt til rådhuset. Utvalget har behandlet 33 saker. Det ble fremmet 1 sak til kommunestyret. I tillegg legges protokoller fra kontrollutvalgets møter fram for kommunestyret som orientering. Utvalget er gjennom året blitt holdt underrettet om revisjonens virksomhet, og har ført tilsyn med at revisjonsarbeidet har foregått i samsvar med gjeldende forskrift og andre bestemmelser.

4.3 Forhold behandlet i 2025

De forhold som er behandlet kan oppsummeres som følger:

4.3.1 Regnskapsrevisjon:

Kontrollutvalgets har flere oppgaver knyttet til regnskapsrevisjonen. Den mest sentrale er det såkalte «på-se» ansvaret overfor kommunens revisor. Det betyr at kontrollutvalget blant annet skal påse at kommunes regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Det er kommunens regnskapsrevisor KomRev NORD IKS som utfører revisjonen og gjennomfører andre revisjonshandlinger, herunder utsteder revisjonsberetninger. Kontrollutvalgets «på-se» ansvar ivaretas gjennom en rekke løpende orienteringer og tilbakemeldinger fra revisor gjennom året.

- ✓ *Røst kommunes regnskap for 2024*
Kontrollutvalget har avgitt uttalelse til kommunens årsregnskap for 2024.
- ✓ *Querinihallen KFs regnskap for 2024*
Kontrollutvalget har avgitt uttalelse til foretakets årsregnskap for 2024.
- ✓ *Querinihallen KFs avviklingsregnskap 01.01.2025 – 30.06.2025*
Kontrollutvalget har avgitt uttalelse til foretakets avviklingsregnskap
- ✓ *Rapporteringer fra revisor*

Revisjonen har rapportert om revisjonsarbeidet løpende og ved avleggelsen av årsregnskapet for 2024. Videre har revisor orientert kontrollutvalget om revisjonsstrategien for årsregnskapet 2025.

- ✓ *Forenklet etterlevelseskontroll med økonomiforvaltningen*

Revisor er pålagt å utføre en kontroll av de delene av økonomiforvaltningen som ikke nødvendigvis blir kontrollert under den «vanlige» finansielle revisjonen. Formålet med kontrollen er å bidra til å forebygge og avdekke alvorlige feil og mangler i den sentrale økonomiforvaltningen i kommunen, det vil si hvor feil og mangler vil kunne få vesentlige økonomiske konsekvenser, eller ha stor betydning for tilliten til kommunens økonomiforvaltning.

Revisors kontroll for 2024 tok for seg etterlevelsen av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen.

Følgende vurderingskriterier er lagt til grunn for kontrollen og er hentet fra kommuneloven § 14-5 og § 14-10:

1. Har kommunedirektøren minst to ganger i året rapportert til kommunestyret om utviklingen i inntekter og utgifter, sammenholdt med årsbudsjettet?
2. Hvis utviklingen tilsier vesentlige avvik mellom driftsbudsjett og driftsregnskap, har kommunedirektøren foreslått endringer i årsbudsjettet, og har alle bruk av midler dekning i årets tilgang?

Kontrollen har basert seg på 1. og 2. tertialrapportering i 2024, samt rapporteringen i desember 2024.

Revisors konklusjon:

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis er vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at Røst kommune ikke i det alt vesentlige har etterlevd kravet om antall økonomirapporteringer pr. år, og kravet om at kommunedirektøren skal foreslå endringer i driftsbudsjettet slik at der er dekning for de aktuelle utgiftene.

Kontrollutvalget behandlet revisors rapportering i møte 20.02.2025 og fattet følgende vedtak:

Kontrollutvalget viser til revisors attestasjonsuttalelse av 03.01.2025 og tar rapporten til orientering.

Saken avsluttes.

Revisor har også rapportert om risiko- og vesentlighetsvurdering for forenklet etterlevelsesk kontroll for 2025. Her er området «samarbeidsavtale» - vertskommuneavtale om pedagogisk psykologisk tjeneste for kommunene Bodø, Værøy og Røst valgt ut for kontroll.

Rapportering fra gjennomgangen vil foreligge senest innen 30.6.2026.

Nummererte revisjonsbrev:

Ifølge kommunelovens § 24-7 påhviler det revisor en informasjonsplikt for en rekke forhold overfor kontrollutvalget. Rapporteringen skal skje skriftlig i form av fortløpende nummererte brev, med kopi til kommunedirektøren. Kontrollutvalget har i henhold til kontrollutvalg- og revisjonsforskriftens § 3 en plikt til å påse at skriftlige påpekninger fra revisor blir fulgt opp.

Revisor har sendt et nummerert revisjonsbrev til kontrollutvalget på Røst i 2025. Revisjonsbrevet ble sendt i forbindelse med avleggelse av årsregnskapet for KF Querinihallen Røst.

4.3.2 Forvaltningsrevisjon:

Forvaltningsrevisjon er systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. I

valgperioden skal kontrollutvalget sørge for at det blir gjennomført forvaltningsrevisjon av utvalgte deler av kommunens eller fylkeskommunens virksomhet, og av utvalgte selskaper kommunen eller fylkeskommunen har eierinteresser i. Forvaltningsrevisjon utføres av KomRev NORD IKS etter bestilling fra kontrollutvalget. Hvilke saker som skal bli gjenstand for en forvaltningsrevisjon bestemmes av kommunestyret eller av kontrollutvalget selv etter særskilt delegasjonsfullmakt.

Kontrollutvalget behandlet plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll i møte 24.05.2024 og saken med kontrollutvalgets innstilling ble sendt kommunestyret.

Kommunestyret har i sak 45/2024 behandlet plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll for perioden 2024-2028. Kommunestyret vedtok kontrollutvalgets innstilling til prosjekter i planperioden, som var følgende:

1. *Kommunestyret vedtar følgende plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2024 til 2028:*
 - a. *Grunnskoleopplæring*
 - b. *Helse og omsorg (kommunehelsetjenesten)*
 - c. *Barnehage*
 - d. *Administrasjon og styring (saksutredning og iverksettelse av politiske vedtak)*
2. *Kommunestyret gjennomfører ikke eierskapskontroll for planperioden 2024 til 2028.*
3. *Kommunestyret delegerer til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden ved endringer i risiko- og vesentlighetsbildet, herunder initiere andre prosjekter.*

Forvaltningsrevisjon – Kvalitet i grunnskolen

Kontrollutvalget behandlet tidligere bestilling som omhandlet «Kvalitet i grunnskolen» der de vedtok å stoppe forvaltningsrevisjonsprosjektet i påvente av i påvente av Statsforvalterens tilsyn. I utvalgets vedtak ble kommunedirektøren bedt om å sende rapporten fra Statsforvalteren til kontrollutvalget når den foreligger.

Kontrollutvalget følger opp saken i 2026.

Forvaltningsrevisjon – Systematisk styring i helse og omsorgstjenesten

Overordnet prosjektskisse ble godkjent av kontrollutvalget 08.05.2025. Kontrollutvalget ba om at rapporten skulle ferdigstilles og sendes kontrollutvalget innen 31.10.2025. KomRev NORD opplyste i notat av 26.09.2025 at rapporten var forsinket og ikke ville bli ferdigstilt i oktober 2025.

Kontrollutvalget følger opp saken i 2026.

4.3.3 Eierskapskontroll:

Kontrollutvalget skal også påse at det føres kontroll med forvaltningen av kommunens eller fylkeskommunens eierinteresser i selskaper mv. Hvilke selskaper som skal undergis slik kontroll fastsettes av kommunestyret etter innstilling fra kontrollutvalget. På samme måte som ved forvaltningsrevisjoner er det forvaltningsrevisor i KomRev NORD som utfører selskapskontrollene på bestilling og oppdrag fra kontrollutvalget.

Kontrollutvalget har iht. kommunelovens bestemmelse rett til å være til stede på representantskapsmøter og generalforsamlinger i interkommunale selskaper og aksjeselskaper der Røst kommune alene eller sammen med andre kommuner eller fylkeskommuner eier alle aksjene. Kontrollutvalget har gjennom 2025 ikke deltatt på møter i kommunalt eide selskaper.

Kommunestyret vedtok i forbindelse med behandlingen av plan for eierskapskontroll, og ikke gjennomføre eierskapskontroller i planperioden 2024-2028.

4.3.4 Kontroll med økonomiforvaltningen

Kontrollutvalget har gjennom forenklet etterlevelsesk kontroll og orienteringer fra kommunedirektøren om forhold ved økonomiområdet utøvd kontroll med økonomiforvaltningen.

Andre saker:

I kontrollutvalget skilles det mellom oppgaver som kontrollutvalget *skal* gjøre og *kan* gjøre. Utover de oppgaver som er hjemlet i lov og forskrift kan kontrollutvalget behandle «andre saker» som faller inn under kontroll og tilsynsfunksjonen. Dette er ikke en vedtakskontroll, og utvalget tar heller ikke stilling i enkeltsaker. Kontrollutvalgets rolle ligger her i å avdekke mulige kritikkverdige forhold som eventuelt kan meddeles særskilt til kommunestyret. Grunnlaget for å iverksette undersøkelser i «andre saker» kan komme fra utvalget selv, media eller fra henvendelser direkte og eksterne tips.

Orienteringer/andre saker:

- ✓ Årsrapport 2024
- ✓ Kontrollutvalgets årsplan for 2025
- ✓ Budsjettramme 2026 for kontrollorganenes virksomhet
- ✓ Kontrollutvalgets møteplan 2026
- ✓ Revisorenes uavhengighetserklæringer
- ✓ Rutiner, prosedyrer og drift ved teknisk etat

Røst, 05.03.2026

Gunn Kirsti Hansen
Kontrollutvalgets leder



Arkivsaksnummer: KS-26/00004-2
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	02/26

Røst kommune - Kontrollutvalgets årsplan for 2026

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner årsplanen for 2026.

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Saksbehandler

Vedlegg

Kontrollutvalgets årsplan for 2026

Saksutredning:

K-Sekretariatet legger fram utkast til *Årsplan 2026* for utvalget, jf. vedlegg. Det vil være naturlig at utvalget selv ser nærmere på planen.

Kontrollutvalget drøfter om det er flere forhold/saker som ønskes omtalt/fulgt opp i årsplanen.



ÅRSPLAN 2026

**Kontrollutvalget
i
Røst kommune**

ÅRSPLAN 2026

1. MØTEPLAN

Kontrollutvalget har i møte 23.10.2025 protokollert følgende vedtak i sak 27/25 –

Kontrollutvalgets møteplan for 2026:

Møtedager torsdag:

- Torsdag 5.mars
- Torsdag 7.mai
- Torsdag 15.oktober

Møter utover dette vil bli avholdt etter behov.

Møtestart kl. 14:00.

Møter utover dette vil bli avholdt etter behov.

2. OVERSIKT OVER ÅRSBERETNINGER OG ÅRSREGNSKAP SOM SKAL BEHANDLES AV KONTROLLUTVALGET.

Følgende regnskaper skal fremlegges til behandling i kontrollutvalget:

- *Røst kommune*

3. OVERSIKT OVER ORGANER OG SELSKAP UNDERLAGT KONTROLLUTVALGET

Følgende enheter er underlagt kontrollutvalgets innsynsrett og alminnelige kontrollmandat

- *Røst kommune*
- *Aksjeselskaper, interkommunale selskaper og enheter etter kommuneloven § 23-6*

K-Sekretariatet IKS er sekretariat for kontrollutvalget og er underlagt kontrollutvalgets instruksjonsmyndighet. Sekretariatet saksforbereder sakene for kontrollutvalget og skal løpende legge frem for kontrollutvalget all viktig korrespondanse fra kommunestyret, revisjonen, administrasjonen, mv.

4. VEDTATTE PLANER AV BETYDNING FOR KONTROLLUTVALGETS VIRKSOMHET

Kommunestyret har vedtatt følgende plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2024 – 2028:

- a. Grunnskoleopplæring
- b. Helse og omsorg – Kommunehelsetjenesten
- c. Barnehage
- d. Administrasjon og styring (saksutredning og iverksettelse av vedtak)

Kontrollutvalget er gitt myndighet til å foreta endringer i planperioden.

Kommunestyret i Røst har vedtatt at det ikke skal gjennomføres eierskapskontroller i innværende planperiode (2024-2028).

5. VIRKSOMHETEN FOR DE ENKELTE KONTROLLOMRÅDER

Kontrollutvalgets ansvarsområder er beskrevet i kommunelovens kap. 23 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

5.1 Revisjonens virksomhet

Røst kommunes valgte revisor er KomRev Nord IKS. KomRev Nord IKS utfører regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroller for kommunen.

Kontrollutvalget skal holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at:

- kommunens eller fylkeskommunens årsregnskaper blir revidert på en betryggende måte
- føre kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak
- regnskapsrevisjonen utføres i samsvar med lov, forskrift og kontrollutvalgets instruksjer og avtaler med revisor
- regnskapsrevisjonen blir utført av revisorer som oppfyller kravene i forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 2 og 3.

Kontrollutvalget skal påse at regnskapsrevisorens påpekinger etter kommuneloven § 24-7 til § 24-9 blir rettet eller fulgt opp (nummererte brev, merknader til årsregnskapet, forenklet etterlevelseskontroll mv.). Hvis påpekingene ikke blir rettet eller fulgt opp, skal kontrollutvalget rapportere dette til kommunestyret.

Kontrollutvalget skal videre behandle risiko- og vesentlighetsvurdering for forenklet etterlevelseskontroll og motta rapport fra kontrollen til behandling. Følgende tema er valgt for 2025 – Vertskommuneavtale om pedagogisk-psykologisk tjeneste for kommunene, Bodø, Værøy og Røst. Her vil revisor undersøke kommunens etterlevelse av avtalene.

Revisor skal senest 30.juni gi en uttalelse til kontrollutvalget om resultatet av kontrollen.

5.2 Forvaltningsrevisjoner

Kontrollutvalget skal utføre forvaltningsrevisjoner med utgangspunkt i plan for forvaltningsrevisjon 2024 – 2028.

Kontrollutvalget skal bestille forvaltningsrevisjonsprosjekter fra revisjonen. Følgende prosjekt er bestilt og følges opp i 2026:

- ✓ *Systematisk styring i Helse og omsorgstjenesten*

Kontrollutvalget skal motta samtlige prosjekter til behandling i utvalget. Resultatene fra revisjonsprosjektene rapporteres til kommunestyret, og kontrollutvalget følger opp kommunestyrets vedtak. Kontrollutvalget rapporterer senere tilbake til kommunestyret om hvordan vedtakene har blitt fulgt opp av kommunedirektøren.

I henhold til vedtatte plan skal kontrollutvalget bestille et forvaltningsrevisjonsprosjekt til i inneværende valgperiode – Neste prosjekt er barnehage - bestillingen legges frem for kontrollutvalget i deres første møte 05.03.2026.

5.3 Eierskapskontroller

Kommunestyret har besluttet at det ut fra en risiko og vesentlighetsvurdering – ikke er hensiktsmessig å foreta eierskapskontroll i perioden 2024-2028 i de selskap kommunen har eierandeler i og som kan være gjenstand for kontroll.

5.4 Øvrige oppgaver

Kontrollutvalget skal ellers:

- utarbeide forslag til budsjett 2027 for kontrollarbeidet i kommunen
- føre kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak
- avgi uttalelse til kommunestyret om Røst kommunes årsregnskap og årsberetning for 2025
- avgi årsrapport til kommunestyret om utvalgets egen virksomhet.
- behandle uavhengighetserklæringer fra oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor og oppdragsansvarlig regnskapsrevisor
- vedta møteplan for kontrollutvalgets møter i 2027
- følge opp øvrige saker ut fra kontrollutvalget mandat av eget tiltak, eller etter henvendelser



Arkivsaksnummer: KS-25/00028-11
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	03/26

Røst kommune - Forvaltningsrevisjonsrapport systematisk styring i helse og omsorgstjenesten

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget anbefaler kommunestyret å treffe slikt vedtak:

1. Kommunestyret viser til funn og konklusjoner i forvaltningsrevisjonsrapporten om «Systematisk styring i helse og omsorgstjenesten»
2. Kommunestyret ber kommunedirektøren gi kontrollutvalget en skriftlig redegjørelse over planlagte og gjennomførte tiltak for å imøtekomme revisjonens anbefalinger som er:

Under problemstilling 1 om styringssystem anbefales det at Røst kommune:

- Videreutvikler sitt styringssystem for helse og omsorgstjenesten og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:
 - Kompetanseplan
 - Ansvarsbeskrivelser
 - Vedtaksmyndighet for helse- og omsorgstjenester og oppnevning av fast stedfortreder
 - Rutine for overordnet risikovurdering for driften av sykehjemmet og hjemmetjenestene når det gjelder områder i virksomheten hvor det kan være risiko for svikt eller pasient- og brukersikkerhet
 - Systematisk innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes tilbakemeldinger
 - Å bruke samlet kunnskap fra avvik i forbedringsarbeidet
- Evaluerer styringssystemet for helse- og omsorgstjenesten jevnlig.

Under problemstilling 2 om saksbehandling, anbefales det at Røst kommune:

- Spesifiserer innholdet i helsetjenestene når det fattes vedtak om hjemmetjenester
- Viser til utførte kartlegginger i vedtak om hjemmetjenester

- Sikrer korrekt henvisning til regelverket i alle vedtak om hjemmetjenester
- Sikrer at alle vedtak om hjemmetjenester angir hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt hvor lang tid vedtaket gjelder
- Gjennomgår og evaluerer rutiner for arkivering av utredninger og kartlegginger av brukere, for å sikre god oversikt over informasjon i den enkelte sak
- Sikrer at det innhentes gyldig samtykke til langtidsplass ved sykehjemmet

3. Frist for skriftlig svar til kontrollutvalget settes til 30.09.2026.

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Seniorrådgiver

Vedlegg

Forvaltningsrevisjonsrapport – Systematisk styring i helse og omsorgstjenesten

Bakgrunn

Kontrollutvalget i Røst kommune bestilte under sak 06/25 et prosjekt som omhandlet «Grunnskole – individuell tilrettelegging».

I møte 08.05.2025 under sak 17/25, behandlet kontrollutvalget overordnet prosjektskisse fra KomRev NORD.

Beskrivelse

Formål

Formålet med forvaltningsrevisjonen var «å undersøke om Røst kommunes rutiner for samhandling i faktisk ytelse av helsetjenester er med på å sikre et helhetlig tjenestetilbud, samt vurdere om saksbehandlingen er i tråd med sentrale lovkrav».

Rapportens problemstillinger

I denne rapporten gjelder følgende problemstillinger:

Problemstilling 1:

Har Røst kommune et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket?

Problemstilling 2:

Oppfyller Røst kommune krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester?

Undersøkelsene under retter seg hovedsakelig mot kommunens sykehjems- og hjemmetjenester og omsorgsboligene.

Vurdering

Funn og konklusjoner

Rapporten side 3

Revisors samlede konklusjoner på problemstillingene er som følger:

Problemstilling 1: Røst kommune har til dels et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket. Kommunen har en del på plass når det gjelder systemer for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, blant annet gjennom helse- og omsorgsplanen og de nylig vedtatte tildelingskriteriene. Samtidig er det mangler knyttet til blant annet risikovurderinger og bruk av erfaringer fra avvik i forbedringsarbeidet.

Problemstilling 2: Røst kommune har ikke oppfylt alle krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester. Flere sentrale krav er ivaretatt i flere av de undersøkte sakene, samtidig har vi påpekt mangler i vedtakene knyttet til

blant annet gjengivelse av rettslig grunnlag i vedtak og opplysninger om hvilke tjenester som skal gis. Det er også mangler ved kommunens praksis for å sikre gyldig samtykke.

Sekretariatet viser til rapporten der en utfyllende oppsummering av revisors funn og konklusjoner er nærmere beskrevet i kapittel 4 og 5.

Revisjonens anbefalinger side 43

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 1 om styringssystem anbefaler vi at Røst kommune:

- Videreutvikler sitt styringssystem for helse og omsorgstjenesten og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:
 - Kompetanseplan
 - Ansvarsbeskrivelser
 - Vedtaksmyndighet for helse- og omsorgstjenester og oppnevning av fast stedfortreder
 - Rutine for overordnet risikovurdering for driften av sykehjemmet og hjemmetjenestene når det gjelder områder i virksomheten hvor det kan være risiko for svikt eller pasient- og brukersikkerhet
 - Systematisk innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes tilbakemeldinger
 - Å bruke samlet kunnskap fra avvik i forbedringsarbeidet
- Evaluerer styringssystemet for helse- og omsorgstjenesten jevnlig.

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 2 om saksbehandling, anbefaler vi at Røst kommune:

- Spesifiserer innholdet i helsetjenestene når det fattes vedtak om hjemmetjenester
- Viser til utførte kartlegginger i vedtak om hjemmetjenester
- Sikrer korrekt henvisning til regelverket i alle vedtak om hjemmetjenester
- Sikrer at alle vedtak om hjemmetjenester angir hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt hvor lang tid vedtaket gjelder
- Gjennomgår og evaluerer rutiner for arkivering av utredninger og kartlegginger av brukere, for å sikre god oversikt over informasjon i den enkelte sak
- Sikrer at det innhentes gyldig samtykke til langtidsplass ved sykehjemmet

(...)

Kommunedirektørens merknader

KomRev NORD sendte rapporten til kommunedirektøren i Røst for uttalelse den 16.01.2026. Vi mottok følgende uttalelse den 01.02.2026:

Kommunedirektøren takker for en grundig og ryddig gjennomført forvaltningsrevisjon av helse- og omsorgstjenesten i Røst kommune.

Rapporten gir et godt bilde av status for kommunens styringssystem og saksbehandling på området, og kommunedirektøren deler revisjonens vurdering av at kommunen på flere områder har etablert systemer og praksis i tråd med regelverket, samtidig som det er forbedringsområder som må følges opp.

Kommunedirektøren merker seg særlig revisjonens funn knyttet til behovet for mer systematisk bruk av risikovurderinger, tydeligere dokumentasjon av ansvar og myndighet, samt styrking av praksis for vedtaksutforming og samtykke i saksbehandlingen. Disse forholdene er viktige for å sikre både kvalitet, rettssikkerhet og etterprøvbare i tjenestene.

Det har vært utskifting og midlertidige løsninger i ledelsen innen helse- og omsorgstjenesten i perioden revisjonen er gjennomført, noe som har hatt betydning for arbeidet med systematisk styring. Kommunedirektøren er opptatt av at dette ikke svekker kommunens ansvar, men gir samtidig en viktig forklaring på deler av funnene.

Revisjonens anbefalinger vil bli lagt til grunn i det videre forbedringsarbeidet. Administrasjonen vil blant annet prioritere:

- videreutvikling og tydeliggjøring av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene
- arbeid med overordnet risikovurdering
- gjennomgang av roller, ansvar og vedtaksmyndighet
- forbedring av rutiner for saksbehandling og vedtaksutforming

Kommunedirektøren vurderer rapporten som et nyttig grunnlag for videre utvikling av tjenestene og vil følge opp anbefalingene innenfor gjeldende rammer og i dialog med politisk nivå.

Med vennlig hilsen

Cesilie Janette Borge

Kommunedirektør Røst kommune



Mobil: (+47) 909 24 509

Vurdering av rapporten:

Hovedinntrykket er at rapporten er grundig og gir svar på de problemstillinger som kontrollutvalget ønsket å belyse. Sekretariatet har ingen merknader til rapportens funn og konklusjoner, og slutter seg til revisors vurderinger og anbefalinger.

Rapporten gir et godt og troverdig bilde av situasjonen, med klare styrker i struktur, metode og relevans. Denne rapporten gir kommunen et solid grunnlag for å prioritere forbedringstiltak i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Sekretariatets vurderinger:

Funnene under problemstilling 1 viser at Røst kommune til dels har et styringssystem for helse og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket. Undersøkelsen viser at kommunen har en del på plass når det gjelder systemer for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, blant annet gjennom helse- og omsorgsplanen og de nylig vedtatte tildelingskriterier. Men samtidig er det mangler knyttet til blant annet risikovurderinger og bruk av erfaringer fra avvik i forbedringsarbeidet.

Funnene under problemstilling 2 viser at Røst kommune ikke har oppfylt alle krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester. Flere sentrale krav er ivaretatt i flere av de undersøkte sakene, men revisor har påpekt mangler i vedtakene knyttet til blant annet gjengivelse av rettslig grunnlag i vedtak og opplysninger om hvilke tjenester som skal gis. Revisjonen viser også at det er mangler ved kommunens praksis for å sikre gyldig samtykke.

Sekretariatet merker seg at det i svaret fra kommunedirektøren kommer frem at revisjonens anbefalinger vil bli lagt til grunn i det videre forbedringsarbeidet og at administrasjonen vil prioritere videreutvikling og tydeliggjøring av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene. Det opplyses at det skal arbeides med overordnet risikovurdering og at en skal ha en gjennomgang av roller, ansvar og vedtaksmyndighet. I kommunedirektørens svar kommer det også frem at det jobbes med forbedring av rutiner for saksbehandling og vedtaksutforming.

Det er positivt at kommunedirektøren vil bruke rapporten for å videreutvikle styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Og at kommunen vil prioritere arbeidet med overordnet risikovurdering, ha en gjennomgang av roller, ansvar og vedtaksutforming. Samt at det skal jobbes med å se på forbedring av rutiner for saksbehandling og vedtaksutforming.

Oppsummering:

Rapporten viser at kommunen til dels har et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket. Men undersøkelsen har også avdekket at Røst kommune ikke har oppfylt alle krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester.

Revisjonen har gitt en rekke anbefalinger som Sekretariatet slutter seg til.

Formålet med en forvaltningsrevisjon er blant annet læring. Kontrollutvalget bør derfor rå kommunestyret å be kommunedirektøren melde tilbake på planlagte og gjennomførte tiltak for å imøtekomme revisjonens anbefalinger. K-Sekretariatet anser at revisjonens anbefalinger i rapporten er konkrete og egnet til å følges opp i ettertid.

Forvaltningsrevisor vil presentere rapporten i møtet, og kontrollutvalget kan da stille spørsmål til rapporten.

Forslag til vedtak er utarbeidet ut ifra rapportens funn og konklusjoner, herunder anbefalinger.

Saken skal sluttbehandles av kommunestyret.



Arkivsaksnummer: KS-25/00003-9
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	04/26

Røst kommune - Uavhengighetsvurdering oppdragsansvarlig regnskapsrevisor - Anton Stenberg

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig regnskapsrevisor Anton Stenbergs - vurdering av egen uavhengighet til etterretning.

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Seniorrådgiver

Vedlegg
Uavhengighetsvurdering oppdragsansvarlig regnskapsrevisor Anton Stenberg

Bakgrunn

I forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 10 fremgår følgende:

Det skal utpekes en oppdragsansvarlig revisor for hvert regnskapsrevisjonsoppdrag, hvert forvaltningsrevisjonsoppdrag og hvert oppdrag om eierskapskontroll.

Vedlagte uavhengighetserklæring gjelder oppdragsansvarlig regnskapsrevisor Anton Stenberg i KomRev NORD.

Etter kommunelovens § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Det er gitt nærmere bestemmelser om dette i forskrift om kontrollutvalget og revisjon §§ 16-18. Det må etter bestemmelsene ikke foreligge særegne forhold, eller forekomme at revisor har en slik tilknytning til oppdraget, dets ansatte eller tillitsmenn, som gjør at revisors uavhengighet og objektivitet svekkes.

Revisor skal til enhver tid vurdere sin uavhengighet, men det er i forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 19, 2.ledd bestemt at revisor også skal gi en egenerklæring om sin uavhengighet til kontrollutvalget. Det sies her:

Oppdragsansvarlig revisor skal hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget.

Beskrivelse

Uavhengighet og objektivitet er grunnleggende for at revisor skal kunne utøve sin funksjon. Revisor må derfor selv identifisere forhold som kan medføre en risiko i forhold til uavhengighet og objektivitet. Dersom det oppstår tilfeller der det stilles spørsmål knyttet til uavhengigheten, skal den oppdragsansvarlige revisoren gi melding om dette til kontrollutvalget. I slike tilfeller vil det være rimelig at revisor gir en ny egenvurdering.

Selv om kravet bare gjelder den oppdragsansvarlige revisoren, antas det at samtlige revisorer på oppdraget gir en tilsvarende vurdering til den oppdragsansvarlige revisoren i forhold til den enkelte sitt tildelte arbeidsområde. Forholdet forutsettes å bli dekket av revisors internkontroll.

Vurdering

Vedlagt følger oppdragsansvarlig regnskapsrevisor Anton Stenberg sine vurderinger av egen uavhengighet i forbindelse med revisjon av Røst kommune.

Uavhengighetserklæringen viser hvilke vurderinger som skal gjøres, og hans vurderinger til de enkelte punktene.

Etter K-Sekretariatets syn er det ikke noe i vedlagte vurdering som tilsier at Anton Stenberg ikke skal være i stand til å utføre revisjonsarbeidet for Røst kommune på en objektiv og forsvarlig måte

Kontrollutvalget i Røst kommune

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler: Telefon: Dato:
 32 Anton Stenberg 91911049 01.12.2025
 as@komrevnord.no

Vurdering av oppdragsansvarlig revisors uavhengighet for Røst kommune

Innledning

Ifølge kommuneloven § 24-4 skal revisor være uavhengig og ha godandel. Nærmere krav til revisors uavhengighet følger av forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19.

Kravene til uavhengighet og objektivitet gjelder for alle som utfører revisjon for kommunen, herunder regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Dette omfatter både oppdragsansvarlig revisor, medarbeidere på oppdraget og eventuelt andre som er engasjert på oppdraget.

KomRev NORD IKS har et kvalitetsstyringssystem i samsvar med internasjonal standard for kvalitetsstyring i revisjonsforetak (ISQM 1). Som en del av vår kvalitetsstyring vurderer vi risikoen for manglende etterlevelse av uavhengighetsreglene og andre relevante etiske krav. Risikovurderingen er grunnlag for utforming av retningslinjer og rutiner for å håndtere slike risikoer. Som en del av kvalitetsstyringssystemet innhenter vi årlig en dokumentert bekreftelse på etterlevelse av uavhengighetskrav fra alle ansatte og annet personale.

Ifølge kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 19 skal oppdragsansvarlig revisor hvert år, og ellers ved behov, gi en skriftlig egenvurdering av sin uavhengighet til kontrollutvalget. Denne egenvurderingen følger nedenfor.

Oppdragsansvarlig revisors vurdering av uavhengighet

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Overordnet krav til uavhengighet (§ 16)	Undertegnede bekrefter at det ikke foreligger spesielle forhold som er egnet til å svekke tilliten til revisors uavhengighet og objektivitet.
Tilknytning til den reviderte virksomheten (§ 17)	Undertegnede har ikke selv eller nærstående som har en slik tilknytning til den reviderte eller kontrollerte virksomheten eller virksomhetens ansatte eller tillitsmenn at den er egnet til å svekke revisorens uavhengighet og objektivitet.
Stillinger i kommunen (§ 18 a)	Undertegnede har ikke andre stillinger eller verv i kommunen.
Stillinger i virksomhet (§ 18 b)	Undertegnede har ikke andre stillinger i en virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at KomRev NORD IKS utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.
Medlem av styrende organer (§ 18 c)	Undertegnede er ikke medlem av styrende organer i virksomhet som kommunen deltar i eller er eier av, utover at KomRev NORD IKS utfører revisjon og er organisert som et interkommunalt selskap.
Deltakelse eller funksjoner i annen virksomhet (§ 18 d)	Undertegnede deltar ikke i, eller har funksjoner i en annen virksomhet, som kan medføre at revisors interesser kommer i konflikt med interessene til kommunen, eller på annen måte er egnet til å svekke tilliten til revisor.

Besøks-/postadresse	Avdelingskontor:	Telefon:	Organisasjonsnummer:
Sjøgt 3 9405 HARSTAD www.komrevnord.no	Alta, Bodø, Finnsnes, Hammerfest, Lakselv, Leknes, Narvik, Sortland, Svolvær, og Tromsø post@komrevnord.no	77 04 14 00	986 574 689

Forskriftskrav	Oppdragsansvarlig revisors egenvurdering
Rådgivning eller andre tjenester (§ 18 e)	Før slike tjenester gjør undertegnede en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art med hensyn til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med kontrollutvals- og revisjonsforskriften § 18 e, utfører vi ikke tjenesten. Revisor vurderer hvert enkelt tilfelle særskilt. Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Undertegnede er bevisst på at også slik veiledning må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger. Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor Røst kommune som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.
Tjenester under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver (§ 18 f)	Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor Røst kommune som hører inn under kommunens egne ledelses- og kontrolloppgaver.
Fullmektig for den revisjonspliktige (§ 18 g)	Undertegnede opptre ikke som fullmektig for Røst kommune.

Svolvær, 1. desember 2025

KomRev NORD IKS



Anton Stenberg

Oppdragsansvarlig revisor



Arkivsaksnummer: KS-26/00157-1
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	05/25

Røst kommune - Bestilling av forvaltningsrevisjon - Kvalitet i barnehage

Innstilling til vedtak:

Kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon i samsvar med bestillingsskjema datert 23.02.2026.

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Seniorrådgiver

Vedlegg
Bestillingsskjema av 23.02.2026

Saksutredning:

Bakgrunn

En av kontrollutvalgets hovedoppgaver er å sørge for at det blir gjennomført forvaltningsrevisjoner.

Etter forslag fra kontrollutvalget, fastsatte kommunestyret – i sak 45/24 - følgende plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll for perioden 2024-2028:

1. *Kommunestyret vedtar følgende plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2024 til 2028:*
 - a. *Grunnskoleopplæring*
 - b. *Helse og omsorg (kommunehelsetjenesten)*
 - c. **Barnehage**
 - d. *Administrasjon og styring (saksutredning og iverksettelse av politiske vedtak)*
2. *Kommunestyret gjennomfører ikke eierskapskontroll for planperioden 2024 til 2028.*
3. *Kommunestyret delegerer til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden ved endringer i risiko- og vesentlighetsbildet, herunder initiere andre prosjekter.*

Etter planen er prosjektet innen «Barnehage» tredje prosjekt som bør igangsettes. Sekretariatet legger derfor frem forslag til bestilling av et prosjekt barnehage.

Sekretariatets vurdering

Kommunen har etter barnehageloven to ulike roller; barnehageeier og barnehagemyndighet. Røst kommune er eier av Røst kommunale barnehage og er ansvarlig for driften av denne. Kommunen har som barnehageeier ansvar for at barnehagen drives i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. I rollen som barnehagemyndighet skal kommunen gi veiledning og påse at barnehagene drives i samsvar med regelverket.

Det vises også det til regjeringens nasjonale barnehagestrategi *Barnehager mot 2030*. Strategien ble i 2023 erstattet med en ny strategi *Barnehagen for en ny tid*. Strategien skal bidra til:

- Bedre kvalitet i tilbudet til barna gjennom økt kompetanse hos de ansatte, god ledelse og tilstrekkelig bemanning
- Økt deltakelse i barnehagen gjennom lavmakismalpris og gode moderasjonsordninger
- At fellesskapets ressurser går til barna gjennom bedre regulering av barnehagesektoren

- Et mer likeverdig barnehagetilbud i hele landet gjennom å gi kommunene bedre demokratisk styring og kontroll

Slik sekretariatet ser det, kan formålet med prosjektet være å undersøke om Røst kommunes barnehagetjeneste sikrer at de har kvalitet og kompetanse i henhold til lovkrav, samt undersøker hvordan PPT og barnehagen samarbeider.

Problemstillingene for revisjonen kan formuleres på følgende måte:

1. Har Røst kommune etablert planer og mål som skal sikre kvalitet i den kommunale barnehagen?
2. Følger Røst kommune opp egne planer og mål knyttet til kvalitet i den kommunale barnehagen?
3. Har Røst kommune et system for å påse at det pedagogiske tilbudet til barna i den kommunale barnehagen er i tråd med lov og forskrift på området?
4. Hvordan samarbeider den kommunale barnehagen med pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)?

Forslag til bestillingsskjema er vedlagt.

Kontrollutvalget drøfter i møtet om sekretariatets forslag er dekkende for prosjektet innen området barnehage og om det er andre forhold (tjenester) eller problemstillinger som ønskes svart ut.

Etter møtet oversendes «bestillingen» til KomRev NORD som da vil komme med en overordnet projektskisse (prosjektplan) basert på det som er beskrevet i bestillingen. Skissen blir lagt frem for kontrollutvalget til behandling i påfølgende møte.



Bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjekt / undersøkelser

<i>Bestilling til:</i>	<i>Kom Rev NORD</i>
------------------------	---------------------

<i>Arbeidstittel:</i>	<i>Kvalitet i barnehage</i>
-----------------------	-----------------------------

<i>Kommune:</i>	<i>Røst</i>
-----------------	-------------

Bakgrunn for prosjektet

Etter forslag fra kontrollutvalget, fastsatte kommunestyret – i sak 45/24 - følgende plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll for perioden 2024-2028:

1. *Kommunestyret vedtar følgende plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2024 til 2028:*
 - a. *Grunnskoleopplæring*
 - b. *Helse og omsorg (kommunehelsetjenesten)*
 - c. ***Barnehage***
 - d. *Administrasjon og styring (saksutredning og iverksettelse av politiske vedtak)*
2. *Kommunestyret gjennomfører ikke eierskapskontroll for planperioden 2024 til 2028.*
3. *Kommunestyret delegerer til kontrollutvalget å foreta endringer i planperioden ved endringer i risiko- og vesentlighetsbildet, herunder initiere andre prosjekter.*

Mål/Formål med prosjektet

Formålet med prosjektet vil være å undersøke om Røst kommunes barnehagetjeneste sikrer at de har kvalitet og kompetanse i henhold til lovkrav, samt undersøker hvordan PPT og barnehagen samarbeider.

Problemstillinger:

1. Har Røst kommune etablert planer og mål som skal sikre kvalitet i den kommunale barnehagen?
2. Følger Røst kommune opp egne planer og mål knyttet til kvalitet i den kommunale barnehagen?
3. Har Røst kommune et system for å påse at det pedagogiske tilbudet til barna i den kommunale barnehagen er i tråd med lov og forskrift på området?
4. Hvordan samarbeider den kommunale barnehagen med pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)?

Innhold i bestilling:

1. Prosjektskisse

Forvaltningsrevisor skal levere prosjektskisse til neste møte som redegjør for:

- a) Formål
- b) Problemstillinger
- c) Kilder
- d) Ressursbruk
- e) Tid for ferdigstillelse

Dersom revisors foreslåtte problemstillinger avviker fra bestillingen, skal det komme til uttrykk i prosjektskissen med en begrunnelse.

2. Utforming av konklusjon(er) i rapporten

Det vises til RSK 001 som sier at rapporten skal være leservennlig. Det skal utarbeides en konklusjon på de enkelte problemstillinger som er pedagogisk og forståelig til bruk i folkevalgte organer.

3. Utforming av anbefalinger

Ved utforming av anbefalinger skal det sees hen til den etterfølgende oppfølging av rapporten. Anbefalinger som alene viser til en generell etterlevelse av gjeldende rett, eller andre skrevne retningslinjer, skal unngås. Anbefalingene må - så langt som mulig – vise til konkrete tiltak som er etterprøvbare.

4. Nye opplysninger/manglende fremdrift

Dersom forvaltningsrevisor - som ledd i arbeidet med rapporten - kommer over nye opplysninger som kan være egnet til å forfeile formålet med bestillingen, skal kontrollutvalget og K-Sekretariatet gjøres kjent med dette.

Dersom forvaltningsrevisor ser at levering av rapporten ikke kan skje til den angitte tiden for ferdigstillelse, skal kontrollutvalget/K-Sekretariatet gjøres kjent med dette.

Dersom fremdriften i rapporten blir hindret av manglende svar og samarbeid fra kommunedirektørens side, skal kontrollutvalget/K-Sekretariatet gjøres kjent med dette.

5. Metodekapitel

Forvaltningsrevisor bes vurdere om metodekapitel kan inntas som vedlegg til rapporten.

6. Rapportens lengde

Det forventes at revisjonens interne kvalitetssikring påser at rapportene ikke blir unødvendig ordrik og for lite poengtert. Ved utarbeidelse av rapport må revisor iaktta at rapporten skal sluttbehandles i folkevalgte organ med hovedsakelig lekmannskompetanse.

Neste møte i kontrollutvalget er satt til:

07.05.2026

Vedlegg: Kontrollutvalgets sak 05/26

Dato: 23.02.2026

Sign: Berit P Pedersen



Arkivsaksnummer: KS-26/00156-1
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	06/26

Røst kommune - Referatsaker

Innstilling til vedtak:

Referatsaken tas til orientering.

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Seniorrådgiver

Vedlegg

Brev fra K-Sekretariatet 05.02.2026
Brev fra KomRev NORD av 27.01.2026 med vedlegg

En referatsak er en sak som blir fremlagt på møtet til orientering.
Typisk handler det om informasjon som medlemmene skal få kjennskap til.
Eksempler på referatsaker kan være:

- Protokoller fra andre møter
- Innkomne brev, epost, henvendelser eller rapporter
- Melding om vedtak fra andre organer
- Informasjon om pågående prosjekter
- Invitasjon til konferanser/opplæring

Referater/orienteringer:

BREV FRA K-SEKRETARIATET IKS – REPRESENTANTSKAPSMØTE 29.MAI 2026

- Brev fra K-Sekretariatet av 05.02.2026

BREV FRA KOMREV NORD KVALITETSKONTROLL NKRF

- Brev fra KomRev NORD av 27.01.2026

- Brev fra NKRF – Kvalitetskontroll 2026



Til medlemmene i representantskapet
i K-Sekretariatet IKS

Dato: 05.02.2026
Dok.nr: KS-26/00106-1
Deres ref:
Saksbehandler: Inger Johansen
E-post: inger@k-sek.no
Telefon: 91351994

REPRESENTANTSKAPSMØTE FREDAG 29. MAI 2026

Det orienteres herved om at det blir innkalt til møte i representantskapet i K-Sekretariatet IKS.

Møtedato: Fredag 29. mai 2026
Møtested: Fylkeshuset i Tromsø og nettmøte via Teams
Tid: Kl. 11.00

Innkalling med sakliste og saker vil bli sendt ut i god tid før møtet.

I henhold til Lov om interkommunale selskap vil representantskapet i K-Sekretariatet ikke være beslutningsdyktig dersom ikke minst to tredjedeler av representantene (ev. valgte vararepresentanter) er til stede. Lovens § 6, 1. ledd er til hinder for en kommunes medlem i representantskapet som ikke møter, å gi et medlem fra en annen kommune fullmakt til å votere på sine vegne. **Det er derfor viktig at representantene møter for at representantskapet skal være beslutningsdyktig.**

Av hensyn til innkalling av varamedlem(mer) ber vi om at eventuelle forfall meldes til K-Sekretariatet i **god tid** før møtet (e-post: inger@k-sek.no ev. tlf. 91 35 19 94).

Møtet i representantskapet vil bli avviklet digitalt og som fjernmøte (Microsoft Teams).

Dette til orientering.

Med hilsen

Inger Johansen
Daglig leder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi: Styrets medlemmer
Kontrollutvalgene

Representantskapets medlemmer:

<u>Navn</u>	<u>Kommune/fylkeskommune</u>
Vidar Langeland	Troms fylkeskommune
Ola Danielsen	Kvæfjord kommune
Jan Inge Hansen	Harstad kommune
Per-Inge Søreng	Senja kommune
(nyvalg)	Målselv kommune
Jan-Eirik Nordahl	Sørreisa kommune
Laila Monica Johannessen	Balsfjord kommune
Mona Benjaminsen	Karlsøy kommune
Matias Hogne Kjerstad	Tromsø kommune
Bernt Eirik Isaksen	Kåfjord kommune
Kai Petter Johansen	Kvænangen kommune
Eirik Larsen	Lyngen kommune
Hilde Nyvoll	Nordreisa kommune
Ørjan Albrigtsen	Skjervøy kommune
Jill Anita Olsborg Fagerli	Storfjord kommune
Rolf Hugo Eriksen	Bø kommune
Grete Ellingsen	Sortland kommune
Hugo Jacobsen	Lødingen kommune
Kjell-Børge Freiberg	Hadsel kommune
Sigve Bjørnar Hansen	Øksnes kommune
Raymond Johnsen	Ibestad kommune
Terje Bartholsen	Evenes kommune
Torgeir Selboe	Vågan kommune
Anne Sand	Vestvågøy kommune
Marit K. Refsvik Johansen	Flakstad kommune
Runhild Olsen	Moskenes kommune
Betrand Hardie	Værøy kommune
Elisabeth Mikalsen	Røst kommune
Sandra Tønne	Nordland fylkeskommune
Jan Olav Opdal	Narvik kommune
Robin Riddersest	Tjeldsund kommune
Hege Rollmoen	Lavangen kommune
Malin T. Abrahamsen	Andøy kommune
Yngvar Mikkelsen	Gratangen kommune
Svein-Magne Forsgren	Salangen kommune
Marit Espenes	Dyrøy kommune
Ole Helge Engmo	Bardu kommune



Til eierkommunene i KomRev NORD IKS

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler:	Telefon:	Dato:
	302-2025/LAH	Lars-André Hanssen lah@komrevnord.no	41 69 52 80	27.01.2026

Bestått kvalitetskontroll fra NKRF

KomRev NORD ønsker å informere kontrollutvalget om at selskapet i år har **bestått** den obligatoriske kvalitetskontrollen gjennomført av Kontroll og revisjon i kommunene (NKRF).

Kontrollen er en del av det nasjonale systemet for kvalitetskontroll av kommunale revisjonstjenester og bekrefter at vårt arbeid utføres i samsvar med gjeldende revisjonsstandarter og regelverk. Kvalitetskontrollen utføres i perioder på 6 år, slik at alle bedriftsmedlemmer blir kontrollert minst en gang innenfor hver 6 års periode, og maksimalt to ganger innenfor en løpende 6 års periode. Forrige gang KomRev NORD var gjenstand for kvalitetskontroll var i 2021.

Dette er også en viktig del av kontrollutvalgets påseansvar, jf. kommuneloven § 23-2 og kontrollutvalgs- og revisjonsforskriften § 3 som innebærer at kontrollutvalget skal påse at kommunens revisjon skjer i henhold til lov og forskrift. Dette fremgår også av veileder for kontrollutvalgets påseansvar punkt 10-1:

Kontrollutvalget bør stille krav om at revisor er underlagt bransjebasert kvalitetskontroll, og be om dokumentasjon av at kvalitetskontroll er gjennomført.

Resultatet av kvalitetskontrollen skal gi trygghet for at revisjonstjenestene som leveres til kommunen/fylkeskommunen holder høy faglig kvalitet og er i samsvar med gjeldende revisjonsstandarter og regelverk. Kontrollen kan gi to utfall; godkjent eller ikke godkjent.

Vedlagt følger dokumentasjon på bestått kvalitetskontroll:

- Kontroll av kvalitetssikringssystemer - godkjent
- Kontroll av regnskapsrevisjon - godkjent
- Kontroll av forvaltningsrevisjon - godkjent

Tromsø, 27.01.2026

Lars-André Hanssen
Administrerende direktør
KomRev NORD IKS

Kvalitetskontrollkomiteen

Kontroll nr. 2504
KomRev Nord IKS
post@komrevnord.no

Kopi:
Kristin.Hansstein@romerikerevisjon.no
terje.gronli@krv.oslo.kommune.no
renatebor@ofk.no

Forbundsbasert kvalitetskontroll utført 2025

Kvalitetskontrollkomiteen har i møte 17. november 2025 behandlet kontrollrapporter for regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon/eierskapskontroll iht. reglement for kvalitetskontroll.

Kontrollen er gjennomført i samsvar med kontrollordning vedtatt av årsmøtet i NKRF 2021. Ordningen innebærer at det er gjort egne vedtak for enheten mht. kvalitetssikringssystemer og for hver enkelt oppdragsansvarlig revisor mht. kontrollerte revisjonsoppdrag.

Med bakgrunn i kontrollrapportene har komiteen fattet følgende vedtak:

Vedtak etter kontroll av kvalitetssikringssystemer: *Godkjent*. Kontrollen viser at enheten har et betryggende skriftlig system for kvalitetssikring.

Vedtak etter kontroll av regnskapsrevisjon:

Oppdragsansvarlig revisor 2504A: *Godkjent*. Kontrollen har ikke avdekket vesentlige mangler og avvik knyttet til planleggingen og gjennomføringen av de oppdrag som er kontrollert.

Oppdragsansvarlig revisor 2504B: *Godkjent*. Kontrollen har ikke avdekket vesentlige mangler og avvik knyttet til planleggingen og gjennomføringen av de oppdrag som er kontrollert.

Vedtak etter kontroll av forvaltningsrevisjon:

Oppdragsansvarlig revisor 2504A: *Godkjent*. Kontrollen har ikke avdekket vesentlige mangler og avvik knyttet til planleggingen og gjennomføringen av de oppdrag som er kontrollert.

Oppdragsansvarlig revisor 2504B: *Godkjent*. Kontrollen har ikke avdekket vesentlige mangler og avvik knyttet til planleggingen og gjennomføringen av de oppdrag som er kontrollert.

Komiteen ber enheten og oppdragsansvarlige revisorer merke seg de forbedringspunkter kontrollørene har identifisert.

Jessheim, 23. november 2025

For Kvalitetskontrollkomiteen i NKRF

Øyvind Nordbrønd Grøndahl (sign.)



Arkivsaksnummer: KS-26/00156-2
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	07/26

Røst kommune - Eventuelt

Innstilling til vedtak:

(Saken fremmes uten innstilling til vedtak)

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Seniorrådgiver

Vedlegg

Bakgrunn

Ved behov tas eventuelle tema eller spørsmål opp og drøftes i møtet.



Arkivsaksnummer: KS-26/00156-3
Saksbehandler: Berit P Pedersen

Utvalg	Møtedato	Saksnr
Kontrollutvalget i Røst kommune	05.03.2026	08/26

Røst kommune - Godkjenning av protokoll fra møte 05.03.2026

Innstilling til vedtak:

Møteprotokoll av 05.03.2026 godkjennes.

Bodø, 23.02.2026

Berit Pauline Pedersen
Seniorrådgiver

Vedlegg

Bakgrunn

Godkjenning av møteprotokoll av 05.03.2026 for kontrollutvalget i Røst kommune (protokoll fremlegges og gjennomgås i møte).

FORVALTNINGSREVISJON

Systematisk styring i helse- og omsorgstjenesten

Røst kommune

Forord

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Røst kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot kommunens helse- og omsorgstjenester. 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 Røst kommune . Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Vi takker Røst kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø/ Bodø, 02.02.2026

Astrid Indrebø

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Ingunn Aronsen Brenna

Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

Denne forvaltningsrevisjonen omhandler Røst kommunes helse- og omsorgstjenester, og retter seg mot tjenestene som gis på sykehjem, i hjemmetjenestene og i omsorgsboligene. Forvaltningsrevisjonen tar utgangspunkt i følgende to problemstillinger:

1. Har Røst kommune et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket?

2. Oppfyller Røst kommune krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester?

Røst kommune har et sykehjem, Røst helsesenter. Ved sykehjemmet er det 11 langtidsplasser, én kommunal døgnplass (KAD-plass) og én korttidsplass for avlastning/rehabilitering. Per 01.10.25 var det 29 brukere som mottok hjemmetjenester. Kommunen har seks omsorgsboliger som er samlokalisert med sykehjemmet, beboerne i omsorgsboligene mottar bistand fra hjemmetjenesten ved behov.

Våre samlede konklusjoner på problemstillingene er som følger:

Problemstilling 1: Røst kommune har til dels et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket. Kommunen har en del på plass når det gjelder systemer for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, blant annet gjennom helse- og omsorgsplanen og de nylig vedtatte tildelingskriteriene. Samtidig er det mangler knyttet til blant annet risikovurderinger og bruk av erfaringer fra avvik i forbedringsarbeidet.

Problemstilling 2: Røst kommune har ikke oppfylt alle krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester. Flere sentrale krav er ivaretatt i flere av de undersøkte sakene, samtidig har vi påpekt mangler i vedtakene knyttet til blant annet gjengivelse av rettslig grunnlag i vedtak og opplysninger om hvilke tjenester som skal gis. Det er også mangler ved kommunens praksis for å sikre gyldig samtykke.

En utfyllende oppsummering av funn og vurderinger som ligger til grunn for konklusjonene finnes i kapittel 4 når det gjelder problemstilling 1, og i kapittel 5 for problemstilling 2, mens vi nedenfor gjengir sentrale funn og vurderinger:

Nærmere om problemstilling 1 - styringssystem

Kommunens forpliktelser til å yte helse- og omsorgstjenester tjenestene fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stilles det krav til systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Styringssystemet beskrives som de aktiviteter, systemer og prosesser som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at den oppfyller krav i regelverket¹. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og skal ha det omfang og dokumenteres i den grad som er nødvendig. Det er kommunedirektøren som er ansvarlig for styringssystemet.

Vi har innhentet dokumentasjon i form av overordnede styringsdokumenter, planer, retningslinjer og rutiner fra Røst kommune. Vi har også fått muntlig informasjon fra ledere og ansatte i kommunen. Kommunen har hatt utskifting og fravær i ledelse i perioden forvaltningsrevisjonen har pågått.

¹ Veileder Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet

Vi vurderer at Røst kommune **til dels** har et dokumentert styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som er i tråd med regelverket, og **til dels** har vurdert hvor omfattende styringssystemet bør være.

Røst en liten og oversiktlig kommune i norsk sammenheng, noe som kan tilsi at behovet for å dokumentere styringssystemet er begrenset. Vi finner imidlertid ikke at kommunen selv har gjort en overordnet og helhetlig vurdering av hvilket omfang styringssystemet for helse- og omsorgstjenesten bør ha. Samtidig har kommunen de siste årene fått på plass overordnede mål og strategier i form av helse- og omsorgsplan, handlingsplan og tildelingskriterier, og vi har fått opplyst at helse- og omsorgstjenestene er i en prosess med å avklare ansvar og roller.

Vår vurdering av om Røst kommune har et dokumentert styringssystem for helse- og omsorgstjenestene i tråd med regelverket, henger sammen med vurderingen av om kommunen sørger for at helse- og omsorgstjenestene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

Vi vurderer at Røst kommune **i stor grad** har oppfylt revisjonskriteriene om å *planlegge og gjennomføre helse- og omsorgstjenestenes aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Når det gjelder å *evaluere og korrigere* helse- og omsorgstjenestenes aktiviteter, vurderer vi at kommunen **til dels** har oppfylt revisjonskriteriet.

Vurderingene bygger på at det er fastsatt overordnede mål for helse- og omsorgstjenestene, herunder hjemmetjenestene og sykehjemstjenesten, i den vedtatte helse- og omsorgsplanen, handlingsplanen knyttet til satsningsområdene i helse- og omsorgsplanen, og i serviceerklæringene. I helse- og omsorgsplanen erkjenner kommunen at det ikke foreligger gode nok kriterier for vurdering av tjenestetildeling. Tildelingskriterier ble vedtatt i juni 2025, disse inneholder beskrivelser av helse- og omsorgstjenestene, kriterier for tildeling og rutiner for saksbehandling i kommunen. Dette indikerer at kommunen har evaluert sin praksis når det gjelder tildeling av tjenester, og justert den ved å utarbeide tildelingskriterier.

Vi har fått opplyst at kommunen har utarbeidet en kompetanseoversikt innenfor helse og omsorg, men vi har ikke blitt forelagt denne. Med tanke på kommunens størrelse og en oversiktlig ansattgruppe, legger vi likevel til grunn at ledelsen har oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring, selv om det ikke foreligger noen kompetanseplan.

Organisering og ansvar framstår klart for de ansatte vi har snakket med. Ledelsen har jobbet med rolleavklaring mellom helse- og omsorgssjef og avdelingsleder, og skriftliggjort denne, men utskifting og fravær i ledelse har gjort at dette ikke har blitt iverksatt enda. Det foreligger ansvarsbeskrivelse for avdelingsleder for hjemmetjeneste og sykehjem, men ansvarsbeskrivelser for fagsykepleiere er ikke dokumentert. Når det gjelder vedtaksmyndighet, har vi fått opplyst at det ikke oppnevnt fast stedfortreder.

Faktagrunnlaget i helse- og omsorgsplanen og i årsrapporten indikerer at kommunen på et overordnet nivå har kunnskap om virksomheten og driften, dette ivaretas blant annet gjennom rapportering mellom kommunalsjef og kommunedirektør.

Utfordringer for helse- og omsorgstjenestene er beskrevet i helse- og omsorgsplanen og kommunens årsrapport for 2024. Det er imidlertid ikke foretatt dokumenterte risikovurderinger knyttet til driften av sykehjemmet og hjemmetjenestene. Vi har fått opplyst at det gjøres risikovurderinger på pasientnivå, men ikke overordnet når det gjelder områder i virksomheten

hvor det kan være risiko for svikt eller fare for brudd på krav til forsvarlighet eller pasientsikkerhet.

Når det gjelder rutiner, har vi fått opplyst at kommunen benytter Digipro Helse og VAR Healthcare innenfor helse og omsorg, også når det gjelder opplæring. Rutinene og prosedyrene i Digipro og VAR oppdateres fortløpende fra leverandør. Det er i liten grad utarbeidet lokale rutiner, og vi har fått opplyst at konstituert avdelingsleder ikke opplever behov for flere/andre rutiner.

Kommunen har innført avvikssystemet Compilo der alle ansatte innenfor helse og omsorg kan melde avvik. Kommunalsjef og avdelingsleder har noe ulik oppfatning av i hvor stor grad systemet benyttes av de ansatte. Kommunalsjef har selv påpekt at det er et forbedringsområde å bruke samlet kunnskap fra meldte avvik i utviklingsarbeid. Samlet informasjon fra de meldte avvikene benyttes i liten grad i det overordnede forbedringsarbeidet, og det framstår ikke som arbeidet med kvalitetsforbedring er systematisk og basert på risikoanalyse.

For å kunne medvirke, er det viktig å ha tilstrekkelig informasjon. Når det gjelder pårørende og brukere ved sykehjemmet, har vi fått opplyst at de skal få utdelt informasjonsbrosjyre ved innflytting. I tillegg gjennomføres det et møte med pårørende og brukere ved innflytting, der man gir og får informasjon. Brukeres eller pårørendes tilbakemelding innhentes ikke systematisk utover dette.

Når det gjelder ansattes medvirkning, kom det fram i arbeidsmiljøundersøkelsen høsten 2024 at ansatte savnet informasjon og ønsket mer kommunikasjon med ledelsen. Et tiltak som ble iverksatt for å imøtekomme dette var månedlige avdelingsmøter. Ustabilitet i ledelsen har imidlertid ført til at møtene ikke har blitt gjennomført slik det var planlagt. Ansatte kan ellers komme med sine innspill til den pasientrettede oppfølgingen i samarbeidsmøter på avdelingsnivå, og når det gjelder arbeidsmessige forhold i møter med tillitsvalgte.

Vi presiserer at våre undersøkelser gjelder det dokumenterte styringssystemet, og at vi ikke har undersøkt tjenestene som leveres til enkeltpersoner.

Nærmere om problemstilling 2 - saksbehandling

Vi har også undersøkt kommunens behandling av åtte saker som gjaldt søknad om hjemmetjenester og åtte saker som gjaldt søknad om langtidsplass på sykehjem. I de 16 sakene var det til sammen fattet 21 vedtak. For saksbehandlingen gjelder forvaltningsloven, med de særregler som er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Vi vurderer at revisjonskriteriene om at Røst kommune ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester har:

- Sørget for at saken er utredet er **oppfylt i 21 av 21 vedtak**
- Behandlet søknader om helse- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold er **oppfylt i 15 av 16 saker**
- Sendt foreløpige svar i tråd med regelverket **ikke er oppfylt i 1 av 1 sak**
- Fattet skriftlige vedtak som inneholder:
 - o Begrunnelse, herunder redegjøre for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på **oppfylt i henholdsvis 21 av 21 vedtak og 15 av 21 vedtak**
 - o Opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder er **oppfylt i 12 av 21 vedtak**

- Opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for klage og innsynsrett er **oppfylt i 20 av 21 vedtak**
- Sørget for at samtykke framgår der dette er relevant er **oppfylt i 9 av 16 saker**

Røst kommune har ivaretatt flere sentrale krav i flere av de undersøkte sakene, samtidig er det mangler i vedtakene knyttet til blant annet gjengivelse av rettslig grunnlag, og opplysninger om hvilke tjenester som skal gis. Det er også mangler ved kommunens praksis for å innhente gyldig samtykke.

Anbefalinger

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 1 om styringssystem anbefaler vi at Røst kommune:

- Videreutvikler sitt styringssystem for helse- og omsorgstjenesten og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:
 - Kompetanseplan
 - Ansvarsbeskrivelser
 - Vedtaksmyndighet for helse- og omsorgstjenester og oppnevning av fast stedfortreder
 - Rutine for overordnet risikovurdering for driften av sykehjemmet og hjemmetjenestene når det gjelder områder i virksomheten hvor det kan være risiko for svikt eller pasient- og brukersikkerhet
 - Systematisk innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes tilbakemeldinger
 - Å bruke samlet kunnskap fra avvik i forbedringsarbeidet
- Evaluerer styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene jevnlig

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 2 om saksbehandling, anbefaler vi at Røst kommune:

- Spesifiserer innholdet i helsetjenestene når det fattes vedtak om hjemmetjenester
- Viser til utførte kartlegginger i vedtak om hjemmetjenester
- Sikrer korrekt henvisning til regelverket i alle vedtak om hjemmetjenester
- Sikrer at alle vedtak om hjemmetjenester angir hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt hvor lang tid vedtaket gjelder
- Gjennomgår og evaluerer rutiner for arkivering av utredninger og kartlegginger av brukere, for å sikre god oversikt over informasjon i den enkelte sak
- Sikrer at det innhentes gyldig samtykke til langtidsplass ved sykehjemmet

Innhold

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	8
1.1 Bakgrunn og bestilling	8
1.2 Helse- og omsorgstjenestene	8
2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	9
2.1 Problemstillinger	9
2.2 Revisjonskriterier.....	9
2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier	9
2.2.2 Revisjonskriterier - styringssystem	9
2.2.3 Revisjonskriterier - saksbehandling.....	12
3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENŚING	15
3.1 Metode og datamateriale	15
3.2 Gyldighet og pålitelighet.....	15
3.3 Avgrensninger.....	16
4 STYRINGSSYSTEM FOR HELSE OG OMSORG	17
4.1 Serviceerklæringer.....	17
4.1.1 Serviceerklæring for hjemmebaserte tjenester	17
4.1.2 Serviceerklæring for sykehjem	17
4.2 Kommuneplanens samfunnsdel 2022-2033	18
4.3 Helse- og omsorgsplan.....	18
4.3.1 Gode, helhetlige tjenesteforløp	19
4.3.2 Rekruttering og kompetanse	19
4.3.3 Tidlig innsats og forebygging.....	20
4.3.4 Interne rutiner, informasjon og kommunikasjon	20
4.3.5 Sykehjem	20
4.3.6 Hjemmetjenesten og omsorgsboligene	20
4.3.7 Tildelingskontoret	20
4.4 Handlingsplan.....	21
4.5 Tildelingskriterier	22
4.6 Ansvar og oppgaver	23
4.6.1 Kommunalsjef	24
4.6.2 Avdelingsleder.....	24
4.6.3 Fagsykepleiere.....	25
4.7 Rutiner og prosedyrer	26
4.8 Kunnskap om virksomheten og risikovurdering	27
4.8.1 Avvik og klager	27
4.8.2 Risikoanalyse	28
4.8.3 Oversikt	28
4.9 Medvirkning fra brukere, pårørende og ansatte	29
4.9.1 Informasjonsfolder til beboer og pårørende ved Røst helsesenter	29
4.9.2 Pasienter, brukere og pårørende.....	29
4.9.3 Ansatte	30
4.10 Kompetanse og opplæring.....	30
4.11 Revisors vurderinger	32
4.12 Konklusjon.....	34
5 SAKSBEHANDLING	35
5.1 Serviceerklæring – hjemmebaserte tjenester	35
5.2 Serviceerklæring – sykehjem	36
5.3 Funn fra saksgjennomgang	37
5.3.1 Søknader om hjemmetjenester	37
5.3.2 Vedtak om hjemmetjenester	37

5.3.3	Søknader om langtidsopphold i sykehjem	39
5.3.4	Vedtak om langtidsopphold i sykehjem	39
5.4	Revisors vurderinger	39
5.5	Konklusjon.....	41
6	ANBEFALINGER	42
7	UTTAELSE	43
8	REFERANSER	44

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og bestilling

Kontrollutvalget i Røst kommune vedtok i sak 06/25 den 20.02.25 å bestille en forvaltningsrevisjon med kommunehelsetjenesten som tema. Forvaltningsrevisjon med dette temaet er satt opp med 2. prioritet i kommunens plan for forvaltningsrevisjon for inneværende periode. KomRev NORDs overordnede prosjektskisse for forvaltningsrevisjonen med tittelen *Systematisk styring i helse- og omsorgstjenesten* ble vedtatt av kontrollutvalget i sak 17/25 den 08.05.25.

Kontrollutvalgets formål med prosjektet er formulert slik i bestillingen «å undersøke om Røst kommunes rutiner for samhandling i faktisk ytelse av helsetjenester er med på å sikre et helhetlig tjenestetilbud, samt vurdere om saksbehandlingen er i tråd med sentrale lovkrav».

1.2 Helse- og omsorgstjenestene

Røst kommunes enhet for helse og omsorg omfatter legetjeneste, rus- og psykisk helsearbeid, helsestasjon, fysioterapi, barnevern, kommunepsykolog, sykehjem, hjemmetjeneste, dagtilbud og omsorgsboliger.

Det er et sykehjem på Røst; Røst helsesenter, som består av én avdeling med 11 langtidsplasser, én kommunal akutt døgnplass (KAD-plass) og én korttidsplass for avlastning/rehabilitering. Per 01.10.25 var det 29 brukere som mottok hjemmetjenester. Kommunen har også seks omsorgsboliger som er samlokalisert med sykehjemmet, beboerne i omsorgsboligene mottar bistand fra hjemmetjenesten ved behov.

Kommunalsjef for helse og omsorg har det overordnede ansvaret for alle helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det er en felles avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjenester, som har ansvar for den daglige driften i begge tjenestene. Sykehjemmet og hjemmetjeneste har hver sin fagansvarlige sykepleier. Det har vært endringer i ledelsen i perioden denne forvaltningsrevisjonen har vært gjennomført. Kommunedirektøren har midlertidig tatt over ansvaret for oppgavene til kommunalsjef for helse og omsorg, og fagsykepleier for sykehjemmet har blitt konstituert som avdelingsleder.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

Som følge av kontrollutvalgets vedtak gjelder følgende problemstillinger for forvaltningsrevisjonen:

Problemstilling 1: *Har Røst kommune et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket?*

Problemstilling 2: *Oppfyller Røst kommune krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester?*

Undersøkelsene under retter seg hovedsakelig mot kommunens sykehjems- og hjemmetjenester og omsorgsboligene. Kommunedirektøren skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av helse- og omsorgstjenestene slik at disse planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med regelverket, dette omtales ofte som styringssystem. Problemstilling 1 gjelder styring av tjenestene som ytes ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten, mens problemstilling 2 retter seg mot kommunens saksbehandling ved tildeling av tjenester til innbyggere som har søkt om helse- og omsorgstjenester.

2.2 Revisjonskriterier

2.2.1 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. De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 2. juli 1998 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til lov og forskrift: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet
- Veileder for saksbehandling, tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, Helsedirektoratet
- Veileder: Orden i eget hus, kommunedirektørens internkontroll, KS

2.2.2 Revisjonskriterier - styringssystem

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-1. Dette omfatter blant annet en plikt til å tilby helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon. Kommunen kan organisere sine helse- og omsorgstjenester på mange ulike måter. Uavhengig av organisering, er det helse- og omsorgstjenesteloven som regulerer disse tjenestene.

Kommunens **overordnede ansvar** for helse- og omsorgstjenester innebærer en 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, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Nærmere krav til **internkontroll** finnes i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskriften). Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves².

Det er **kommunedirektøren** som har det overordnede ansvaret for virksomheten, og som derfor har det øverste ansvaret for internkontrollen. Ifølge § 3 i forskriften skal kommunedirektøren sørge for at det etableres og gjennomføres **systematisk styring** av virksomhetens aktiviteter i tråd med bestemmelsene i forskriften, og sørge for at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Styring og systematikk skal sikre at det ikke er tilfældigheter og «ildsjeler» som ivaretar forsvarligheten.

Styringssystemet beskrives i forskriftens § 4 som de aktiviteter, systemer og prosesser som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at den oppfyller krav i regelverket³.

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. Internkontrollveilederen 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.

Kravene i forskriften til omfang og dokumentasjon er altså relative og **forholdsmessige**. 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 kommunen jevnlig må **vurdere** styringssystemets omfang og grad av skriftlighet. Røst kommune må sørge for at styringssystemet ivaretar kravene om å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, som følger av forskriften.

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter framgår av § 6 i forskriften. Etter denne bestemmelsen innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter 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 arbeide 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 veiledere, 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*

² Jf. § 1.

³ Veileder Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet

- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter reguleres av § 7 i forskriften, 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 overtrjedelse 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

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter reguleres av § 8 i forskriften, 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, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- 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

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert 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 overtrjedelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Ut fra gjennomgangen over har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Røst kommune skal:

- Ha et dokumentert styringssystem for sykehjem og hjemmetjenester.
- Ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for tjenestene, og i hvilken grad dette skal dokumenteres.
- Ha et styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som er i tråd med regelverket
- I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring sørge for at helse- og omsorgstjenestene
 - Planlegges i tråd med § 6
 - Gjennomføres i tråd med § 7
 - Evalueres i tråd med § 8
 - Korrigeres i tråd med § 9

2.2.3 Revisjonskriterier - saksbehandling

Kommunens saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester er regulert av forvaltningsloven⁴. I kapittel 4 og 5 i forvaltningsloven er det bestemmelser om saksforberedelsene til enkeltvedtak og om selve vedtaket. En grunnleggende plikt som påhviler kommunen som forvaltningsorgan, er å «påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes», jf. forvaltningsloven § 17 første ledd. I opplysningen av en sak som gjelder tildeling av helse- og omsorgstjenester, er det sentralt å kartlegge eller utrede søkers behov på en faglig forsvarlig måte. Hva som er en forsvarlig kartlegging eller utredning av søkers behov, er i stor grad en helsefaglig vurdering. I *Veileder for saksbehandling* skriver Helsedirektoratet:

«Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente ulike opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv. Det vil for eksempel kunne være aktuelt å innhente opplysninger fra pasienten/brukeren selv, fastlege, spesialist-helsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barneverntjenesten, NAV mv. (...) Pårørende eller andre som kjenner pasienten/brukeren vil ofte ha nyttig, relevant og nødvendig informasjon om pasientens/brukerens bistandsbehov. Kravet til faglig forsvarlig saksutredning vil ofte innebære en plikt til å innhente og bruke slik informasjon i utforming, gjennomføring og oppfølging av tjenestetilbudet.»

Revisor har ikke anledning til å overprøve kommuneadministrasjonens helsefaglige vurderinger, men revisor kan gjøre vurderinger av informasjons- og vurderingsomfanget som fremgår av den enkelte saksutredning. Våre vurderinger av kommunens kartleggingspraksis er avgrenset til å dreie seg om hvorvidt kommunen har rutiner for kartlegging, og om enkeltvedtaket i den enkelte sak er begrunnet, jf. forvaltningsloven § 24.⁵ Når det gjelder begrunnelse, skriver Helsedirektoratet følgende i sin veileder:

«Det er pasientens/brukerens hjelpebehov som avgjør om vedkommende har rett til tjenester fra kommunen. Behovet avgjøres ut fra medisinske og andre helse- og sosialfaglige vurderinger. Med unntak av personer som fyller vilkårene for rett til BPA, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d, har kommunen stor frihet i hvilke tiltak og tjenester som skal tilbys for å oppfylle pasientens/brukerens rett til nødvendige og forsvarlige tjenester. (...) Et viktig prinsipp er at tjenestetilbudet skal tilpasses den enkeltes

⁴ Jf. forvaltningsloven §§ 1 og 2 første ledd bokstav a, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 2-2, 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første og andre ledd. Se for øvrig kapittel 6 nedenfor.

⁵ Jf. Helsedirektoratets *Veileder for saksbehandling – tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2, første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8* kan ikke unntaket, i forvaltningsloven § 24 annet ledd, for begrunnelse i innvilgelsessaker gjøres gjeldende i forbindelse med helse- og omsorgstjenester. Begrunnelsen ligger i hensynet til likebehandling, etterprøvnbarhet, informasjon og brukervedvirkning (Helsedirektoratet 2017: 46).

behov for tjenester etter en individuell vurdering. Forskjellige former for standardisering av tjenestetildeling og -utmåling kan dermed lett komme i konflikt med retten til en individuell vurdering og individuelt tilpassede tjenester, og med den enkeltes rett til å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet.»

Kommunen skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold, jf. forvaltningsloven § 11a. Det skal gis foreløpig svar dersom en søknad ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt, jf. forvaltningsloven § 11a tredje ledd.

Helsedirektoratet legger i saksbehandlingsveilederen til grunn at «[n]år helse- og omsorgstjenesten blir oppmerksom på et mulig hjelpebehov, for eksempel ved mottak av søknad, må det gjøres en utredning og vurdering av hvor raskt pasienten/brukeren har behov for hjelp. Av og til må et hjelpebehov dekkes umiddelbart, uten at det er tid til å gjøre en grundig utredning og fatte et vedtak om tildeling av tjenester. I slike tilfeller må kommunen begynne å gi tjenester først, og eventuelt igangsette utredning og utforming av vedtak etterpå.»

Et enkeltvedtak skal som hovedregel være skriftlig, jf. forvaltningsloven § 23. Et enkeltvedtak skal inneholde en begrunnelse, og denne skal vise til de regler og faktiske forhold vedtaket bygger på, jf. forvaltningsloven §§ 24 og 25. Hovedhensynene som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn, bør synliggjøres i enkeltvedtaket. Videre legger direktoratet til grunn at vedtaket «(...) skal utformes slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder».

Sakens parter⁶ skal underrettes om vedtaket så snart som mulig, jf. forvaltningsloven § 27. I underretningen skal det også gis opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans, fremgangsmåte for klage og retten til å se sakens dokumenter. Helsedirektoratet viser til at i tilfeller der det haster å iverksette tjenester, kan underretning om vedtaket gis muntlig.

Helse- og omsorgstjenester og helsehjelp kan i utgangspunktet bare gis etter samtykke. Ifølge veileder for saksbehandling fra Helsedirektoratet⁷ er det ingen formkrav til samtykke; det kan gis uttrykkelig eller stilltiende, muntlig eller skriftlig. Det vanlige er at samtykket er stilltiende, det vil si at det fremkommer ved at personen for eksempel søker om tjenester, sender inn nødvendig dokumentasjon og samarbeider om gjennomføringen. For tjenester som anses som helsehjelp, for eksempel innleggelse på sykehjem eller helsetjenester i hjemmet gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

For brukere som er over 18 år og på grunn av sinnslidelse, herunder demens, psykisk utviklingshemming, rusmiddelmisbruk, alvorlig spilleavhengighet eller alvorlig svekket helbred ikke er i stand til å ivareta egne interesser og forstå hva et samtykke innebærer, bør kommunen vurdere om verge skal oppnevnes. Kommunen har meldeplikt til statsforvalteren ved behov for opprettelse eller endring av vergemål, jf. vergemålsloven § 57.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e at i tilfeller der søker har rett til langtidsopphold i sykehjem, men kan få forsvarlige helse- og omsorgstjenester i hjemmet i påvente av ledig plass, har søker rett til et eget vedtak om tildeling av slik ventelisteplass. Helsedirektoratet legger til grunn at et slikt vedtak inneholder «(...) informasjon om hva vedtaket innebærer. I vedtaket bør det også redegjøres for hvordan pasienten eller brukeren vil bli fulgt opp i ventetiden, og det bør angis når pasienten eller brukeren kan forvente å bli tildelt

⁶ Som part regnes en person som en avgjørelse retter seg mot, eller som saken ellers direkte gjelder, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav e.

⁷ Veileder for saksbehandling, Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8

plass. Hvor presist tidspunktet angis, beror på hvor langt frem i tid det kan påregnes en plass. Selv om tidspunktet som gis til pasienten ikke er rettslig bindende, bør det være reelt».

Helsedirektoratet legger videre til grunn at hvis pasienten eller brukeren av kommunen vurderes til ikke lenger å kunne ivaretas forsvarlig i hjemmet, og vedkommende ønsker plass i sykehjem (eller tilsvarende bolig), har pasienten/brukeren rett til slik plass umiddelbart – og kan ikke settes på venteliste.

Ut fra gjennomgangen over har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Røst kommune skal ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester:

- Sørge for at saken er utredet
- Behandle søknader om helse- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold
- Sendte foreløpige svar i tråd med regelverket
- Fatte skriftlige vedtak som inneholder:
 - Begrunnelse, herunder redegjøre for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på
 - Opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder
 - Opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for klage og innsynsrett
- Sørge for at samtykke framgår der dette er relevant

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapitlene de brukes i.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENŚING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon⁸. Revisor sendte brev om oppstart til Røst kommune v/ kommunedirektør den 12.05.25. Daværende kommunalsjef ble oppnevnt som kontaktperson, og deltok i oppstartsmøtet 11.06.25. Endringer i ledelsen i perioden denne forvaltningsrevisjonen har vært gjennomført har også ført til endring i hvem som har vært vår kontaktperson. Kommunalsjef for helse og omsorg avsluttet sitt arbeidsforhold i Røst kommune i perioden, og omtales i rapporten som daværende kommunalsjef der vi gjengir muntlig informasjon fra henne. Fagsykepleier for sykehjemmet har blitt konstituert avdelingsleder for hjemmetjenesten og sykehjemmet. Vedkommende ble etter hvert utnevnt som vår kontaktperson.

Vi har benyttet flere metoder for å få informasjon om kommunens styrings- og kvalitetssystem og saksbehandling. For å besvare problemstilling 1 om Røst kommunes styringssystem for helse- og omsorgstjenesten, har vi sett nærmere på dokumentasjon av kommunens styringssystem som vi fikk oversendt etter oppstartsmøtet, herunder helse- og omsorgsplanen, handlingsplanen med tiltak for forbedring, serviceerklæringer, tildelingskriterier, rsrapport for 2024 og økonomiplan og budsjett for 2025. Vi har gjennomført mter og hatt e-postkontakt med helse- og omsorgsleder og avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjeneste.

For å besvare problemstilling 2 om Røst kommune oppfyller krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester, har vi undersøkt dokumentasjon i enkeltsaker. Revisor fikk opplyst fra kommunen at det var 29 brukere i hjemmetjenesten og åtte beboere med langtidsplass ved sykehjemmet per 01.10.25. Vi ba om å få tilgang til dokumentasjon som gjaldt alle de åtte pasientene med langtidsplass på sykehjem, og de 10 siste brukerne som hadde søkt om hjemmetjenester. Det viste seg at for perioden 01.01.20-23.10.25 var det åtte saker der det var søkt om og fattet vedtak om hjemmetjenester. Vi fikk opplyst at det hadde vært behandlet flere søknader i denne perioden, men at de aktuelle brukerne nå hadde gått bort, vi vurderte derfor å ikke gå inn i disse sakene. Sakene for de øvrige brukerne i hjemmetjenesten var behandlet før 2020, og vi anså det ikke hensiktsmessig å se på disse sakene, da praksis for saksbehandlingen i disse sakene lå langt tilbake i tid.

Revisor har undersøkt kommunens dokumentasjon i 16 saker der det var søkt om helse- og omsorgstjenester, til sammen 21 vedtak. tte av sakene gjaldt hjemmetjenester og åtte saker gjaldt langtidsplass ved sykehjemmet. I de åtte sakene som gjaldt hjemmetjenester, gjennomgikk vi til sammen 13 vedtak om ulike tjenester, blant annet hjemmesykepleie, medisinaladministrasjon, matombringning, praktisk bistand i hjemmet og trygghetsalarm. I de åtte sakene som gjaldt langtidsplass forelå det åtte vedtak. Alle vedtakene vi gjennomgikk var fattet i perioden 01.01.20-23.10.25. Kommunen opplyste at det ikke hadde blitt gitt avslag på søknad om hjemmetjenester eller langtidsopphold i sykehjem i perioden, vi har derfor ikke hatt grunnlag for å undersøke kommunens saksbehandling ved avslag. Muntlig informasjon om kommunens saksbehandling er innhentet fra konstituert avdelingsleder.

3.2 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

⁸ 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

konkludere på problemstillingene. Revisor vurderer at det datamaterialet som er presentert som «revisors funn» i rapporten, oppfyller dette gyldighetskravet.

For problemstilling 1 er det et sentralt spørsmål hvilke vurderinger og praksis kommunen kan dokumentere. Styringssystemet skal blant annet sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og etterlevelse av lovkrav, og bør på de viktigste områdene være dokumentert. Vi anser at dokumentasjonen vi har innhentet fra Røst kommune er relevant. Vi oppfatter å ha fått den styringsdokumentasjonen som kommunen har, og at vi dermed også har tilstrekkelig datamateriale for våre vurderinger. Dokumentasjonen vi har etterspurt tar utgangspunkt i forskriftskrav og tilhørende veileder. I tillegg har vi fått muntlige opplysninger fra daværende kommunalsjef for helse og omsorg og konstituert avdelingsleder. Vi har skrevet referat fra samtaler med dem, som de har fått tilsendt for gjennomgang. Vi anser at de muntlige opplysningene er relevante for å belyse kommunens systemer og praksis innenfor helse og omsorg da disse er innhentet fra ansatte med ansvar for tjenestene. Ved å innhente muntlig informasjon har vi fått utfyllende informasjon som supplerer dokumentasjonen vi har blitt forelagt, og kunnskap om det dokumenterte styringssystemet faktisk er i bruk.

For problemstilling 2 mener vi å ha undersøkt en tilstrekkelig stor andel av sakene i en lengre tidsperiode til å få tydelige indikasjoner på kommunens praksis og overholdelse av regelverket. I de gjennomgåtte sakene har vi undersøkt dokumentasjon som er utarbeidet og arkivert av kommunen. Kommunen må dokumentere etterlevelse av regelverket, og disse dokumentene er dermed relevante. Vi har også gjennomgått kommunens rutiner og maler for saksbehandling på det aktuelle området, og fått utfyllende muntlig informasjon.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenlignet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi fremlagt datamaterialet for kommunen. Korrigeringer og supplerende opplysninger fra kommunen er innarbeidet i rapporten.

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

3.3 Avgrensninger

Forvaltningsrevisjonen retter seg i henhold til prosjektskissen i hovedsak mot kommunens styring av tjenestene som gis på sykehjem, i hjemmetjenestene og i omsorgsboligene. Vi har ikke undersøkt kommunens styring av øvrige helsetjenester, og vi presiserer at våre vurderinger og konklusjoner gjelder de nevnte tjenestene.

Vi vil presisere at vi i henhold til problemstilling 1 har undersøkt system og rutiner for å sikre at det gis forsvarlige tjenester. Vi har ikke undersøkt om den enkelte bruker har fått helse- og omsorgstjenestene vedkommende har krav på eller hvordan brukerne opplever tjenestene.

Ved kommunens sykehjem tilbys også korttidsplasser og avlasting. Våre undersøkelser av tildelingspraksis retter seg kun mot søknadene om langtidsplass.

4 STYRINGSSYSTEM FOR HELSE OG OMSORG

Har Røst kommune et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket?

Revisjonskriterier

Røst kommune skal:

- Ha et dokumentert styringssystem for sykehjem og hjemmetjenester.
- Ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for tjenestene, og i hvilken grad dette skal dokumenteres.
- I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring sørge for at helse- og omsorgstjenestene
 - Planlegges i tråd med § 6
 - Gjennomføres i tråd med § 7
 - Evalueres i tråd med § 8
 - Korrigeres i tråd med § 9

Undersøkelsene våre retter seg inn mot sykehjems- og hjemmetjenestene. Det er relevant hvilke eventuelle overordnede styringsdokumenter som foreligger for helse- og omsorgstjenestene. Vi presenterer derfor først overordnede planer, og hva de inneholder av føringer for de aktuelle tjenestene.

4.1 Serviceerklæringer

Kommunestyret vedtok 23.05.13 serviceerklæringer for henholdsvis hjemmebaserte tjenester og sykehjemstjenesten i Røst kommune. I serviceerklæringene framgår føringer for tjenestetilbudet, blant annet gjennom kvalitetsmål.

4.1.1 Serviceerklæring for hjemmebaserte tjenester

Her fremgår det at formålet med hjemmebaserte tjenester er at Røst kommune skal ha et helhetlig omsorgstilbud der den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig, og at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med brukeren. Videre opplyses det om at tjenestetilbudet skal gjenspeile kvalitetsmål som er beskrevet i Helse- og sosialdirektoratets veileder (IS-1332) om psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, gjengitt her:

- Forebygging, mestring og stimulering til å ta ansvar for eget liv.
- Tilgjengelighet, trygghet og forutsigbarhet.
- Brukermedvirkning, mulighet til å velge
- Kunnskap og faglig innhold i tjenestene
- Tillit og respekt
- Samhandling og god ressursutnyttelse

4.1.2 Serviceerklæring for sykehjem

I serviceerklæringen framgår det at i de tilfeller personer som bor hjemme, og som av helsemessige årsaker ikke kan fortsette med dette, vil sykehjemmet være den boformen som

overtar. Formålet med tjenesten er å gi et bo- og behandlingstilbud til personer i kommunen som har døgnkontinuerlig behov for pleie/tilsyn/behandling.

I serviceerklæringen er det fastsatt kvalitetsmål for sykehjemstjenesten, som det forventes at ansatte skal arbeide etter:

- Pasient og pårørende blir møtt med tillit og respekt
- Personalet har taushetsplikt
- Pleien er tilpasset den enkeltes behov
- Tilpasning og hjelp ved måltider
- Motivasjon til selvhjelp
- Tilrettelegging for en verdig livsavslutning

Det informeres også om at dersom brukeren har synspunkter eller forslag til forbedringer, ønsker tjenesten tilbakemelding om dette.

I tillegg har vi fått informasjon om at det ved sykehjemmet finnes et lavterskeltilbud i regi av rus- og psykiatritjenesten i form av onsdagskaffe der også eldre som bor hjemme kan delta. På onsdagskaffen er det blant annet bingo, sosialt samvær og ulike innslag, for eksempel musikk eller andakt. Kommunen har forsøkt å etablere et dagtilbud for hjemmeboende med kognitiv svikt og demens, men det har vært vanskelig å rekruttere deltakere til dette.

4.2 Kommuneplanens samfunnsdel 2022-2033

Kommuneplanens samfunnsdel for 2022-2033 ble vedtatt av kommunestyret den 22.06.22. Planen skal gi overordnede føringer for utviklingen av røstsamfunnet de neste årene, og være utgangspunkt for det øvrige planverket og styringsdokumentene som skal utarbeides framover. Framtidig planverk bør peke på hvordan den enkelte plan bidrar til å nå målene som er vedtatt i kommuneplanens samfunnsdel. Ifølge kommuneplanens samfunnsdel skal helse- og omsorgsplan utarbeides, og i planen skal det settes mål for tjenestene innenfor helse og omsorg.

4.3 Helse- og omsorgsplan

Helse- og omsorgsplan for Røst kommune for perioden 2023-2033 ble vedtatt i kommunestyret 06.12.23. Prosessen med å utarbeide planen ble ledet av rådgivningsfirmaet PwC, som også bisto med å kartlegge og vurdere framtidige tjenestebehov og satsningsområder for helsetjenestene i Røst kommune. Planen skal fungere som et overordnet styringsdokument for drift og utvikling av sektoren og tjenestene i årene framover. Planen skal være helhetlig og strategisk, og skal beskrive og stake ut kursen for alle tjenesteområdene innenfor helse- og omsorgssektoren i kommunen. I planen beskrives status i dagens helse- og omsorgstjenester, samt nasjonale og sentrale føringer for sektoren. Videre beskrives sentrale utviklingstrekk og framtidige behov med fokus på de demografiske utfordringene som Røst kommune står ovenfor de neste årene. Disse er hovedsakelig knyttet til nedgang i andelen arbeidstakere, og behovet for endring og omstilling på grunn av dette. I planen er det satt opp fire satsningsområder fram mot 2033:

1. Gode, helhetlige tjenesteforløp
2. Rekruttering og kompetanse
3. Tidlig innsats og forebygging
4. Interne rutiner, informasjon og kommunikasjon

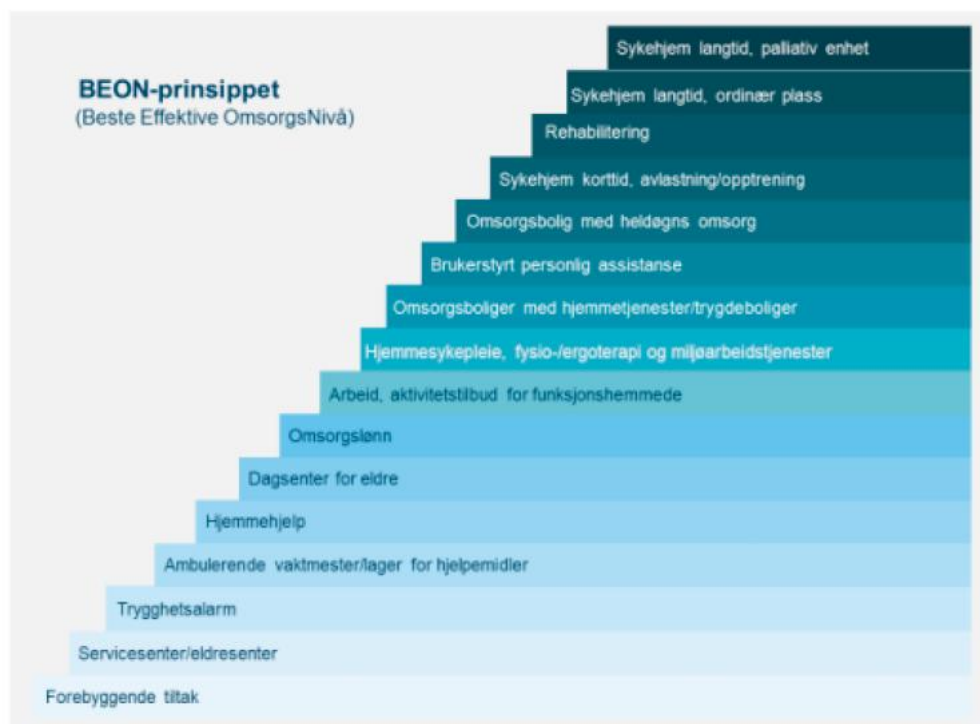
Under hvert satsningsområde er det satt opp tiltak under overskriften «dette skal vi få til», disse tiltakene er nedfelt i en handlingsplan som vi beskriver nærmere i kapittel 4.3.

4.3.1 Gode, helhetlige tjenesteforløp

Målsettingen for satsningsområde 1 er at tjenestemottakere i Røst kommune skal ha gode, helhetlige tjenesteforløp og godt koordinerte tjenester. Tjenestetildelingen skal ha en god og likeverdig saksbehandling av søknader. Innenfor satsningsområdet ønsker kommunen:

1. Helsetjenester som er tilpasset brukerens behov, basert på BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå)
2. Styrking av tjenestetildelingen gjennom bedre tildeling og koordinering av tjenester
3. Velferdsteknologiske hjelpemidler skal inngå i kommunen sitt tjenestetilbud i langt større grad enn i dag
4. Tilrettelegge for større samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Under dette satsningsområdet i helse- og omsorgsplanen erkjenner kommunen at det ikke er gode nok kriterier for vurdering av tjenestetildeling i dag, og at kommunen må utvikle klare retningslinjer for hvordan tjenester skal tildeles. I planen framgår det at omsorgstrappen sammen med andre klare retningslinjer vil være et viktig verktøy for å sikre en lik tjenestetildeling i kommunen.



Kilde: Helse- og omsorgsplan for Røst kommune

Tidligere kommunalsjef beskriver at det har vært en utfordring at planer og rutiner har vært gamle og utdaterte, og at det derfor er en del å jobbe med framover. Hun viste til at nå som helse- og omsorgsplanen er på plass, kan man begynne å jobbe med delplaner/temaplaner framover.

4.3.2 Rekruttering og kompetanse

Målsettingen for satsningsområde 2 er at kommunen skal tenke helhetlig og tverrfaglig rundt helsekompetanse i møte med de demografiske endringene som kommer framover, både ved å beholde ansatte og øke kompetansen. Innenfor satsningsområdet ønsker kommunen å:

1. Fokusere på kompetanseutvikling internt
2. Styrke samhold, kultur og medarbeiderskap

3. Fremstå som en attraktiv arbeidsgiver
4. Tilrettelegge for økt bistand fra frivillige

Kommunen oppsummerer selv i planen at dette satsningsområdet innebærer en målrettet og strukturert innsats for å lykkes med rekruttering og kompetanseutvikling.

4.3.3 Tidlig innsats og forebygging

Målsettingen for satsningsområde 3 er å fremme god helse og livskvalitet gjennom forebygging, noe som kan gi positive effekter både for den enkelte innbygger og for samfunnet. Innenfor satsningsområdet ønsker kommunen å jobbe med:

1. Styrking av helsefremmende arbeid
2. Tilrettelegging for økt livsmestring
3. Utarbeide planer for lovpålagte oppgaver

4.3.4 Interne rutiner, informasjon og kommunikasjon

Målsettingen for satsningsområde 4 er å styrke det tverrfaglige fellesskapet og samarbeidet, både for å utvikle helse- og omsorgssektoren og styrke arbeidsmiljøet. Innenfor satsningsområdet ønsker kommunen å jobbe med:

1. Gode rutiner knyttet til informasjon og kommunikasjon
2. Bedre utnyttelse av våre fagsystemer
3. Styrke interne møtepunkter

I planen framgår det at bedre informasjonsflyt, god dialog og kommunikasjon skal være med på å sikre kvalitet i tjenestene. Dette handler om intern samhandling, både fysisk og digitalt, gjennom møtepunkter og bedre utnyttelse av fagsystemene for å sikre kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom de enkelte helse- og omsorgstjenestene.

4.3.5 Sykehjem

I planen beskrives det at kommunens sykehjem tilbyr behandling, opptrening og hjelp til daglige gjøremål til de som på grunn av sykdom, skade eller aldring ikke kan bo hjemme. Brukere som tilbys plass på sykehjem har hjelpe-/pleiebehov som er så omfattende at det ikke er hensiktsmessig å gi bistand i hjemmet. Sykehjemmet kan gi langtidsopphold, korttidsopphold, dag-/nattopphold eller avlastning.

4.3.6 Hjemmetjenesten og omsorgsboligene

I helse- og omsorgsplanen fremgår det at hjemmesykepleie, psykisk helsehjelp og praktisk bistand inngår i hjemmebaserte tjenester. Hjemmetjenesten bistår blant annet med medisinalutdeling, støttesamtaler, matombringing, rengjøring og trygghetsalarmer. Formålet med hjemmetjenestene er å gi et helhetlig omsorgstilbud slik at den enkelte kan bo hjemme som mulig.

4.3.7 Tildelingskontoret

I helse- og omsorgsplanen fremgår det at tildelingskontoret består av: lege, helsesøster, og avdelingsleder for hjemmetjenesten og sykehjemmet. I tillegg bistår sykehuset med informasjon når det er relevant. I planen beskrives det at denne gruppen behandler søknader og henvisninger om kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder brukerstyrt personlig assistent, avlastning, støttekontakt, sykehjemsplasser, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Tildelingsgruppen vurderer hvilket nivå man skal gi helsehjelp på. Dersom det ikke er ledige sykehjemsplasser, setter gruppen opp en prioritert venteliste, med unntak for korttidsplasser ved utskrivning fra sykehus som tildeles av vakthavende lege ved sykehjemmet.

4.4 Handlingsplan

I helse- og omsorgsplanen kapittel 4.5 er det beskrevet at oppfølging av planen skal gjøres gjennom handlingsplanen, som inneholder til sammen 27 tiltak. Ansvaret for oppfølging av planen legges til kommunedirektør, ved enhetsleder for helse og omsorg. Det fremgår at de foreslåtte tiltakene skal følges opp i forbindelse med budsjett og rullering av økonomiplanen, slik at tiltak som kan få økonomiske konsekvenser kan bli vurdert og prioritert. De foreslåtte tiltakene er nedfelt i en egen handlingsplan, som beskrives som et levende dokument som skal revideres, vurderes og følges opp løpende i planperioden. Ifølge kommunalsjef har de ansatte i stor grad medvirket i utarbeidelse av handlingsplanen, og det er de ansatte som har løftet fram forbedringspunktene som de ønsker å gjøre noe med.

Handlingsplanen er utarbeidet i et eget dokument, og ble vedtatt samtidig med helse- og omsorgsplanen. Planen inneholder prioriterte tiltak fram mot 2033, oversikt over satsningsområder og beskrivelse av oppfølging av tiltak i planen. Med utgangspunkt i de fire satsningsområdene i helse- og omsorgsplanen er det satt opp følgende tiltak:

 1. Gode, helhetlige tjenesteforløp	 2. Rekruttering og kompetanse	 3. Tidlig innsats og forebygging	 4. Interne rutiner, informasjon og kommunikasjon
1. Utarbeide tydelige kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med veileder og anbefalinger fra Helsedirektoratet 2. Styrke tverrfaglige samarbeidspunkt i tjenesten i dag, for å sikre riktig omsorgsnivå 3. Det skal vurderes tiltak for skjerming for/av pasienter med demenssykdom 4. Gjennomføre en kartlegging av ulike typer velferdsteknologi og erfaringer med disse, sett opp mot utfordringsbildet og behovene i kommunen 5. Stabilisere fastlegeordningen, og få på plass organisert ledelse og administrasjon av legetjenesten i kommunen 6. Styrke og utvikle samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegene og øvrige helse- og omsorgstjenester 7. Styrke samarbeidet med Hjelpemiddelsentralen, slik at pasienter mottar hjelpemidler når de har behov for det.	8. Utarbeide en kompetanseoversikt og lage plan for kompetanseutvikling 9. Styrking av samhold, kultur og medarbeiderskap 10. Tydeliggjøring av roller og ansvar i hele sektoren 11. Iverksette tiltak for å fremstå en attraktiv arbeidsgiver 12. Tilrettelegge for økt bistand fra frivillige 13. Få på plass ALIS-avtaler, i tråd med kommende lovkrav	14. Tiltak som forebyggende hjemmebesøk, treningsgruppe/arena og sosiale møteplasser med ulikt innhold må etableres og bygge ut 15. Utarbeide en aksjonsplan for hvordan folkehelse og forebygging kan innarbeides som en integrert del av alle sektorer i kommunen 16. Vurdere muligheten for interkommunalt samarbeid på samfunnsmedisin og psykologtjenester. 17. Sikre et bedre samarbeid mellom ulike innsatsteam i hele kommunen 18. Iverksette tiltak for å sikre fokus på psykisk helse 19. Iverksette tiltak for sikre fokus på rusforebyggende arbeid 20. Videreutvikling av kommunens lavterskeltilbud 21. Lage en plan for å sikre ivaretagelse av lovpålagte oppgaver	22. Utarbeide gode rutiner for intern kommunikasjon, som tilrettelegger for bedre samarbeid på tvers av fagmiljø (lege, hjemmetjeneste, sykehjem m.fl) 23. Lage en kommunikasjonsplan for sektoren, som blant annet tilrettelegger for bruk av digitale kanaler slik som kommunens hjemmeside, facebookside m.m. 24. Vurdere potensialet i bedre utnyttelse av "Nasjonalt senter for pårørendesamarbeid" 25. Utarbeide gode prosedyrer og rutiner for primærkontakt 26. Gjennomføre tiltak som bidrar til bedre utnyttelse av systemene vi har i dag

Kilde: Røst kommune

I handlingsplanen fremgår det videre at kommunalsjef for helse og omsorg, sammen med helselederne, får ansvar for å sikre fremdrift og gjennomføring av tiltakene i planen, herunder:

- Prioritering av tiltak i plan og revidering av tiltaksplan
- Gi ansvar for gjennomføring av tiltak til tiltaksansvarlig
- Koordinere og følge opp prosjektene gjennom perioden, for å sikre fremdrift og sett inn kompenserende tiltak ved behov
- Kommunikasjon internt og eksternt

I planen anbefales det at tiltakene revideres halvårlig, eventuelt oftere ved behov.

Daværende kommunalsjef opplyste i juli 2025 at punktene i handlingsplanen jobbes med fortløpende etter prioritert rekkefølge. Hun vurderte at kommunen var godt i gang med noen av punktene, blant annet:

- Det er kommet på plass tre fastleger i «oljeturnus». Legene samarbeider mer og jobber sammen om å utarbeide rutiner, for eksempel for utskriving av vanedannende medikamenter. Hun oppfattet også at samarbeidet mellom legene og sykehjemmet har blitt bedre.
- Tildelingskriteriene var utarbeidet og vedtatt av kommunestyret i juni, målet er at kriteriene skal revideres og oppdateres årlig.
- Det har blitt bedre struktur på den tverrfaglige samhandlingen mellom de ulike tjenestene, blant annet ved faste møter mellom sykehjemmet og legene, og tverrfaglige møter rundt enkeltpasienter.
- Kommunen har utarbeidet en kompetanseoversikt innenfor helse og omsorg, og flere ansatte er i gang med videreutdanning. Kommunen har et pågående samarbeid med Tenk Lofoten⁹ om å få til desentraliserte utdanningsløp.
- Det har vært en gjennomgang og tydeliggjøring av roller og ansvar på ledernivå. Kommunalsjef og avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjeneste skal ha faste møter hver 14. dag der de gjennomgår status.
- Kommunen er med i Tørn-prosjekt i regi av KS som gjelder utvikling av turnus, det har vært noen utfordringer med ansvar og roller, men dette ser nå ut til å ha løst seg.
- Røst kommune deltar i fagforum sammen med Bodø og de andre Salten-kommunene for å øke kompetansen på velferdsteknologi. Kommunen har tatt i bruk medisindispensere og trygghetsalarm. Kommunalsjefen vurderer at kommunen også kan ha nytte av nattugle og digital oppfølging av kronikere for å supplere øvrige tjenester.

Daværende kommunalsjef opplyste at noen av forbedringspunktene går over i hverandre siden flere områder henger sammen. Hun opplevde at kvaliteten på legetjenestene har økt etter at turnusordningen for legene ble innført for ett år siden fordi legene har fått et fagfellesskap der saker kan drøftes. Legene som arbeider i kommunen er ikke bosatt der, og det virker lettere å ta avgjørelser enn om de hadde vært en del av lokalsamfunnet. Hun vurderte at de største endringene etter at helse- og omsorgsplanen kom på plass er at fagsykepleiere og legene har et bedre samarbeid og at kvaliteten på legetjenesten er løftet.

4.5 Tildelingskriterier

Røst kommune vedtok *Helhetlige kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester* (tildelingskriterier) den 17.06.25. Det framgår at gjennom tydelige tildelingskriterier og en systematisk tilnærming til tjenestetildeling, skal Røst kommune sikre at helse- og omsorgstjenestene er bærekraftige, rettferdige og tilpasset fremtidens behov. Dokumentet inneholder en generell del om:

- utarbeiding og oppfølging av tjenestekriteriene
- lovgrunnlag og statlige føringer
- oversikt over tjenester i helse- og omsorgssektoren i kommunen
- saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester, herunder
 - søknadsprosessen
 - samtykke
 - saksbehandling
 - vedtak
 - egenandel

⁹ Tenk Lofoten samarbeider med bedrifter og skoler jobber for rekruttering til yrkesfagene som bedriftene i Lofoten trenger for å skape utvikling og vekst.

- klagemulighet
- kartlegging av funksjonsnivå og bistandsbehov ved bruk av IPLOS
- mål for tildeling av tjenester (omsorgstrappen)
- generelle vilkår om å motta tjenester i hjemmet
- informasjon til pårørende

Videre inneholder dokumentet en hoveddel om kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Røst kommune når det gjelder:

- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Støttekontakt
- Avlastning for barn og unge
- Psykisk helse- og rustjenesten
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Tekniske hjelpemidler – utlån fra hjelpemiddelsentralen
- Dagsenter for personer med demens
- Praktisk bistand i hjemmet (hjemmehjelp)
- Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie)
- Hverdagsrehabilitering
- Kommunalt akutt døgntilbud (KAD) på sykehjem
- Avlastning for voksne og eldre
- Korttidsopphold ved sykehjemmet
- Langtidsopphold ved sykehjemmet
- Omsorgsleilighet
- Omsorgsstønad
- Individuell plan og koordinator
- Barnekoordinator
- Brukerstyrt personlig assistanse

Ifølge daværende kommunalsjef beskriver de nylig vedtatte tildelingskriteriene hvordan man ønsker det skal være framover, og skal være en veileder ved tildeling av tjenester. Kriteriene beskriver delvis praksis slik den har vært, men inneholder også en del nytt. Hun opplyste at PwC har styrt også prosessen med å utarbeide tildelingskriteriene i forlengelsen av arbeidet med helse- og omsorgsplanen, og at tildelingsgruppen, samt verneombud og tillitsvalgtgruppe, har bidratt i arbeidet med tildelingskriteriene.

Tildelingskriteriene er etter revisors syn mer utfyllende når det gjelder beskrivelse av tjenestene kommunen tilbyr og kriterier for tildeling av den enkelte tjeneste. I tillegg er utarbeidet og beskrevet rutiner for saksbehandling og tildeling av tjenestene.

4.6 Ansvar og oppgaver

Bedriftshelsetjenesten Hemis gjennomførte en arbeidsmiljøkartlegging i form av en spørreundersøkelse senhøsten 2024. Daværende kommunalsjef opplyste at ut fra kartleggingen kom det fram forbedringspunkter med tanke på rolleavklaring og arbeidsmiljø. Blant annet kom det fram at de ansatte opplevde at kommunalsjefs og avdelingsleders roller har vært litt blandet, og at det ikke alltid har vært helt avklart hvem som har ansvar for hva. Ledelsen har i etterkant jobbet med å avklare roller og ansvarsfordeling, og å dokumentere dette i en oversikt kalt *rolleavklaring*, der det framgår henholdsvis hvilke ansvarsområder avdelingsleder og

enhetsleder skal ha. På grunn av endringer i ledelsen og oppsigelser sommeren og høsten 2025, har den nye ansvarsfordelingen ikke blitt satt ut i praksis enda.

I kommunens delegeringsreglement for perioden 2021-2023 står det under helse- og omsorgstjenestelovens ansvarsområde at den myndighet som er lagt til kommunen etter loven, delegeres til kommunedirektøren med de unntak som er gitt i loven.

4.6.1 Kommunalsjef

Vi har muntlig fått opplyst at kommunalsjef er øverste leder for helse- og omsorgstjenestene, og har blant annet ansvar for avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjenester. Kommunalsjefen har personalansvar for alle ansatte innenfor enheten, noe som blant annet innebærer oppfølging av medarbeidersamtaler, sykefravær og kompetansekartlegging. Utover dette har kommunalsjef ansvar for helsesekretær ved legekantoret og tre leger som jobber i «oljeturnus» med to uker på jobb og fire uker fri. Helsesykepleier og rus- og psykiatritjenesten ligger direkte under kommunalsjef.

Røst kommune har interkommunalt samarbeid med Bodø kommune om barnevern, PPT og fysioterapeut og jordmor, disse tjenestene dekkes fra Bodø med kontordager på Røst, og er under kommunalsjef for helse og omsorg sitt ansvarsområde.

Kommunalsjef er den som underskriver og godkjenner vedtak om helse- og omsorgstjenester. Det synes ikke som vedtaksmyndigheten har blitt formelt delegert til noen andre etter at hun fratrådte sin stilling, da tidligere kommunalsjefs navn fortsatt sto på vedtak som var truffet etter at hun fratrådte stillingen.

I oversikten *rolleavklaring* framgår det at enhetsleder har følgende oppgaver:

Enhetsleder:

- Bidra konstruktivt i det helhetlige strategiske arbeidet i kommunedirektørens ledergruppe
- Leder for alle tjenester i helse- og omsorg
- Koordinere og organisere aktivitetene innenfor enheten.
- Overordnet ansvar, forsvarlig drift, personal, rekruttering, økonomi og fag
- Personalansvar ved lange permisjoner og utdanning
- Overordnet ansvar for budsjett for helse- og omsorg
- Utvikle, kvalitetsforbedre, effektivisere og koordinere tjenestene både på system- og person nivå
- Delta i interkommunalt og regionalt samarbeid.
- Ansvar for å utvikle planverk og styringsdokumenter
- Saksbehandling til politiske organ i saker som tilhører området
- Sørge for å søke på prosjektmidler som er relevant for enheten

Kilde: Røst kommune

4.6.2 Avdelingsleder

I arbeidsbeskrivelse for avdelingsleder ved Røst helsesenter framgår det at avdelingsleder rapporterer til kommunalsjef for helse og omsorg og samarbeider tett med de fagansvarlige sykepleierne. Videre at avdelingsleders hovedoppgaver er å:

- Sørge for faglig utvikling og kvalitetsarbeid i tråd med nasjonale føringer og lokale behov
- Følge opp ansatte, sykefravær, bemanning og kompetanse
- Ha økonomiansvar og bidra i planlegging og utvikling
- Være en aktiv del av kommunens utviklingsarbeid

Daværende kommunalsjef for helse og omsorg opplyste at avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjeneste har ansvar for den daglige driften i sine tjenester, for kjøkkenet som er samlokalisert med sykehjemmet, samt for hjelpemidler og hørsels- og synskontroll. Flere av de ansatte som jobber ved sykehjemmet jobber også i hjemmetjenesten, det er derfor hensiktsmessig å ha en felles leder for disse tjenestene, med tanke på turnus og vaktplaner.

Konstituert avdelingsleder oppfatter at avdelingsleders ansvar er å saksbehandle søknader om sykehjemsplasser og hjemmetjenester, følge med på driften ved avdelingene, i tillegg til personalansvar, budsjett- og økonomiansvar og ansvar for felleskjøkkenet. Hun opplyser at noen av lederoppgaver er tatt bort fra rollen som avdelingsleder i perioden konstitueringen varer, hun skal blant annet ikke gjennomføre medarbeidersamtaler.

Avdelingsleder har ingen fast stedfortreder i tildelingsmøtene, dette oppnevnes ved behov. Det er ikke utarbeidet en skriftlig rutine for oppnevning av stedfortreder.

I oversikten *rolleavklaring* framgår det at avdelingsleder har følgende oppgaver:

Avdelingsleder:

- Ansvarlig for daglig drift av sykehjem og hjemmetjeneste
- Organisering av fagutvikling og personal
- Nærmeste leder for medarbeidere i sykehjem og hjemmetjeneste
- Personalansvar/ personalledelse med oppfølging av medarbeidersamtaler og sykefravær, ferie osv.
- Ansvar for drift etter budsjett, i samarbeid med enhetsleder
- Tett samarbeid med andre fagprofesjoner som lege og enhetsleder
- Saksbehandling
- Synskontakt
- Hørselskontakt
- Bestilling av varer

Kilde: Røst kommune

4.6.3 Fagsykepleiere

Det er en fagansvarlig sykepleier på sykehjemmet og en fagansvarlig sykepleier for hjemmetjenesten. Dette er per tiden de to sykepleierne som er ansatt i disse tjenestene, utenom helsesykepleier som vikarierer i 30 % stilling på sykehjemmet. Det foreligger ingen skriftlig beskrivelse av fagsykepleiernes ansvarsområder, men vi har fått muntlig opplyst at det ligger innenfor deres ansvarsområde å delta i inntaksteamet og ha fagansvaret for behandlingen i sine respektive avdelinger.

4.7 Rutiner og prosedyrer

Kommunen benytter Digipro Helse innenfor hjemme- og sykehjemstjenesten, et system for standardiserte rutiner, prosedyrer og digitale systemer. I Digipro Helse er det også en egen side for lokale prosedyrer, kommunen har blant annet utarbeidet rutiner ved utskrivningsklare pasienter og behov for flytransport fra sykehus til hjemkommunen.

VAR Healthcare brukes i tillegg for fagprosedyrer og pleierutine. Både Digipro Helse og VAR Healthcare oppdateres fortløpende fra leverandør. Konstituert avdelingsleder oppgir at skjemaer i Digipro Helse benyttes mest i det daglige, for eksempel skjema fra Nasjonalt senter for aldring og helse når det gjelder fallscreening, ernæringskartlegging og ADL¹⁰-kartlegging. Ved sykehjemmet benyttes nettbrett der blant annet ernæringskartlegging kan legges inn. Etter at disse digitale støttesystemene ble innført, gikk sykehjemmet og hjemmetjenesten bort fra lokale, faglige rutiner. Konstituert avdelingsleder opplever ikke at det mangler rutiner eller retningslinjer, hun opplever at Digipro Helse dekker behovet.

Både sykehjemmet og hjemmetjenesten benytter journalsystemet Gericar for vedtak, tiltaksplaner og journalføring av den daglige oppfølgingen. I Gericar dokumenteres også ADL-kartlegging og IPLOS¹¹-score. Konstituert avdelingsleder opplyser at noe av arbeidet fortsatt dokumenteres i papirjournal, og noe skannes og legges inn i Gericar. Alle de digitale systemene kommuniserer ikke, men hun oppfatter at alt skal være dokumentert.

Daværende kommunalsjef opplyste at brukere i hjemmetjenesten kartlegges jevnlig ved hjelp av ADL og IPLOS i Gericar, på denne måten evalueres tjenestene brukerne mottar. Konstituert avdelingsleder opplyser at ADL-kartlegging og IPLOS-score skal gjennomføres minimum en gang i året for alle brukere i hjemmetjenesten og beboere på sykehjem. Konstituert avdelingsleder opplyser at for pasienter på sykehjem gjennomføres det i tillegg legemiddelgjennomgang jevnlig og ernæringskartlegging en gang per måned ved hjelp av kartleggingsskjema i Digipro Helse (MST).

Tjenestetilbudet er også et jevnlig tema i dialog med pårørende, som også kan melde om endringer. Daværende kommunalsjef opplevde at en fordel med en liten tjeneste er at det er de samme pleierne som er inntil brukerne jevnlig, og kan følge med på utviklingen. Man kan komme til et punkt der brukeren mottar så mange hjelpetiltak i hjemmet at man kan vurdere om det er mer formålstjenlig at brukeren flytter på sykehjem, men det ikke alle brukere som ønsker det.

Et at tiltakene i handlingsplanen er å utnytte de digitale systemene bedre (punkt 26, se kapittel 4.3). Daværende kommunalsjef utdypet at dette blant annet handler om å forbedre kommunikasjonen mellom sykehjemmet og legetjenesten gjennom journalsystemet Gericar, blant annet at endring i medisiner journalføres, dette er det bedre rutiner på nå. Forbedringspunktet handler også om kommunikasjonen når pasienter blir utskrevet fra sykehus, å innarbeide rutiner for at behandlingsplaner blir åpnet i kommunens system så helse- og omsorgstjenesten vet hva som skal gjøres når pasienten kommer, og at behandlingsplaner ikke blir liggende uåpnet i innboksen i flere dager.

Et annet tiltak i handlingsplanen er å utarbeide gode prosedyrer og rutiner for primærkontakt (punkt 25, se kapittel 4.3). Ifølge tidligere kommunalsjef er det innført rutine for at når pasienten

¹⁰ ADL er forkortelsen for Activities of Daily Living, et skåringsverktøy som vurderer funksjon hos eldre og personer med funksjonssvikt.

¹¹ IPLOS står for Individbasert Pleie- og omsorgsstatistikk

kommer inn, skal det tildeles en primærkontakt, tidligere har dette vært litt tilfeldig. Hensikten med ordningen er at en fagarbeider som kjenner til pasientens sykdom, diagnoser og betydningen av disse, kan gi pårørende god informasjon i tråd med pasientens egne ønsker. Konstituert avdelingsleder bekrefter at sykehjemmet har en ordning med primærkontakt, og at hjemmetjenesten har primærkontakt for brukere med demensdiagnose. Hun oppfatter at forbedringspunktet i handlingsplanen omhandler at primærkontakt skal være med på å utarbeide tiltaksplaner for pasientene de har ansvar for. Hun opplyser at primærkontaktene kan være med på dette arbeidet dersom de ønsker det, men at det som oftest er sykepleiere som utarbeider tiltaksplanene.

Konstituert avdelingsleder opplyser at hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten skal bytte ut journalsystemet Geric med Aidn i løpet av 2026. Hun mener dette vil være et godt tiltak for å sikre at revurdering av tjenestene for den enkelte gjøres jevnlig, da det kommer opp varsel i systemet når dette skal gjøres. I tillegg er kartlegginger digitalisert, noe som gir mindre dokumentasjon på papir. Hun tenker dette kan gjøre både saksbehandlingen og oppfølgingen av pasienter enklere for sykepleiere. Konstituert avdelingsleder har opplyst at det i dagens system må legges inn dato for når et vedtak skal revurderes. Hennes opplevelse er at dette ikke har blitt fulgt opp, da kommunen ikke har egne ansatte som arbeider utelukkende med å utforme og følge opp vedtak.

4.8 Kunnskap om virksomheten og risikovurdering

4.8.1 *Avvik og klager*

Helse- og omsorgstjenesten i Røst kommune benytter Compilo som avvikssystem.

Daværende kommunalsjef oppfattet at de ansatte benytter avvikssystemet, og at selv om det er noe av det som meldes kanskje ikke er å anse som et avvik, formidlet hun at det er positivt at de ansatte gir tilbakemeldinger. Kommunalsjef mottar avvikene og håndterer dem. Hun forsøker å gi tilbakemelding raskt, og ønsker å få bedre rutine på å ta opp temaer fra de meldte avvikene i personalmøter, slik at det kan drøftes i fellesskap hvordan man kan løse disse. Av avvik som har blitt meldt, så daværende kommunalsjef at det som går igjen handler om å følge rutiner. Videre at det kan glippe når det kommer inn nye pasienter og man ikke har blitt helt kjent med dem enda. Et eksempel på dette er pasienter som får utdelt medisin, men ikke tar den, fordi de glemmer medisinen eller mister den i sengetøyet. Dette har ført til fokus på at de ansatte må ha rutine for å følge med på at medisinen faktisk tas etter at den er utdelt.

Konstituert avdelingsleders erfaring er at noen ansatte bruker avvikssystemet, mens andre ikke gjør det. Hun oppfatter at det er kommunalsjefen som har ansvar for å håndtere avvikene. Dersom avvikene gjelder HMS, får også verneombudet tilgang til informasjonen. Avdelingsleder har ikke opplevd at avvikene har blitt brukt aktivt i forbedringsarbeidet på et overordnet nivå, men at enkelte avvik har blitt drøftet med fagansvarlig sykepleier. Hun kjenner ikke til hvilke områder det er meldt mest avvik på, da det er kommunalsjefen som har oversikt over dette.

Avdelingsleder har ikke kjennskap til at kommunen har mottatt klager på vedtak innenfor helse og omsorg. Hun tror de fleste brukerne er fornøyde, og at det heller har vært en utfordring at kommunen har tilbudt tjenester i for stort omfang, og at praksis må strammes inn nå som det er større press på helse og omsorgstjenestene.

Daværende kommunalsjef hadde ikke mottatt klager på tjenestene. Hun oppfattet at det kan handle om at det ikke er kultur for å klage. Samtidig fikk hun tilbakemelding om at folk generelt sett er fornøyd med helsetjenestene på Røst og at det ikke er lang ventetid på å få tjenester dersom det er behov.

4.8.2 Risikoanalyse

Konstituert avdelingsleder opplyser at det finnes rutine for pasientrettet ROS-analyse i Digipro Helse, i denne inngår blant annet vurdering av risiko knyttet til fall, ernæring og funksjonsfall. På bakgrunn av disse risikovurderingene er det gjort tiltak, blant annet når det gjelder rutiner for jevnlig veiing av pasientene.

Ifølge daværende kommunalsjef ble det ikke gjort noen overordnet risikoanalyse for pleie- og omsorgstjenestene i forbindelse med utarbeidelse av helse- og omsorgsplanen. Det var mest fokus på samhandling og kommunikasjon, og på forebygging og tidlig innsats for at folk kan bo hjemme lengre. I tillegg var det fokus på samarbeid med frivillig sektor.

4.8.3 Oversikt

De fagansvarlige sykepleierne pleier å ha månedlige samarbeidsmøter for å drøfte det pasientrettede arbeidet for sine avdelinger, og vurdere om det er tiltak som bør endres eller avsluttes for den enkelte pasient. I disse møtene kan ansatte komme med innspill eller ønsker til endring i oppfølgingen av pasientene, og man bli enige om behandling og tilnærming.

Konstituert avdelingsleder opplyser at det i vår ble innført månedlige avdelingsmøter, disse skulle ikke være pasientrettet. Den forrige avdelingslederen gjennomførte et avdelingsmøte, og konstituert avdelingsleder skal gjennomføre et nytt møte høsten 2025. Ifølge konstituert avdelingsleder kom det fram i arbeidsmiljøundersøkelsen at de ansatte savnet informasjon og ønsket mer kommunikasjon med ledelsen, blant annet å bli involvert i og informert om endringer, og få anledning til å uttale seg. Hun opplyser at det har vært gjennomført felles personalmøter for alt helsepersonell i kommunen ca. en gang i året.

Ifølge kommunens årsrapport for 2024 har pasientene ved sykehjemmet i økende grad sammensatte behov, og utviklingen viser høyere belegg. Det beskrives en særlig økning av pasienter med demens og kognitiv svikt, som krever tilpasninger i organiseringen av avdelingen, blant annet med behov for skjerming. I tillegg ser man et økende behov for avlastningsplasser og korttidsplasser til utredning. Videre framgår det at nesten alle omsorgsboligene har vært utleid store deler av året

Daværende kommunalsjef opplyste at det de siste årene har vært en økning i brukere som har behov for sykehjemsplass, og at det er mer eller mindre fullt hele tiden på sykehjemmet nå. Gjennomsnittsalderen på Røst øker, og en del av de eldre har hatt tungt fysisk arbeid som gir helseutfordringer. Kommunen har ingen venteliste på sykehjemsplasser, de som bor hjemme og har omfattende behov for hjelp er de som selv ikke ønsker å flytte inn på sykehjemmet. Kommunen har av og til venteliste på omsorgsbolig, dersom det søkes om dette og ingen boliger er ledige. Siden det er korte avstander i kommunen, har hjemmetjenesten mulighet til å gi relativt omfattende tjenester i hjemmet med for eksempel flere tilsyn og tiltak per dag. Kommunalsjef opplyser at det er flere eldre som ønsker å bo hjemme lengst mulig, og i henhold til reformen «Bo trygt hjemme» er dette noe kommunen skal forsøke å etterkomme. I kortere perioder har kommunen vært nødt til å bruke bad som pasientrom, gjerne for å observere og kartlegge brukeren, for deretter å kunne gi tilstrekkelige tjenester i hjemmet. Hun opplyser at kommunen likevel har klart å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og har bare

hatt et overliggerdøgn¹² i år. Årsaken var at pasienten ble utskrevet etter at siste fly hadde gått fra Bodø.

Daværende kommunalsjef oppfattet dialogen med kommunedirektøren som god, kommunedirektøren har bakgrunn som sykepleier og god innsikt i behovene i helse- og omsorgstjenestene. Kommunalsjefen er del av ledergruppen i administrasjonen som har møte annenhver uke, der kommunalsjefene orienterer fra sine områder. Møtene er samme uke som kommunalsjef har møte med avdelingsleder, slik at det er mulig å løfte inn saker og informasjon fra begge sidene i begge møtene. Daværende kommunalsjef opplevde at samarbeidet i ledergruppen fungerte godt, og at det har sine fordeler med en liten administrasjon og kort vei til hverandre. Kommunalsjef har også egne møter med kommunedirektør ved behov. Alle kommunalsjefene i kommunen rapporterer hvert tertial på økonomi og budsjett til politisk nivå på sine respektive ansvarsområder.

Kommunalsjef holder seg orientert om tildeling av tjenester ved at avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjeneste informerer om antall brukere i de ulike tjenestene og hvor det er ledig kapasitet, og dersom det er behov for å leie inn tjenester.

Konstituert avdelingsleder og kommunedirektør har blitt enige om å møtes annenhver mandag framover for gjensidig informasjon og oppdatering.

4.9 Medvirkning fra brukere, pårørende og ansatte

4.9.1 Informasjonsfolder til beboer og pårørende ved Røst helsesenter

Kommunen har utarbeidet en informasjonsfolder til beboere og pårørende ved Røst helsesenter med informasjon om sykehjemstilbudet. Folderen skal deles ut ved tildeling av sykehjemsplass. På informasjonsfolderens forside framgår det at kommunens visjon er at på sykehjemmet settes beboerne i sentrum. Videre at man tilstreber å gi beboerne best mulig pleie og omsorg, og at kvaliteten på tjenestene evalueres hele tiden.

Hensikten med brosjyren er å gi opplysninger om sykehjemmet og hjelpe beboeren og pårørende med å finne seg best mulig til rette. Det gis informasjon om en rekke praktiske forhold, blant annet: måltidsrutiner, muligheter for aktiviteter, legetilsyn, tannlege og beboerens rettigheter.

I tillegg beskrives organisering av pleien og at hver beboer har sin egen primærkontakt som har ansvar for å samarbeide med beboer og pårørende. Primærkontakten har ansvar for å gi informasjon og avklare praktiske forhold, og pårørende oppfordres til å ta kontakt med primærkontakt eller andre ansatte på avdelingen ved spørsmål.

4.9.2 Pasienter, brukere og pårørende

Daværende kommunalsjef opplyste at kommunen for 2-3 år siden gjennomførte en overordnet undersøkelse blant innbyggerne om brukertilfredshet med tjenestene som Røst kommune leverte. Hun opplyste videre at helse og omsorg scoret bra på denne. Det kom en del tilbakemeldinger på forbedringsområder i legetjenesten, men mye har blitt endret siden

¹² Helsedirektoratet beskriver at utskrivningsklare pasienter er pasienter som trenger oppfølging i kommunehelsetjenesten etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Betegnelsen utskrivningsklar innebærer at sykehuset ikke kan skrive ut pasienten før kommunen kan gi pasienten de nødvendige tjenestene det er behov for. Det er en målsetting å ha færrest mulig oppholdsdøgn på sykehus etter at pasientene er meldt utskrivningsklare til kommunene, såkalte overliggerdøgn.

resultatet på undersøkelsen forelå. Utover dette er det ikke gjennomført bruker- eller pårørendeundersøkelser innenfor sykehjems- og hjemmetjenesten de siste årene. Det er ikke oppnevnt pårørendekontakt eller -utvalg ved sykehjemmet eller hjemmetjenesten.

Daværende kommunalsjef opplyste at når pasienter tildeles sykehjemsplass, gjennomføres det oppstartsmøte med pårørende til stede for gjensidig informasjonsutveksling, og man avklarer hvem av de pårørende som skal være kontaktpersoner. Hun opplyste at det i tillegg gjennomføres pårørendemøter med fagsykepleier og lege ved behov. Kommunalsjef oppfatter at dialogen med de pårørende blir ivaretatt i pårørendemøtene rundt den enkelte bruker, og at de her får brakt sine tanker på banen.

Avdelingsleder erfarer at pårørende gir innspill om det som fungerer eller ikke fungerer, og eventuelle ønsker, så forsøker tjenestene å etterkomme innspillene og ønskene så langt det lar seg gjøre. Hun har opplevd at enkelte pårørende har behov for ekstra informasjon, og da har dette blitt gitt. Kommunen har forsøkt å invitere til en pårørendegruppe for demente og pasienter med kognitiv svikt, men har ikke lyktes med å rekruttere deltakere.

4.9.3 Ansatte

Når det gjelder de ansattes mulighet til medvirkning, ivaretas dette ved at de ansatte drøfter med hverandre på pauserommet, diskuterer med fagsykepleiere og leger. Videre har de ansatte mulighet til å ta opp utfordringer og komme med sine tanker rundt tjenestene i samarbeidsmøter der alle ansatte på avdelingsnivå deltar. Daværende kommunalsjef opplyste at det oftest er behov for å drøfte ulike faglige og praktiske utfordringer de ansatte opplever i hjemmetjenesten, mens på sykehjemmet er det mer oversiktlig.

Konstituert avdelingsleder opplyser at medvirkning ivaretas ved at tillitsvalgte har møter med medlemmene i sine fagforeninger, utover tilbakemeldingene de ansatte kan komme med på den pasientrettede oppfølgingen i samarbeidsmøter. Ansatte kan også gi tilbakemeldinger direkte til fagansvarlig sykepleier når det ikke er andre ledere tilgjengelig. Avdelingsleder opplever at de ansatte er gode på kollegastøtte internt på avdelingene.

4.10 Kompetanse og opplæring

Ifølge kommunens årsrapport for 2024 har økningen av pasienter med sammensatte behov ved sykehjemmet og større behov for plasser ført til utfordringer knyttet til bemanningsstrategi. Det er behov for grundigere kartlegging og justering av bemanningsplanene, slik at disse samsvarer med de faktiske behovene. Kommunen deltar derfor i det nasjonale prosjektet Tørn i regi av KS, for å utvikle framtidens turnus- og arbeidsplaner.

I årsrapporten står det at økningen av sammensatte diagnoser hos pasientene stiller større krav til kompetanse hos personalet. Det framgår at man ønsker økt fokus på kompetanseheving, ved å etablere gode rutiner for systematisk faglig trening og kompetanseutvikling. Under kapitlet *Sykehjem og hjemmetjeneste – Resultat* framgår det at sykehjemmet er godt bemannet med fagpersonell, både sykepleiere og helsefagarbeidere, som har ferdighetskompetane innen kreftpleie, demens og palliativ behandling. Konstituert avdelingsleder opplyser at ansatte ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten er registrert med sin kompetanse i journalsystemet Geric. Der legges også ansatte som har autorisasjon inn med helsepersonell-nummer.

Kommunen deltar i prosjektet PRACTIC¹³ om hjemmetjenester i regi av forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom. Målet med prosjektet er å utvikle kunnskap om kjennetegn ved og forekomst av kriser i hjemmetjenesten, og å benytte en tverrfaglig utrednings- og refleksjonsmodell for å forebygge, tidlig oppdage og møte kriser.

Konstituert avdelingsleder opplyser at kommunen har tilgang til læringsplattformen Visma Glup for digital kompetanseheving og kurs. Hos Glup finnes kurs fra blant annet leverandørene Visma og NHI, for eksempel når det gjelder medisinkurs.

Kommunen har gjennomført kompetanseheving på palliativ pleie innenfor pleie og omsorg, og det er etablert kreftteam og demensteam.

I årsrapporten for 2024 opplyses det at Røst kommune er en del av Kunnskapskommunene i Lofoten¹⁴ og deltar i flere samarbeidsprosjekter, blant annet i interkommunal ernæringsgruppe, kompetanseheving og innføring av ProAct (tidlig oppdagelse, behandling og forebygging av livstruende tilstander). Kommunen er også med i RKK Lofoten¹⁵. Daværende kommunalsjef opplyste at hun deltok i interkommunale samarbeid og nettverk både med Lofot-kommunene og med helselederen i Bodø kommune, og opplevde dette som en støtte.

Konstituert avdelingsleder opplyser at sjekklistene i Digipro Helse benyttes ved opplæring av nyansatte i helse- og omsorgstjenesten. I sjekklisten er det lagt opp til at den nyansatte og den som gir opplæring skal signere på at det er mottatt og gitt opplæring innenfor tema som blant annet:

- smittevern
- grunnleggende stell
- medisiner
- prøvetaking
- måltider
- journalføring
- forebygging av komplikasjoner/trykksår
- forflytningsteknikker
- bruk av hjelpemidler
- brannvern
- kommunikasjon med pasient, medarbeidere og dokumentasjon
- rutiner på avdelingen
- bruk av velferdsteknologi
- administrative rutiner

Det framgår at sjekklisten skal gjennomgås sammen med leder etter at den nyansatte har vært i arbeid rundt to uker, og at veien videre og behov for eventuell videre oppfølging skal avtales. Sjekklisten lagres i den ansattes personalmappe.

¹³ Forkortelse for PReventing and Approaching Crises for frail community-dwelling patients Through Innovative Care

¹⁴ Kunnskapssatsing i kommunenes helse- og omsorgstjenester der kommunene i Lofoten deltar sammen med Nord universitet og Norges arktiske universitet

¹⁵ Regionalt kompetansekantor Lofoten, samarbeid om kompetanse- og organisasjonsutvikling

4.11 Revisors vurderinger

Vi vurderer at Røst kommune **til dels** har et dokumentert styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som er i tråd med regelverket, og **til dels** har vurdert hvor omfattende styringssystemet bør være.

Kommunen skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet, og det er kommunedirektøren som er ansvarlig for internkontrollen. Internkontrollen skal være systematisk og styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Kommunen må altså selv kartlegge og vurdere risiko, for å vurdere hvilket omfang styringssystemet bør ha, og i hvilken grad det bør dokumenteres. Røst en liten og oversiktlig kommune i norsk sammenheng, noe som kan tilsi at behovet for å dokumentere styringssystemet er begrenset. Vi finner imidlertid ikke at kommunen selv har gjort en overordnet og helhetlig vurdering av hvilket omfang styringssystemet for helse- og omsorgstjenesten bør ha. Samtidig har kommunen de siste årene fått på plass overordnede mål og strategier i form av helse- og omsorgsplan, handlingsplan og tildelingskriterier, og vi har fått opplyst at helse- og omsorgstjenestene er i en prosess med å avklare ansvar og roller.

Vår vurdering av revisjonskriteriet om at Røst kommune skal ha et dokumentert styringssystem for helse- og omsorgstjenestene som er i tråd med regelverket henger sammen med revisjonskriteriene om at kommunen skal sørge for at helse- og omsorgstjenestene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

Vi vurderer at Røst kommune **i stor grad** har oppfylt revisjonskriteriene om å *planlegge og gjennomføre helse- og omsorgstjenestenes aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Når det gjelder å *evaluere og korrigere* helse- og omsorgstjenestenes aktiviteter, vurderer vi at kommunen **til dels** har oppfylt revisjonskriteriet. Vurderingene bygger på følgende funn:

Internkontroll og styring er en kontinuerlig prosess som innebærer planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering. For å kunne planlegge og gjennomføre virksomheten er det viktig å ha oversikt over mål, oppgaver, aktiviteter, ansvar og organisering, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7. Evaluering innebærer å kontrollere om virksomhetens planer og mål gjennomføres i henhold til lovkrav og forsvarlighet, samt innhente erfaringer og oversikt over avvik for å bruke dette i forbedringsarbeidet. Korrigering handler om å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, sette inn korrigerende tiltak og forbedre rutiner.

Vi vurderer at det er fastsatt overordnede mål for helse- og omsorgstjenestene i den vedtatte helse- og omsorgsplanen. I tilknytning til helse- og omsorgsplanen ble det utarbeidet en egen handlingsplan med en rekke tiltak for å følge opp de vedtatte satsningsområdene. En del av tiltakene er rettet inn mot hjemme- og sykehjemstjenesten. I serviceerklæringene beskrives formålene med henholdsvis de hjemmebaserte tjenestene og sykehjemstjenesten, målgruppene og innhold i tjenestene, samt kvalitetsmål. Serviceerklæringene er imidlertid av eldre dato, og det framgår ikke at disse har blitt revidert siden de ble vedtatt i 2013. I helse- og omsorgsplanen erkjenner kommunen at det ikke foreligger gode nok kriterier for vurdering av tjenestetildeling. Tildelingskriterier ble vedtatt i juni 2025, disse inneholder beskrivelser av helse- og omsorgstjenestene, kriterier for tildeling av de ulike tjenestene og rutiner for saksbehandling i kommunen. Dette indikerer at kommunen har evaluert sin praksis når det gjelder tildeling av tjenester, og justert den ved å utarbeide tildelingskriterier.

Et av tiltakene i handlingsplanen var at det skulle utarbeides en kompetanseoversikt. Vi har fått opplyst at kommunen har utarbeidet en kompetanseoversikt innenfor helse og omsorg, men vi har ikke blitt forelagt denne. Med tanke på kommunens størrelse og en oversiktlig ansattgruppe, legger revisor likevel til grunn at ledelsen har oversikt over ansattes kompetanse og behov for opplæring, selv om det ikke foreligger noen kompetanseplan.

Organisering og ansvar framstår klart for de ansatte vi har snakket med. I arbeidsmiljøkartleggingen høsten 2024 kom det fram forbedringspunkter med tanke på rolleavklaring mellom kommunalsjef. Ledelsen har jobbet med rolleavklaring og skriftliggjort denne, men utskifting og fravær i ledelse har gjort at dette ikke har blitt iverksatt enda. Det foreligger ansvarsbeskrivelse for avdelingsleder for hjemmetjeneste og sykehjem, men ansvarsbeskrivelser for fagsykepleiere er ikke dokumentert. Når det gjelder vedtaksmyndighet, har vi fått opplyst at det ikke oppnevnt fast stedfortreder.

I faktagrunnlaget i helse- og omsorgsplanen og i årsrapporten framgår det at kommunen har kartlagt og har oversikt over helse- og omsorgstjenestene. Dette indikerer at kommunen på et overordnet nivå har kunnskap om virksomheten og driften, dette ivaretas blant annet gjennom rapportering mellom kommunalsjef og kommunedirektør. I kommunalsjefs fravær ivaretas rapporteringen mellom konstituert avdelingsleder og kommunedirektør.

Utfordringer for helse- og omsorgstjenestene er beskrevet i helse- og omsorgsplanen og kommunens årsrapport for 2024. Det er imidlertid ikke foretatt dokumenterte risikovurderinger knyttet til driften av sykehjemmet og hjemmetjenestene. Vi har fått opplyst at det gjøres risikovurderinger på pasientnivå, men ikke overordnet når det gjelder områder i virksomheten hvor det kan være risiko for svikt eller fare for brudd på krav til forsvarlighet eller pasientsikkerhet.

Når det gjelder rutiner, har vi fått opplyst at kommunen benytter Digipro Helse og VAR Healthcare innenfor helse og omsorg, også når det gjelder opplæring. Rutinene og prosedyrene i Digipro og VAR oppdateres fortløpende fra leverandør. Det er i liten grad utarbeidet lokale rutiner, og vi har fått opplyst at konstituert avdelingsleder ikke opplever behov for flere/andre rutiner.

Kunnskap om avvik er sentral for å avdekke områder det er behov for forbedring på. Kommunen har innført avvikssystemet Compilo der alle ansatte innenfor helse og omsorg kan melde avvik. Kommunalsjef og avdelingsleder har noe ulik oppfatning av i hvor stor grad systemet benyttes av de ansatte. Kommunalsjef har selv påpekt at det er et forbedringsområde å bruke samlet kunnskap fra meldte avvik i utviklingsarbeid. Ut fra opplysningene vi har fått har ingen i ledelsen hatt rutine for å hente ut oversiktsrapporter fra Compilo, og det foreligger ingen overordnet oversikt over hvilke kategorier avvik det meldes på. Samlet informasjon fra de meldte avvikene benyttes i liten grad i det overordnede forbedringsarbeidet, og det framstår ikke som arbeidet med kvalitetsforbedring er systematisk og basert på risikoanalyse.

For å kunne medvirke, er det viktig å ha tilstrekkelig informasjon. Når det gjelder pårørende og brukere ved sykehjemmet, har vi fått opplyst at de skal få utdelt informasjonsbrosjyre ved innflytting. I tillegg gjennomføres det et møte med pårørende og brukere ved innflytting, der man gir og får informasjon. Brukeres eller pårørendes tilbakemelding innhentes ikke systematisk utover dette.

Når det gjelder ansattes medvirkning, kom det fram i arbeidsmiljøundersøkelsen at ansatte savnet informasjon og ønsket mer kommunikasjon med ledelsen, blant annet ønsket de å bli informert og involvert ved endringer. Et tiltak som ble iverksatt for å imøtekomme dette var månedlige avdelingsmøter. Ustabilitet i ledelsen har imidlertid ført til at møtene ikke har blitt gjennomført slik det var planlagt. Ansatte kan ellers komme med sine innspill til den pasientrettede oppfølgingen i samarbeidsmøter på avdelingsnivå, og når det gjelder arbeidsmessige forhold i møter med tillitsvalgte.

Vi presiserer at våre undersøkelser gjelder det dokumenterte styringssystemet, og at vi ikke har undersøkt tjenestene som leveres til enkeltpersoner.

4.12 Konklusjon

Revisors samlede konklusjon på problemstilling 1 er at Røst kommune til dels har et styringssystem for helse- og omsorgstjenesten i tråd med krav i regelverket. Kommunen har en del på plass når det gjelder systemer for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, blant annet gjennom helse- og omsorgsplanen og de nylig vedtatte tildelingskriteriene. Samtidig er det mangler knyttet til blant annet risikovurderinger og bruk av erfaringer fra avvik i forbedringsarbeidet.

5 SAKSBEHANDLING

Oppfyller Røst kommune krav i regelverket ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester?

Revisjonskriterier

Røst kommune skal ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester:

- Sørge for at saken er utredet
- Behandle søknader om helse- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold
- Sendte foreløpige svar i tråd med regelverket
- Fatte skriftlige vedtak som inneholder:
 - o Begrunnelse, herunder redegjøre for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på
 - o Opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder
 - o Opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for klage og innsynsrett
- Sørge for at samtykke framgår der dette er relevant

Søknader om hjemmetjenester, sykehjemsplass og omsorgsbolig behandles av tildelingskontoret, se nærmere beskrivelse i kapittel 4.2.7. I perioden sakene vi har gjennomgått ble behandlet, gjaldt serviceerklæringene som ble vedtatt i 2013. Kommunestyret vedtok tildelingskriterier i juni 2025, disse er beskrevet i kapittel 4.5. Revisor går ikke nærmere inn på tildelingskriteriene siden disse ble vedtatt nylig, og ikke har vært benyttet i perioden enkeltsakene vi har gjennomgått har blitt behandlet.

5.1 Serviceerklæring – hjemmebaserte tjenester

I serviceerklæringen under overskriften *Hvem får tjenestene* står det at alle som bor midlertidig, eller oppholder seg i kommunen, har rett på nødvendige helsetjenester. De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, kan få innvilget hjemmebaserte tjenester.

Det fremgår videre at skriftlige eller muntlige henvendelser kan rettes til hjemmebaserte tjenester i Røst kommune, og at søknad kan fremsettes av bruker selv, pårørende, fastlege, institusjoner, VOP, sykehus etc. Kommunen skriver at det er ønskelig at søknadsskjema benyttes, og at dette fås ved henvendelse til hjemmetjenesten eller kommunens servicekontor. Det beskrives at etter mottatt søknad vil søker bli kontaktet for å avtale vurderings- og kartleggingsbesøk snarest, og senest innen to uker. Dersom det vurderes nødvendig, kan hjemmebaserte tjenester tildeles umiddelbart. Kommunen opplyser at det vil innhentes opplysninger for å kunne gjøre en helhetlig og faglig vurdering av søknaden.

I serviceerklæringen vises det til aktuelt lovgrunnlag, taushetsplikt, rett til brukermedvirkning, rett til å se sakens dokumenter og det opplyses om fremgangsmåte og saksbehandling ved klage. Videre opplyses det hvilke hjemmebaserte tjenester kommunen kan tilby, hvem som kan få tjenesten, hensyn som blir tatt, hva tjenesten omfatter, hva tjenesten ikke omfatter og eventuell pris. Følgende tjenester er omtalt:

- Praktisk bistand/ opplæring i praktisk bistand

- Hjemmesykepleie
- Matombringing

Under tjenesten praktisk bistand inngår en beskrivelse av *hvordan få tjenesten*. En tilsvarende beskrivelse framgår ikke under hjemmesykepleie, men det er nærliggende å tro at beskrivelsen gjelder begge tjenestene:

Hvordan få tjenesten?

Søknad sendes til hjemmebaserte tjenester i Røst. Hvis noen skal søke på vegne av andre, må den som har hjelpebehovet være kjent med søknaden og gitt fullmakt til den.

Innen 2 uker vil søker motta bekreftelse på at søknad er mottatt

Vurderingsbesøk avtales innen to uker etter at avdelingsleder har mottatt søknad

Svar på søknad skal foreligge i form av vedtak senest tre uker etter kommunen mottok søknad.

Ved innvilget hjelp vil det i vedtaket opplyses om antall timer som tildeles og hyppigheten

Skriftlig avtale lages mellom bruker og tjenesteyter om oppgaver som skal utføres

Ved endret situasjon vil ny vurdering bli foretatt. Tjenesten revurderes fortløpende

Bruker får hjemmejournal med aktuelle opplysninger som skal ligge i hjemmet så lenge bruker mottar kommunale hjemmetjenester

Bruker må sørge for tilgjengelighet til boligen, nødvendig utstyr til rengjøring og gi beskjed hvis en er bortreist eller har pårørende hjemme.

Ved tildeling av tjeneste vil brukeren få tildelt en primærkontakt, denne er brukerens kontaktperson og

bindeledd mellom bruker og tjenesten forøvrig.

Kilde: Serviceerklæring – hjemmebaserte tjenester, Røst kommune

5.2 Serviceerklæring – sykehjem

I serviceerklæringen framgår det at formålet med tjenesten er å gi et bo- og behandlingstilbud til personer i kommunen som har døgnkontinuerlig behov for pleie/tilsyn/behandling. Målgruppen beskrives å være personer som:

- Har behov for opptrening/rehabilitering
- Trenger omsorg ved livets slutt
- Trenger korttids-/langtidsopphold
- Er alvorlig syke og trenger medisinsk oppfølging

Og være en «mellomstasjon» for personer som er ferdigbehandlet ved sykehus.

Innhold i tjenesten beskrives å være:

- Behandling, pleie og omsorg
- Måltider
- Legetilsyn ved behov
- Medisiner og medisinsk forbruksmateriell
- Fysioterapi ved behov
- Hår- og fotpleie, betales av den enkelte beboer
- Tannpleie

Under overskriften «Hvordan få tjenesten?» står det at søknad sendes til Pleie og omsorg i Røst kommune. Hvis noen skal søke på vegne av andre, må den som har hjelpebehovet være kjent

med søknaden og ha gitt fullmakt til den. I tillegg til søker kan nærmeste pårørende, lege eller hjemmetjenesten i Røst kommune sende inn søknad.

5.3 Funn fra saksgjennomgang

Revisor har undersøkt kommunens dokumentasjon i til sammen 16 saker om søknad om helse- og omsorgstjenester, åtte av sakene gjaldt hjemmetjenester og åtte saker gjaldt langtidsplass ved sykehjemmet. I de åtte sakene som gjaldt søknad om hjemmetjenester, var det fattet til sammen 13 vedtak om ulike tjenester, blant annet hjemmesykepleie, medisinaladministrasjon, matombringing, praktisk bistand i hjemmet og trygghetsalarm. I de åtte sakene som gjaldt langtidsplass forelå det åtte vedtak. Alle vedtakene vi gjennomgikk var fattet i perioden 01.01.20-23.10.25.

5.3.1 Søknader om hjemmetjenester

Røst kommune har utarbeidet et søknadsskjema for pleie- og omsorgstjenesten. I skjemaet framgår det at søker kan krysse av for søknad om hjemmesykepleie, hjemmehjelp, avlastning for pårørende, korttidsopphold, langtidsopphold, trygghetsalarm, omsorgslønn, omsorgsbolig, matombringing, dag-/kveldsopphold, støttekontakt/personlig assistent eller annet som søkeren beskriver selv. Det er felter for å fylle ut hvem som søker om tjenester, opplysninger om nærmeste pårørende, begrunnelse for søknaden og nåværende boligtype.

Ved å undertegne skjemaet gir søker fullmakt til å innhente opplysninger fra annet helsepersonell, helseforetak, Nav og likningskontor hvis det er nødvendig for å behandle søknaden. Søker blir også gjort oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig, og at ved å undertegne samtykkes det til elektronisk meldingsutveksling og til at IPLOS-data kan innhentes.

I sju av åtte saker var søknaden behandlet kort tid etter at søknad var fremsatt, ved at vedtaket med innvilgelse av tjenester var fattet kort tid etter fremsatt søknad. Ettersom de sju sakene var behandlet ferdig på under en måned har vi ikke undersøkt om foreløpig svar var blitt sendt i disse sakene. I én sak overskred saksbehandlingstiden fire uker uten at det var sendt foreløpig svar. Brukeren fikk innvilget sin søknad fem uker etter at søknaden var fremsatt. Vi har muntlig fått informasjon at årsaken til tidsbruken var mangel på ledig omsorgsbolig på søknadstidspunktet. Vi har videre fått opplyst at kommunen ikke har hatt praksis for å sende foreløpig svar på søknader skriftlig, det har blitt gitt muntlig informasjon i tilfeller der det har tatt lengre tid enn fire uker å behandle søknaden.

5.3.2 Vedtak om hjemmetjenester

Utredning

Tidligere kommunalsjef opplyser at fagsykepleierne har mye av ansvaret for utredning, i samarbeid med legene. Søkernes behov drøftes i tverrfaglige møter, der man blir enig om hvordan kartleggingen skal gjennomføres. Det foreligger ingen nedfelte rutiner for hvordan kartlegging skal gjennomføres, kartleggingen av søkere varierer ut fra deres situasjon. Noen søkere har vært innlagt på sykehus og kommer tilbake til kommunen på kommunal akutt døgnenhet (KAD-plass) og har blitt kartlagt på denne måten. Noen av pasientene som er på KAD-plass blir videreført til korttidsopphold i sykehjem og kartlagt videre der. Andre søkere tas inn på korttidsopphold ved sykehjemmet for kartlegging av funksjon og behov, og kartlegges i tillegg hjemme for å vurdere praktiske behov. Personer som har søkt om hjemmetjenester kartlegges i sitt eget hjem, mens andre henvises fra fastlege eller andre helseinstanser, og er allerede kartlagt der. Kommunen har et demensteam som kan bistå i kartlegging.

Vi har fått opplyst fra konstituert avdelingsleder at utredningene delvis dokumenteres i journalsystemet Gericar og delvis i papirjournal. Hun opplyser videre at det er en utfordring at noe av informasjonen ligger digitalt, mens annen informasjon foreligger på papir. Hun har oppfattet at rutinen egentlig er at alle dokumenter som foreligger på papir skal skannes og legges inn i Gericar på den enkelte brukeren. Det har imidlertid vært en praktisk utfordring at skanning må gjøres på kommunehuset.

Tidligere kommunalsjef oppgir at det finnes maler for utredning, blant annet benytter sykepleierne ADL-kartlegging. I tillegg brukes det standardiserte kartlegginger av demens og generelt funksjonsnivå, kommunalsjef kjenner ikke til navnet på disse kartleggingene. Det foretas også hjemmebesøk.

Konstituert avdelingsleder opplyser at de vanligste standardiserte kartleggingene er knyttet til ADL, ernæring og fall. Hjemmetjenesten gjør en helhetlig vurdering i tillegg. Registrering av ADL og IPLOS ligger i Gericar, og skal gjennomføres minimum en gang i året for alle brukere i hjemmetjenesten og sykehjem. Øvrige standardiserte kartleggingsskjema er tilgjengelig i Digipro og legges ofte i brukers papirjournal etter utfylling.

Etter kartlegging gjennomføres det møte med bruker og pårørende om vurderinger og tjenestetilbud.

Vi har tatt utgangspunkt i beskrivelsene som foreligger i søknadene og i vedtaket av søkers behov og situasjon. I alle vedtakene framgikk det beskrivelse av søkers helsetilstand og hvilket behov for bistand dette medførte. Ut fra beskrivelsene i vedtakene, fant vi det ikke nødvendig å etterspørre ytterligere informasjon fra kommunen.

Innhold i vedtak

Vedtakene vi gjennomgikk omfattet blant annet omsorgsbolig, helsetjenester i hjemmet, medisinaladministrasjon, matombrining og trygghetsalarm. De faktiske forholdene vedtaket bygget på framkom i alle 13 vedtakene. Vi bemerker likevel at beskrivelsene fremstår som knappe, da det var ikke referert til ADL-kartlegging eller IPLOS-score i vedtakene. Reglene vedtaket bygde på framkom bare i sju av vedtakene, i hovedsak gjaldt disse vedtakene helsetjenester i hjemmet. I vedtak som gjaldt matombrining og trygghetsalarm framgikk det at: «*Vedtaket hjemles etter forvaltningsloven som en servicetjeneste med egenbetaling, jf. bystyrevedtak 07.1.2023*».

Revisor antar ut fra henvisningen til bystyrevedtak om egenandel at Røst kommune i de aktuelle vedtakene har brukt mal utarbeidet av Bodø kommune uten å justere den i henhold til egne vedtak.

Helsetjenester i hjemmet kan omfatte ulike tjenester, og dette var ikke spesifisert i ni av 13 vedtak. I de fire øvrige vedtakene framkom det spesifikt hvilken tjenestene som ble innvilget, for eksempel bistand til medisinaladministrasjon. I vedtakene som gjaldt matombrining framgikk det i alle hvor mange dager i uken det var innvilget matombrining og for hvilken periode vedtaket gjaldt.

Informasjon om klageadgang, klagefrist og framgangsmåte ved klage framgikk i 12 av 13 vedtak. Informasjon om innsynsrett var gitt i alle vedtakene.

Samtykke

I de åtte sakene vi har undersøkt som gjelder søknad om hjemmetjenester, fant vi at bruker hadde underskrevet samtlige søknader selv. Ut fra dette legger vi til grunn at brukeren hadde samtykket og medvirket til søknadene. Vi har i tillegg fått muntlig opplyst at det rutinemessig innhentes samtykke fra brukere i hjemmetjenesten, da det stilles krav om slikt samtykke fra apoteket for å kunne utlevere medisiner.

5.3.3 Søknader om langtidsopphold i sykehjem

Alle de åtte gjennomgåtte søknadene om langtidsopphold i sykehjem var innvilget med vedtak kort tid etter at de var mottatt. Ettersom alle søknadene var behandlet ferdig på under en måned, har vi ikke undersøkt om foreløpig svar var blitt sendt i disse sakene. I dokumentene vi mottok framgikk det at sju av de åtte søkerne allerede bodde i omsorgsbolig eller var på korttidsopphold ved sykehjemmet. Vi legger derfor til grunn at deres funksjon og behov allerede var kartlagt før søknaden om langtidsopphold ble behandlet.

5.3.4 Vedtak om langtidsopphold i sykehjem

Begrunnelse i form av beskrivelse av hvilke faktiske forhold og regler vedtaket bygget på framgikk i alle åtte vedtakene. Tjenesten som ble innvilget, i form av langtidsopphold i sykehjem, var lite beskrevet i vedtakene. Vi har fått opplyst at søkere som har fått innvilget langtidsplass skal få utdelt informasjonsfolder der beskrivelse av tjenestens innhold framgår, informasjonen i folderen er nærmere beskrevet i kapittel 4.7. Varighet framgikk ikke av vedtakene, men vi vurderer at dette ikke har så stor relevans i denne sammenhengen.

Opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for klage og innsynsrett framgikk i alle vedtakene om langtidsopphold i sykehjem.

Én av søknadene var undertegnet av brukeren selv, og vi anser dette dermed som et samtykke til tjenesten. For de øvrige sju søknadene var fem undertegnet av pårørende, og to av søknadene var fremmet av sykehjemmet selv etter at pasienten hadde vært der på korttidsopphold. Det er ikke uvanlig at pasienter som søker om langtidsopphold har langt kommende demens eller andre kognitive utfordringer. Vi har fått muntlig opplyst at det ikke er rutine for å innhente fullmakt dersom pårørende søker om langtidsopphold ved sykehjemmet.

5.4 Revisors vurderinger

Revisor har undersøkt kommunens dokumentasjon i 16 saker med søknad om helse- og omsorgstjenester, der det var fattet til sammen 21 vedtak. Åtte av sakene gjaldt hjemmetjenester og åtte saker gjaldt langtidsplass ved sykehjemmet.

Vi vurderer at revisjonskriteriene om at Røst kommune ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester har:

- Sørget for at saken er utredet er **oppfylt i 21 av 21 vedtak**
- Behandlet søknader om helse- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold er **oppfylt i 15 av 16 saker**
- Sendt foreløpige svar i tråd med regelverket **ikke er oppfylt i 1 av 1 sak**
- Fattet skriftlige vedtak som inneholder:
 - o Begrunnelse, herunder redegjøre for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på **oppfylt i henholdsvis 21 av 21 vedtak og 15 av 21 vedtak**
 - o Opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder er **oppfylt i 12 av 21 vedtak**

- Opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for klage og innsynsrett er **oppfylt i 20 av 21 vedtak**
- Sørget for at samtykke framgår der dette er relevant er **oppfylt i 9 av 16 saker**

Vurderingene bygger på følgende funn:

Utredning

I alle vedtakene framgikk det beskrivelse av søkers helsetilstand og hvilket behov for bistand dette medførte. Vi har fått muntlige beskrivelser av at det ikke foreligger noen nedfelt rutine for hvordan kartlegging skal gjennomføres, og at omfang og framgangsmåte for kartlegging av søkere besluttet i den enkelte sak, ut fra søkers situasjon. Kommunen benytter standardiserte kartlegginger i utredning, blant annet ADL-score og demenskartlegging. Det er identifisert som en utfordring at dokumentasjon av kartlegging arkiveres på ulike måter, noe ligger digitalt i Geric og noe ligger i papirjournal. I sakene vi har gjennomgått finner vi ikke grunnlag for å vurdere at søkers behov ikke er tilstrekkelig utredet, selv om informasjonen om søkers behov som framgår i vedtakene er knapp, og det ikke vises til ADL-kartlegging eller IPLOS-score. Det framstår som rutinene for arkivering av opplysninger om utredninger kan bli bedre når det gjelder å samle dem tilgjengelig på et sted, for å sikre at informasjonen er lett tilgjengelig ved behov for både ansatte, ledere og brukeren selv.

Tidsbruk og foreløpig svar

15 av 16 søknader om helse- og omsorgstjenester var behandlet uten ugrunnet opphold. Den siste søknaden gjaldt omsorgsbolig, og ble innvilget etter fem uker, det vil si en uke etter frist. Det var derfor kun i denne saken aktuelt å sende foreløpig svar. Dette var ikke gjort, men vi fikk opplyst at søker ble muntlig orientert om at søknaden ville innvilges så snart det ble ledig bolig.

Begrunnelse

Når det gjelder begrunnelse for vedtak, framgikk reglene vedtaket bygde på i 15 av 21 vedtak. De seks vedtakene som manglet henvisning til regelverket, gjaldt ulike typer hjemmetjenester. Revisor antar at Røst kommune har brukt mal for vedtak om trygghetsalarm og matombringing utarbeidet av Bodø kommune uten å justere den i henhold til egne vedtak. Det er ikke tilstrekkelig å vise til forvaltningsloven generelt. I tillegg er disse tjenestene er å anse som praktisk bistand, jf. hol § 3-2 punkt 6 bokstav b, og det bør henvises til korrekt hjemmel. Dersom kommunen har vedtatt forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, bør det også vises til denne i vedtaket, ikke til bystyrets vedtak. De faktiske forholdene vedtakene bygde på framgikk i samtlige vedtak.

Beskrivelse av innvilgede tjenester

Opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt hvor lang tid vedtaket gjelder framgikk i alle de åtte vedtakene som gjaldt langtidsplass i sykehjem, og i fire av 13 vedtak som gjaldt hjemmetjenester.

Klageadgang og rettigheter

I 20 av 21 vedtak framgikk opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for klage og innsynsrett.

Samtykke

I de åtte sakene vi har undersøkt som gjelder søknad om hjemmetjenester, vurderer vi at det var innhentet samtykke. I de åtte undersøkte sakene som gjaldt sykehjemsplass, var en av

søknadene undertegnet av brukeren selv, noe vi anser som et samtykke til tjenesten. For de øvrige sju søknadene var fem undertegnet av pårørende, og to av søknadene var fremmet av sykehjemmet selv etter at pasienten hadde vært der på korttidsopphold. Det er ikke uvanlig at pasienter som søker om langtidsopphold har langt kommende demens eller andre kognitive utfordringer. Vi har fått muntlig opplyst at det ikke er rutine for å innhente fullmakt dersom pårørende søker om langtidsopphold ved sykehjemmet. Vi vurderer at krav til samtykke ikke er ivaretatt i de sju sakene der samtykke ikke eksplisitt framgikk.

5.5 Konklusjon

Revisors samlede konklusjon på problemstilling 2 er at Røst kommune ved behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester ikke har oppfylt alle krav i regelverket. Flere sentrale krav er ivaretatt i flere av de undersøkte sakene. Samtidig har vi påpekt mangler i vedtakene knyttet til blant annet gjengivelse av rettslig grunnlag i vedtak og opplysninger om hvilke tjenester som skal gis. Det er også mangler ved kommunens praksis for å sikre gyldig samtykke.

6 ANBEFALINGER

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 1 om styringssystem anbefaler vi at Røst kommune:

- Videreutvikler sitt styringssystem for helse- og omsorgstjenesten og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:
 - o Kompetanseplan
 - o Ansvarsbeskrivelser
 - o Vedtaksmyndighet for helse- og omsorgstjenester og oppnevning av fast stedfortreder
 - o Rutine for overordnet risikovurdering for driften av sykehjemmet og hjemmetjenestene når det gjelder områder i virksomheten hvor det kan være risiko for svikt eller pasient- og brukersikkerhet
 - o Systematisk innhenting av pasienters, brukeres og pårørendes tilbakemeldinger
 - o Å bruke samlet kunnskap fra avvik i forbedringsarbeidet
- Evaluerer styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene jevnlig

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 2 om saksbehandling, anbefaler vi at Røst kommune:

- Spesifiserer innholdet i helsetjenestene når det fattes vedtak om hjemmetjenester
- Viser til utførte kartlegginger i vedtak om hjemmetjenester
- Sikrer korrekt henvisning til regelverket i alle vedtak om hjemmetjenester
- Sikrer at alle vedtak om hjemmetjenester angir hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang og til hvilken tid, samt hvor lang tid vedtaket gjelder
- Gjennomgår og evaluerer rutiner for arkivering av utredninger og kartlegginger av brukere, for å sikre god oversikt over informasjon i den enkelte sak
- Sikrer at det innhentes gyldig samtykke til langtidsplass ved sykehjemmet

7 UTTALELSE

KomRev NORD sendte rapporten til kommunedirektøren i Røst for uttalelse den 16.01.26. Vi mottok følgende uttalelse den 01.02.26:

Kommunedirektøren takker for en grundig og ryddig gjennomført forvaltningsrevisjon av helse- og omsorgstjenesten i Røst kommune.

Rapporten gir et godt bilde av status for kommunens styringssystem og saksbehandling på området, og kommunedirektøren deler revisjonens vurdering av at kommunen på flere områder har etablert systemer og praksis i tråd med regelverket, samtidig som det er forbedringsområder som må følges opp.

Kommunedirektøren merker seg særlig revisjonens funn knyttet til behovet for mer systematisk bruk av risikovurderinger, tydeligere dokumentasjon av ansvar og myndighet, samt styrking av praksis for vedtaksutforming og samtykke i saksbehandlingen. Disse forholdene er viktige for å sikre både kvalitet, rettssikkerhet og etterprøvbarehet i tjenestene.

Det har vært utskifting og midlertidige løsninger i ledelsen innen helse- og omsorgstjenesten i perioden revisjonen er gjennomført, noe som har hatt betydning for arbeidet med systematisk styring. Kommunedirektøren er opptatt av at dette ikke svekker kommunens ansvar, men gir samtidig en viktig forklaring på deler av funnene.

Revisjonens anbefalinger vil bli lagt til grunn i det videre forbedringsarbeidet. Administrasjonen vil blant annet prioritere:

- videreutvikling og tydeliggjøring av styringssystemet for helse- og omsorgstjenestene
- arbeid med overordnet risikovurdering
- gjennomgang av roller, ansvar og vedtaksmyndighet
- forbedring av rutiner for saksbehandling og vedtaksutforming

Kommunedirektøren vurderer rapporten som et nyttig grunnlag for videre utvikling av tjenestene og vil følge opp anbefalingene innenfor gjeldende rammer og i dialog med politisk nivå.

Med vennlig hilsen

Cesilie Janette Borge

Kommunedirektør Røst kommune



Mobil: (+47) 909 24 509

Ut fra innholdet i uttalelsen har vi ikke ansett det som nødvendig å gjøre endringer i rapporten.

8 REFERANSER

- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Lov av 2. juli 1998 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Veileder til lov og forskrift: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet
- Veileder for saksbehandling, tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, Helsedirektoratet

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 fylkeskommunene Nordland, Troms og Finnmark, og 51 kommuner fordelt på de tre nordligste fylkene.

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

Vi har 55 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 16 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Røst kommune:

<i>Nytt oppvekstsenter – planlegging og offentlige anskaffelser</i>	2022
<i>Selvkost renovasjonstjenester</i>	2023

