



Kontrollutvalget i Porsanger kommune

KONTROLLUTVALGSMØTE

Møtestart: 16.12.2025 kl. 10:00
Møtested: Rådhuset - møterom kommunestyresalen

Saksliste:

- 40/25 Godkjenning av innkalling
- 41/25 Godkjenning av saksliste
- 42/25 Protokoll fra forrige møte
- 43/25 Henvendelse til kontrollutvalget - Kommunal saksbehandling ifb. med tilsyn av private avløpsanlegg
- 44/25 Henvendelse til kontrollutvalget - Kommunal saksbehandling ifb. med miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter
- 45/25 Revisjonsstrategi - Regnskapsåret 2025 - Porsanger kommune
- 46/25 Forenklet etterlevelseskontroll - Regnskapsåret 2025 - Risiko- og vesentlighetsvurdering
- 47/25 Status på oppfølging av gjennomført forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll
- 48/25 Rapport etter forvaltningsrevisjon – Helse, pleie og omsorg
- 49/25 Forespørsel fra kontrollutvalget i Alta kommune om interesse for en felles dagssamling i regi av Forum for kontroll og tilsyn (FKT)
- 50/25 Kontrollutvalgets årsmelding for 2024
- 51/25 Årsplan og møteplan 2026
- 52/25 Referatsaker - KU Porsanger - Møte 5-25



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02188

Sak 40/25

GODKJENNING AV INNKALLING

Saksdokumenter:

- Innkalling til møte

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner innkallingen.

Saksopplysninger:

I vedtatt reglement for kontrollutvalget framgår det at godkjenning av innkalling og saksliste skjer som egne saker innledningsvis i møtet.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet foreslår at kontrollutvalget godkjenner innkallingen.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02189

Sak 41/25

GODKJENNING AV SAKSLISTE

Saksdokumenter:

- Saksliste

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner sakslisten.

Saksopplysninger:

I vedtatt reglement for kontrollutvalget framgår det at godkjenning av innkalling og saksliste skjer som egne saker innledningsvis i møtet.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet foreslår at kontrollutvalget godkjenner sakslisten.



SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02190

Sak 42/25

PROTOKOLL FRA FORRIGE MØTE

Saksdokumenter:

- Godkjent protokoll fra møte 30. september 2025 (vedlagt)

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar godkjent protokoll til orientering.

Saksopplysninger:

I vedtatt reglement for kontrollutvalget framgår det at protokollen godkjennes per epost eller digitalt av møtende medlemmer/varamedlemmer. Det framgår videre at godkjent protokoll skal sendes til utvalgets medlemmer/varamedlemmer, ordføreren, kommunedirektøren og oppdragsansvarlige revisorer. Det framgår også at godkjent protokoll legges fram til gjennomgang/orientering på det etterfølgende møte i kontrollutvalget.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet foreslår at kontrollutvalget tar godkjent protokoll til orientering.



Kontrollutvalget i Porsanger kommune

M Ø T E P R O T O K O L L

Møte nr. 4-25
Tid: 30.09.2025 kl. 10:00 – 11:05
Sted: Fjernmøte via Teams med mulighet for deltakelse på rådhuset – kommunestyresalen

Det ble den 22. september 2025 opprinnelig innkalt til et fysisk møte, men leder og nestleder besluttet senere å sende ut oppdatert innkalling den 29. september 2025 til fjernmøte med mulighet for deltakelse på rådhuset – kommunestyresalen.

Til stede: Katri-Helen Johansen, nestleder
Vetle Langedahl, medlem
Brit-Kirsti Sivertsen, medlem
Turid Wilhelmsen, varamedlem (for Kjetil Hanssen som har meldt forfall til møtet)

**Meldt
forfall:** Robert Severin Pedersen, leder
Kjetil Hanssen, medlem
Arnfinn Sjøenden, varamedlem
Eva Johansen, varamedlem

Ikke møtt: Kjell Olav Dypfest, varamedlem
(innkalt for Robert Severin Pedersen, leder – som har meldt forfall til møtet)

Andre: **Kusek IKS:**
Seniorrådgiver Tom Øyvind Heitmann

KomRev Nord IKS:
Oppdragsansvarlig regnskapsrevisor Tove Kronstad Sundstrøm

Porsanger kommune:
Kommunedirektør Linn Carina Utsi
Teamleder bygg og eiendom Jonny Olsen
Prosjektleder investering Robert Karlsen

SAKSLISTE

28/25 Godkjenning av innkalling
29/25 Godkjenning av saksliste

- 30/25 Protokoll fra forrige møte
- 31/25 Henvendelse til kontrollutvalget - Spørsmål om anbudsprosesser i Porsanger kommune
- 32/25 Oppdragsansvarlig regnskapsrevisors vurdering av uavhengighet
- 33/25 Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors vurdering av uavhengighet
- 34/25 Forenklet etterlevelseskontroll - Regnskapsåret 2024 - Revisors uttalelse
- 35/25 Revisors oppsummering - regnskapsåret 2024
- 36/25 Status på bestilling og levering av forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll
- 37/25 Status på oppfølging av gjennomført forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll
- 38/25 Kontrollutvalgets forslag til budsjett for kontrollarbeidet i 2026
- 39/25 Referatsaker - KU Porsanger - Møte 4-25

Da leder i kontrollutvalget hadde forfall, ble møtet ledet av kontrollutvalgets nestleder, jf. kommuneloven § 11-2 tredje ledd.

Nestleder Katri-Helen Johansen åpnet møtet og ønsket velkommen.

SAK 28/25 GODKJENNING AV INNKALLING

Vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner innkallingen.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner innkallingen.

SAK 29/25 GODKJENNING AV SAKSLISTE

Vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner sakslisten.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner sakslisten.

SAK 30/25 PROTOKOLL FRA FORRIGE MØTE

Vedtak:

Kontrollutvalget tar godkjent protokoll til orientering.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar godkjent protokoll til orientering.

**SAK 31/25 HENVENDELSE TIL KONTROLLUTVALGET - SPØRSMÅL OM
ANBUDSPROSESSER I PORSANGER KOMMUNE**

Vedtak:

Kontrollutvalget viser til henvendelse fra innbygger og tar informasjonen fra kommunedirektøren til orientering.

Behandling:

Nestleder i kontrollutvalget orienterte om saken.

Kommunedirektøren med flere orienterte om de anskaffelsene som henvendelsen gjelder.

Kontrollutvalget stilte spørsmål og drøftet saken.

Kontrollutvalget fremmet følgende omforente forslag til vedtak:

- *Kontrollutvalget viser til henvendelse fra innbygger og tar informasjonen fra kommunedirektøren til orientering.*

Enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Sekretariatet har ikke noe forslag til vedtak i denne saken.

SAK 32/25 OPPDRAGSANSVARLIG REGNSKAPSREVISORS VURDERING AV UAVHENGIGHET

Vedtak:

Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig regnskapsrevisors egenvurdering av uavhengighet i forhold til Porsanger kommune til orientering, og forutsetter at oppdragsansvarlig revisor oppfyller lov- og forskriftsbestemte krav om uavhengighet.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig regnskapsrevisors egenvurdering av uavhengighet i forhold til Porsanger kommune til orientering, og forutsetter at oppdragsansvarlig revisor oppfyller lov- og forskriftsbestemte krav om uavhengighet.

SAK 33/25 OPPDRAGSANSVARLIG FORVALTNINGSREVISORS VURDERING AV UAVHENGIGHET

Vedtak:

Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors egenvurdering av uavhengighet i forhold til Porsanger kommune til orientering, og forutsetter at oppdragsansvarlig revisor oppfyller lov- og forskriftsbestemte krav om uavhengighet.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar oppdragsansvarlig forvaltningsrevisors egenvurdering av uavhengighet i forhold til Porsanger kommune til orientering, og forutsetter at oppdragsansvarlig revisor oppfyller lov- og forskriftsbestemte krav om uavhengighet.

SAK 34/25 FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL - REGNSKAPSÅRET 2024 - REVISORS UTTAELSE

Vedtak:

Kontrollutvalget viser til revisors uttalelse av 30. juni 2025 om etterlevelse av bestemmelser og

vedtak for økonomiforvaltningen - regnskapsåret 2024.

Kontrollutvalget merker seg revisors konklusjon, som sier følgende:

«Basert på de utførte kontrollhandlingene og innhentede revisjonsbevis har vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at kommunen ikke i det alt vesentlige overholder lov og forskriftskrav knyttet til vedtak av finansreglement og lovpålagt rapportering til kommunestyret, med unntak av følgende:

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis har vi blitt oppmerksomme på at kommunens ikke rapportert til kommunestyret i tråd med vedtatt finansreglement og lovgivning i 2024, dvs. rapportering hver tertial. Dette knytter seg slik vi forstår det, til utfordringer knyttet til omlegging til nytt økonomisystem.

Denne uttalelsen er utelukkende utarbeidet for å gi kontrollutvalget et bedre grunnlag for å ivareta sitt påseansvar med økonomiforvaltningen og til kommunes informasjon, og er ikke nødvendigvis egnet til andre formål.»

Kontrollutvalget vedtar å rapportere det påpekte forholdet til kommunestyret.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget viser til revisors uttalelse av 30. juni 2025 om etterlevelse av bestemmelser og vedtak for økonomiforvaltningen - regnskapsåret 2024.

Kontrollutvalget merker seg revisors konklusjon, som sier følgende:

«Basert på de utførte kontrollhandlingene og innhentede revisjonsbevis har vi ikke blitt oppmerksomme på noe som gir oss grunn til å tro at kommunen ikke i det alt vesentlige overholder lov og forskriftskrav knyttet til vedtak av finansreglement og lovpålagt rapportering til kommunestyret, med unntak av følgende:

Basert på de utførte handlingene og innhentede bevis har vi blitt oppmerksomme på at kommunens ikke rapportert til kommunestyret i tråd med vedtatt finansreglement og lovgivning i 2024, dvs. rapportering hver tertial. Dette knytter seg slik vi forstår det, til utfordringer knyttet til omlegging til nytt økonomisystem.

Denne uttalelsen er utelukkende utarbeidet for å gi kontrollutvalget et bedre grunnlag for å ivareta sitt påseansvar med økonomiforvaltningen og til kommunes informasjon, og er ikke nødvendigvis egnet til andre formål.»

Kontrollutvalget vedtar å rapportere det påpekte forholdet til kommunestyret.

SAK 35/25 REVISORS OPPSUMMERING - REGNSKAPSÅRET 2024

Vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen til orientering.

SAK 36/25 STATUS PÅ BESTILLING OG LEVERING AV FORVALTNINGSREVISJON OG EIERSKAPSKONTROLL

Vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen om status til orientering.

Behandling:

Nestleder i kontrollutvalget orienterte om saken.

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen om status til orientering.

SAK 37/25 STATUS PÅ OPPFØLGING AV GJENNOMFØRT FORVALTNINGSREVISJON OG EIERSKAPSKONTROLL

Vedtak:

Sekretariatet orienterte om saken.

Kontrollutvalget tar informasjonen om status til orientering.

Behandling:

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen om status til orientering.

SAK 38/25 KONTROLLUTVALGETS FORSLAG TIL BUDSJETT FOR KONTROLLARBEIDET I 2026

Vedtak:

Kontrollutvalget viser til utvalgets foreslåtte budsjett for kontrollarbeidet i Porsanger kommune for 2026 med en netto ramme på kr 1 591 681.

Med henvisning til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2 oversender kontrollutvalget budsjettforslaget til Porsanger kommunestyre med kopi til formannskapet.

Budsjettforslaget fra kontrollutvalget kan bare endres av kommunestyret. Grunnen til dette er at kontrollutvalget skal være fritt og uavhengig av de organene som utvalget skal kontrollere.

Behandling:

Nestleder i kontrollutvalget orienterte om saken.

Sekretariatet orienterte om saken.

Kontrollutvalget stilte spørsmål og drøftet saken.

Sekretariatets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget viser til utvalgets foreslåtte budsjett for kontrollarbeidet i Porsanger kommune for 2026 med en netto ramme på kr 1 591 681.

Med henvisning til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 2 oversender kontrollutvalget budsjettforslaget til Porsanger kommunestyre med kopi til formannskapet.

Budsjettforslaget fra kontrollutvalget kan bare endres av kommunestyret. Grunnen til dette er at kontrollutvalget skal være fritt og uavhengig av de organene som utvalget skal kontrollere.

SAK 39/25 REFERATSAKER - KU PORSANGER - MØTE 4-25

Følgende referatsaker foreligger til møtet:

1. Referatsak 10/25
Kontrollutvalgslederskolen 15.-16. oktober 2025

Vedtak:

Ett medlem i kontrollutvalget gis anledning til å delta på kontrollutvalgslederskolen del 3 såfremt kontrollutvalget har dekning i sitt budsjett for 2025.

Behandling:

Sekretariatet orienterte om saken.

Kontrollutvalget stilte spørsmål og drøftet saken.

Kontrollutvalget fremmet følgende omforente forslag til vedtak:

- *Ett medlem i kontrollutvalget gis anledning til å delta på kontrollutvalgslederskolen del 3 såfremt kontrollutvalget har dekning i sitt budsjett for 2025*

Enstemmig vedtatt.

Sekretariatets forslag til vedtak:

Referatsak 10/25 tas til orientering.

Møtet hevet kl. 11:05.

Katri-Helen Johansen / sign.
nestleder

Vetle Langedahl / sign.
medlem

Brit-Kirsti Sivertsen / sign.
medlem

Turid Wilhelmsen / sign.
varamedlem

Tom Øyvind Heitmann / sign.
rådgiver/sekretær



SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02318

Sak 43/25

HENVENDELSE TIL KONTROLLUTVALGET - KOMMUNAL SAKSBEHANDLING IFB. MED TILSYN AV PRIVATE AVLØPSANLEGG

Saksdokumenter:

- Epost med henvendelse fra innbygger – Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om kommunal saksbehandling ifb. med tilsyn av private avløpsanlegg datert 13. november 2025 (vedlagt)
Vedlegg til eposten:
 - 251111 Brev til KU (vedlagt)
 - Interpellasjon_Kommunal_saksbehandling_ifb_tilsyn_av_private_avl_psanlegg_38638_1_A_2603211 (vedlagt)
 - 251020 SV_Tilsyn_av_private_avl_psanlegg_i_Porsanger_kommune_40127_1_A_2607664 (vedlagt)
 - 251017 Tilsyn_av_private_avl_psanlegg_i_Porsanger_kommune_40126_1_A_2607664 (vedlagt)
- Epost med foreløpig svar til innbygger - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om kommunal saksbehandling ifb. med tilsyn av private avløpsanlegg, datert 20. november 2025 (vedlagt)
- Epost fra innbygger, datert 24. november 2025 (vedlagt)
- Epost med forespørsel til ordfører - samt svar fra ordfører, datert 27. november 2025 (vedlagt)
- Epost med invitasjon til kommunedirektør og ordfører om å orientere kontrollutvalget, datert 8. desember 2025 (vedlagt)
- Epost med invitasjon til innbygger om å orientere kontrollutvalget om henvendelsen, datert 8. desember 2025 (vedlagt)
- Rutiner for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget (ikke vedlagt):
Rutinene finnes her:
<https://kusek.no/porsanger-kommune/#41-492-sentrale-dokumenter-porsanger>



Sekretariatets forslag til vedtak:

Sekretariatet har ikke noe forslag til vedtak i denne saken.

Saksopplysninger:

Sekretariatet mottok fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp) epost med henvendelse, datert 13. november 2025. Henvendelsen gjelder kommunal saksbehandling i forbindelse med tilsyn av private avløpsanlegg. Vedlagt henvendelsen er det fire vedlegg, herunder brev til kontrollutvalget.

Sekretariatet sendte foreløpig svar til avsender av henvendelsen den 20. november 2025.

Ifølge henvendelsen har innbygger (kommunestyremedlem for Frp) lagt til grunn at ordfører hadde oversendt henvendelse til kontrollutvalget om tema i henvendelsen. Dette som følge av en interpellasjon om temaet i kommunestyret. Sekretariatet har imidlertid ikke mottatt henvendelse fra ordfører, og sendte derfor en forespørsel om dette til ordfører. I epost (datert 27.11.2025) til sekretariatet svarer ordfører at ordfører «*skal ta en gjennomgang med interpellanten før [ordfører] sender henvendelsen slik at den bli dekkende*». Sekretariatet har ikke mottatt noen oversendelse fra ordfører per 8. desember 2025.

Leder i kontrollutvalget har ved godkjenning av sakliste besluttet at denne henvendelsen skal være sak på møte i kontrollutvalget 16. desember 2025.

Sekretariatet har invitert kommunedirektør og ordfører til møtet i kontrollutvalget for å orientere utvalget i sakens anledning, samt mulighet til å svare på eventuelle spørsmål fra kontrollutvalget.

Sekretariatet har – for sakens opplysning – også invitert innbygger til å orientere om henvendelsen. Det er imidlertid kontrollutvalget som beslutter om innbyggeren skal gis mulighet til å orientere utvalget i møtet eller ikke.

Sekretariatet viser for øvrig til den vedlagte henvendelsen med vedlegg.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet har per i dag ikke noe forslag til vedtak i denne saken, men kan bidra med forslag til vedtak på grunnlag av det som måtte framkomme i kontrollutvalgets møte.

Sekretariatet viser til kontrollutvalgets vedtatte rutiner for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget. Sekretariatet vurderer at henvendelsen tar opp tema og forhold som hører under kontrollutvalgets mandat.

Kontrollutvalgets handlingsalternativer kan være:

- a. Kontrollutvalget vurderer at dette ikke er en sak som kontrollutvalget vil følge opp og tar henvendelsen til orientering. Saken avsluttes.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

- b. Kontrollutvalget vedtar å følge opp henvendelsen ved å be om mer informasjon. Utvalget kan for eksempel be kommunedirektøren om å gi informasjon i neste møte. Utvalget kan også be sekretariatet om å hente inn mer informasjon.
- c. Kontrollutvalget vedtar å følge opp henvendelsen med en kontrollhandling. Eksempler på kontrollhandlinger er som følger:
 - Informasjonsinnhenting
 - Orienteringer (skriftlig og/eller muntlig)
 - Høring
 - Undersøkelse (forvaltningsrevisjon, gransking, eierskapskontroll etc.)

Dersom kontrollutvalget mener at henvendelsen dreier seg om et saksfelt som utvalget bør se nærmere på, må kontrollutvalget vurdere følgende:

- Tilsier en risiko- og vesentlighetsvurdering at utvalget skal bruke ressurser på saken, nå eller senere?
- Hvilken kontrollaktivitet er det mest hensiktsmessig å iverksette dersom det skal gjennomføres en kontroll?
- Skal den aktuelle henvendelsen brukes direkte i selve kontrollen eller skal den brukes indirekte til å indikere risikoen på et område?

Kontrollutvalget må i tillegg vurdere om utvalget har ressurser til å følge opp den aktuelle henvendelsen/problemstillingen.

Stig-Ronny Nilsen

From: Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>
Sent: 13 November 2025 11:28
To: Tom Øyvind Heitmann <tom.oyvind.heitmann@kusek.no>; langedahl@gmail.com; Katri Helen Johansen Pors FrP <katrihelenj@gmail.com>
Subject: Private avløp- tilleggsinfo (KU)
Attachments: 251111 Brev til KU.pdf; 251017 Tilsyn_av_private_avl_psanlegg_i_Porsanger_kommune_40126_1_A_2607664.pdf; 251020 SV_Tilsyn_av_private_avl_psanlegg_i_Porsanger_kommune_40127_1_A_2607664.pdf; 251017 Interpellasjon_Kommunal_saksbehandling_ifb_tilsyn_av_private_avl_psanlegg_38638_1_A_2603211.pdf

Til kontrollutvalget i Porsanger;

Det er bebudet at saken om private avløp skal til kontrollutvalget etter KST vedtak, hvor ordfører skal sende den over. Jeg ser behov for å komme med tilleggsutlysninger, særlig etter at administrasjonen har kontaktet Statsforvalter og spurt og vridd om hva saken egentlig dreier seg om.

Se vedleggene.

--

Mvh

Stig-Ronny Nilsen

Porsanger FrP, leder.

Tlf 92811499/ mail stig@nilsen.as

*Denne e-posten er kun ment for spesifisert mottaker. Dersom e-posten ved en feiltagelse skulle havne hos andre gjøres det oppmerksom på at innholdet er av privat karakter. De bes i så fall returnere til avsender med opplysning om feilforsendelsen, samt makulere mottatt e-post og alle vedlegg.
Bruk/ misbruk av slik informasjon i et slikt tilfelle kan være ulovlig.*

Til kontrollutvalget i Porsanger kommune

Gjelder KU-sak "Private avløp" som jeg ønsker å kommentere.

Porsanger kommune har satt igang et regime som kan se ut som det er innført ny forskrift. Derfor har vi fremmet en interpellasjon som ordfører ville sende over saken til KU.

Hovedspørsmålet vil være om kommunen har fulgt forvaltningsretten, eller fulgt forvaltningsretten feil eller galt. Kort oppsummert har EU innført et direktiv om langt strengere avløpsregime fra 2025, som skal være gjeldende fra 2040. Den er fortsatt ikke implementert i EØS, men regnes å være det i løpet av par år. Det kan også virke som det er noe uenighet i det som gjelder steder under 1000 innbyggere?

Forvaltningsretten skal gjerne ta hensyn til høyere rangerte lover, men denne er altså ikke implementert, og når den blir det så vil den være gjeldende fra 2040. Porsangers innbyggere har fått frister fra 7 måneder til par år slik jeg har fått tilbakemeldinger om. Om man i forvaltningsretten finner at nasjonale forskrifter (som er tilfellet vi følger nå) så bør det settes igang en prosess med overordnede. Det ble jo fremmet forslag til lokal forskrift, og denne skulle være strengere enn de nasjonale forskriftene, som jo heller ikke mulig å gjøre ihht forvaltningsretten. Forslaget til lokal forskrift ble stoppet, sammen med temaplanen. Temaplanen var forøvrig for å sette igang et regime som skulle gi administrasjonen mulighet å bruke ressurser dobbelt.

Hele denne saken begynner med at Statsforvalter påpeker at kommunen ikke har god nok rutine for tilsyn. Det kan nok godt hende? Porsanger bruker Fimil til tjenesten med privat avløp, som igjen kjøper denne tjenesten av en underleverandør. Underleverandøren utfører tømning, og foretar tilsyn, dette blir rapportert til Fimil. Der stopper det opp, det blir visstnok ikke vidererapportert til kommunen. Dermed kan SF ha rett til at kommunen ikke har gode nok tilsynsrutiner, men dette burde vært enkelt å ordne opp i. Derfor foreslo vi å stemme nei til Temaplanen og lokal forskrift som skulle legge opp til dobbel tilsyn etter vår vurdering, og det er ikke nødvendig. Etter temaplanen skulle de gå mye lengre enn nødvendig, som vil gjøre ekstra dyre gebyrer. Gebyrene økte for øvrig over 90% fra 2022 til 2024.

Når administrasjonen i et brev til SF datert 17.okt (Se vedlegg) spør om kommunen er lovpålagt å føre tilsyn, så er det ikke det saken gjelder. Det er ingen politikere som har benektet det. Spørsmålene er en avsporing fra det saken dreier seg om.

SF viser også til at det er kravene fra 2007 som gjelder, og som er i strid med det innbyggerne har fått beskjed om. Mange er svært fortvilte over vedtaket, som er forståelig.

I kulepunkt 4 fra SF viser de til det som vi har ment hele tiden, at Fimil kan rapportere til kommunen. Vi er uenig med administrasjonen i denne saken.

Mvh

Stig, Fred, Torgeir.

FrP kommunestyregruppa.

Tlf 92811499 Stig

Emne: Tilsyn av private avløpsanlegg i Porsanger kommune

Til: 'magnus.jakola-fjeld@statsforvalteren.no' <magnus.jakola-fjeld@statsforvalteren.no>

Sendt: 17.10.2025 09:47:00

Fra: Victor Gamst <victor.gamst@porsanger.kommune.no>

Takk for en fin telefonsamtale angående tilsyn av private avløpsanlegg i Porsanger kommune. I forbindelse med tilsyn av private avløpsanlegg har vi en del utfordringer i Porsanger kommune. Det hadde vært flott om du kan komme med et raskt svar, slik at vi kan fremlegge svaret fra Statsforvalter i kommunestyret den 30. oktober

Bakgrunn

Porsanger kommune fikk for om lag to år siden pålegg fra Statsforvalteren om å utarbeide en tilsynsplan for private avløpsanlegg. Kommunen fulgte opp pålegget og utarbeidet både en tilsynsplan og senere en temaplan for tilsyn av private avløpsanlegg. Temaplanen ble fremmet for kommunestyret for 1,5 år siden.

Etter forslag fra Fremskrittspartiet ble temaplanen forkastet. Begrunnelsen fra forslagsstiller var at et nei til temaplanen også skulle innebære at tilsyn med private avløpsanlegg skulle opphøre. Administrasjonen har gjentatte ganger presisert – i tråd med forurensningsloven og forurensningsforskriften – at kommunen har en lovpålagt plikt til å føre tilsyn med slike anlegg, uavhengig av om det foreligger en politisk vedtatt temaplan.

I tillegg til å forkaste temaplanen, vedtok kommunestyret også at kommunen ikke skulle ha en egen VA-plan.

Problemstilling

Kommunens administrasjon har ved flere anledninger (fire ganger i kommunestyremøter) redegjort for lovhjemmelen som pålegger kommunen å utføre tilsyn etter forurensningsforskriften og forurensningsloven. Til tross for dette fastholder representanter fra Porsanger FrP at tilsyn ikke skal gjennomføres uten politisk vedtak.

Dette har skapt usikkerhet i kommunen om hvordan tilsynsplikten skal ivaretas videre, og om et kommunestyre ved politisk flertall kan vedta å unnlate å utføre lovpålagt tilsyn.

Forespørsel

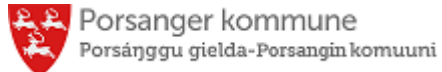
Porsanger kommune ber Statsforvalteren om en skriftlig vurdering og avklaring av følgende punkter:

1. Har kommunen en lovpålagt plikt til å føre tilsyn med private avløpsanlegg, uavhengig av politiske vedtak?
2. Kan et kommunestyre vedta å unnlate å føre slikt tilsyn?
3. Hvordan skal kommunen forholde seg dersom politiske vedtak strider mot lovpålagte plikter?
4. Kan Statsforvalteren gi en veiledning om hvordan kommunen bør organisere og dokumentere tilsynsarbeidet framover for å sikre etterlevelse av lovverket?

Med vennlig hilsen / Dearvuodaiguin / Ystävälissii tervheissii

Victor Gamst

Mob: 920 34 874



Tlf: 78 46 00 00

E-post: postmottak@porsanger.kommune.no

Postboks 400, Rådhuset, 9712 Lakselv

www.porsanger.kommune.no

Emne: SV: Tilsyn av private avløpsanlegg i Porsanger kommune

Kopi: Karlsen, Bjørn Arne <bjorn.karlsen@statsforvalteren.no>, Tennøy, Anne Birte <anne.birte.tennoy@statsforvalteren.no>

Til: Victor Gamst <victor.gamst@porsanger.kommune.no>

Sendt: 20.10.2025 08:52:43

Fra: Jakola-Fjeld, Magnus <magnus.jakola-fjeld@statsforvalteren.no>

Hei, jeg skal prøve å svare ut spørsmålene etter beste evne. Se svarene under (spørsmål i gult):

Porsanger kommune ber Statsforvalteren om en skriftlig vurdering og avklaring av følgende punkter:

1. Har kommunen en lovpålagt plikt til å føre tilsyn med private avløpsanlegg, uavhengig av politiske vedtak?

Kommunen skal gjennomføre tilsyn med private avløpsanlegg. Kommunen skal kartlegge og følge opp utslipp fra avløpsanlegg som de er myndighet for.

Kommunen skal:

- gi pålegg om tiltak for anlegg som ikke overholder rensekrav gitt i tillatelser etter 1.1.2007
- sette i verk tiltak for å sørge for at utslipp etablert før 1.1.2007 blir renset i tråd med rensekravene i forurensningsforskriften kapittel 12 og 13

Gjennomføring av tilsyn ved utslipp krever motivasjon for oppgaven både politisk og i administrasjonen.

- Kommunens ansvar som forurensningsmyndighet på avløp etter forurensningsforskriften kap. 12 og 13:

- Forurensningsforskriften kapittel 12. *Krav til utslipp av sanitært avløpsvann fra bolighus, hytter og lignende:*

Kommunen har en plikt til å føre tilsyn med at utslipp i kommunen er i samsvar med krav i forskriften og i utslippstillatelser, jf. forurensningsforskriften § 12-2 og forurensningsloven § 48.

Forurensningsmyndighet etter forurensningsforskriften kapittel 13. *Krav til utslipp av kommunalt avløpsvann fra mindre tettbebyggelser:*

Kommunen skal gjennomføre tilsyn, både på kommunale og private avløpsanlegg med utslipp likt og over 50 pe etter kapittel 13 i forurensningsloven og forurensningsloven § 48.

Tilsyn med avløpsanlegg fra mindre tettbebyggelser etter kapittel 13 inkluderer ledningsnett, pumpestasjoner, overløp og renseanlegg med utslippspunkt.

Se lenke til veileder for tilsyn med avløp – kommuneveilederen (Miljødirektoratet):

[Tilsyn med avløp - miljødirektoratet.no](#)

2. Kan et kommunestyre vedta å unnlate å føre slikt tilsyn?

Et kommunestyre kan ikke vedta å unnlate å gjøre en lovpålagt oppgave. Kommunestyret er ikke et fritt organ og kan ikke fatte vedtak som strider mot loven. Kommunestyret er bundet av lovpålagte oppgaver.

3. Hvordan skal kommunen forholde seg dersom politiske vedtak strider mot lovpålagte plikter?

For det første, så kan du vise til kommuneloven § 13-1 tredje og fjerde ledd:

Kommunedirektøren skal påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet. Utredningen skal gi et faktisk og rettslig grunnlag for å treffe vedtak.

Kommunedirektøren skal påse at vedtak som treffes av folkevalgte organer, blir iverksatt uten ugrunnet opphold. Hvis kommunedirektøren blir oppmerksom på faktiske eller rettslige forhold som har sentral betydning for iverksettingen av vedtaket, skal han eller hun gjøre det folkevalgte organet oppmerksom på dette på en egnet måte.

Her fremgår det at kommunedirektøren (administrasjonen) har plikt til å utrede saker forsvarlig, og gi et faktisk og *rettslig* grunnlag for å treffe vedtak. Hvis politikerne likevel treffer vedtak i strid med loven, så skal kommunedirektøren gjøre organet oppmerksom på det, om det har sentral betydning for iverksetting av vedtaket.

Hvis organet likevel treffer vedtak som strider mot loven, så kan Statsforvalteren gjennomføre lovlighetskontroller etter kapittel 27 (forutsatt at det ikke er klagerett over vedtaket, da kan vi også treffe vedtak etter fvl. § 35 på sektoren). Det skjer tidvis når kommunene avstår fra å forfølge ulovligheter etter plan- og bygningsloven.

Vi er jo likevel avhengige av å få saken inn til kontroll – eller i det minste få kjennskap til saken, noe som blant annet kan skje gjennom at **tre eller flere kommunestyrerepresentanter krever det**, eller **gjennom anmodning hit om å gjennomføre kontroll av eget tiltak**.

4. Kan Statsforvalteren gi en veiledning om hvordan kommunen bør organisere og dokumentere tilsynsarbeidet framover for å sikre etterlevelse av lovverket?

Kommunen kan gjennom registrering av anlegg og gjennomførte kontroller dokumentere sin etterlevelse av regelverket. En årlig rapport vil være tilstrekkelig for å synliggjøre hva som er gjort for å følge opp lovpålagte oppgaver.

Om det skulle være ting som er uklart eller du har behov for mer informasjon ol., så er det bare å ta kontakt så finner vi ut av det.

Med vennlig hilsen
Magnus Jakola-Fjeld
seniorrådgiver



Statsforvalteren i Troms og Finnmark

*Romssa ja Finnmárkku stáhtahálddašeaddji
Tromssan ja Finmarkun staatinhallittija*

Telefon: 78 95 03 49
E-post: magnus.jakola-fjeld@statsforvalteren.no
Web: www.statsforvalteren.no/tf

Fra: Victor Gamst <victor.gamst@porsanger.kommune.no>
Sendt: fredag 17. oktober 2025 09:47
Til: Jakola-Fjeld, Magnus <magnus.jakola-fjeld@statsforvalteren.no>
Emne: Tilsyn av private avløpsanlegg i Porsanger kommune

Takk for en fin telefonsamtale angående tilsyn av private avløpsanlegg i Porsanger kommune. I forbindelse med tilsyn av private avløpsanlegg har vi en del utfordringer i Porsanger kommune. Det hadde vært flott om du kan komme med et raskt svar, slik at vi kan fremlegge svaret fra Statsforvalter i kommunestyret den 30. oktober

Bakgrunn

Porsanger kommune fikk for om lag to år siden pålegg fra Statsforvalteren om å utarbeide en tilsynsplan for private avløpsanlegg. Kommunen fulgte opp pålegget og utarbeidet både en tilsynsplan og senere en temaplan for tilsyn av private avløpsanlegg. Temaplanen ble fremmet for kommunestyret for 1,5 år siden.

Etter forslag fra Fremskrittspartiet ble temaplanen forkastet. Begrunnelsen fra forslagsstiller var at et nei til temaplanen også skulle innebære at tilsyn med private avløpsanlegg skulle opphøre. Administrasjonen har gjentatte ganger presisert – i tråd med forurensningsloven og forurensningsforskriften – at kommunen har en lovpålagt plikt til å føre tilsyn med slike anlegg, uavhengig av om det foreligger en politisk vedtatt temaplan.

I tillegg til å forkaste temaplanen, vedtok kommunestyret også at kommunen ikke skulle ha en egen VA-plan.

Problemstilling

Kommunens administrasjon har ved flere anledninger (fire ganger i kommunestyremøter) redegjort for lovhjemmelen som pålegger kommunen å utføre tilsyn etter forurensningsforskriften og forurensningsloven. Til tross for dette fastholder representanter fra Porsanger FrP at tilsyn ikke skal gjennomføres uten politisk vedtak.

Dette har skapt usikkerhet i kommunen om hvordan tilsynsplikten skal ivaretas videre, og om et kommunestyre ved politisk flertall kan vedta å unnlate å utføre lovpålagt tilsyn.

Forespørsel

Porsanger kommune ber Statsforvalteren om en skriftlig vurdering og avklaring av følgende punkter:

1. Har kommunen en lovpålagt plikt til å føre tilsyn med private avløpsanlegg, uavhengig av politiske vedtak?
2. Kan et kommunestyre vedta å unnlate å føre slikt tilsyn?
3. Hvordan skal kommunen forholde seg dersom politiske vedtak strider mot lovpålagte plikter?
4. Kan Statsforvalteren gi en veiledning om hvordan kommunen bør organisere og dokumentere tilsynsarbeidet framover for å sikre etterlevelse av lovverket?

Med vennlig hilsen / Dearvuodaiguin / Ystävälissii tervheissii

Victor Gamst

Mob: 920 34 874



Porsanger kommune
Porsánggu gielda - Porsangin komuuni

Tlf: 78 46 00 00

E-post: postmottak@porsanger.kommune.no

Postboks 400, Rådhuset, 9712 Lakselv

www.porsanger.kommune.no



Porsanger kommune
Porsáŋgggu gieldda
Porsangin komuuni

Saksframlegg

Arkivreferanse: 25/1232 - Ugyldig flettefelt
Saksbehandler: Ann Helen Blix Mørland

Sakens gang

Utvalg	Saksnummer	Møtedato
Kommunestyret		

Interpellasjon - Kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg

Bakgrunn for saken

På vegne av Porsanger FrP sendte representant Fred Persen den 17.10.2025 inn interpellasjon.

Kommunestyrereglementet sier følgende om behandling av interpellasjoner:

21. Forespørsler med forslag til vedtak («interpellasjoner») Kommuneloven inneholder ikke noen bestemmelser om interpellasjoner. Kommunestyret i Porsanger åpner likevel for representanter kan sende inn prinsipielle spørsmål, der interpellanten fremmer et forslag i forbindelse med spørsmålet. Slike forslag blir enten vedtatt, eller sendt til annen kommunal instans for utgreiing og videre behandling. En forespørsel med forslag til vedtak fremmes skriftlig av en representant overfor ordfører minst 11 dager før kommunestyremøte. Det vanlige er at interpellasjonen settes opp på sakskartet til kommunestyret, og saksdokumentene legges ved innkallingen. Frist for publisering av saken er senest to dager før møte. Interpellant og svarer får ordet to ganger hver, taletid er begrenset til 3 minutter for hvert innlegg. Andre talere kan få ordet en gang hver, og deres taletid er begrenset til 2 minutter.

Den innsendte Interpellasjonen er følgende:

Porsanger kommune har vedtatt ny forskrift for private avløpsanlegg. Det er ca 1150 private avløp i kommunen, de fleste på øst og vest siden av fjorden der man ikke har kommunale avløp. Bakgrunnen er ny nasjonal forskrift basert på EUs vanndirektiv der formålet er å hindre forurensning av vannkildene våre hvor EUs direktiv skal være innfasert innen 2040. Foreløpige tall indikerer at ca halvparten av «våre» anleggene ikke tilfredsstiller de nye utslippskravene.

Etter FRP sitt syn brytes forvaltningslovens paragraf 44, all den tid kommunen ikke har

utstyr, kompetanse, eller har foretatt jordprøver og gjennomført bakterieflorakontroll for å avdekke om det ER forurensning eller IKKE er forurensning ut fra infiltrasjonsanlegget. Derneft mener FRP at saksbehandling bryter med grunnlovens paragraf 97 som sier at forskrifter ikke kan endres med tilbakevirkende kraft, da Porsanger kommune systematisk har vedtak på at tidligere godkjente infiltrasjonsanlegg basert på gjeldende plan og bygningslov på utbyggingstidspunkt ei lengre er godkjente pga den nye avløpsforskriftens krav som kommunestyret har vedtatt i 2024.

Basert på kommunens eget feltarbeid har administrasjonen fattet hundrevis av vedtak på at ulike private avløps og infiltrasjonsanlegg er ulovlige og må skiftes ut.

Porsanger Frp ber ordfører å avklare kommunestyret om ordfører trygg på at de systematisk kommunalt fattede vedtakene om ikke godkjente infiltrasjonsanlegg er forsvarlig saksbehandlet og dermed lovlig fattede vedtak?

Fra: Tom Øyvind Heitmann

Sendt: torsdag 20. november 2025 14.40

Til: 'Stig-Ronny Nilsen' <stig@nilsen.as>

Kopi: Robert Severin Pedersen <robertsev@yahoo.no>

Emne: Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om private avløp

Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om private avløp

Hei.

Vi viser til din henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune vedrørende private avløp, datert 13. november 2025.

Vi bekrefter med dette å ha mottatt din henvendelse.

I eposten skrives det at ordfører skal sende sak over til kontrollutvalget.

Sekretariatet har per i dag ikke mottatt noen henvendelse fra ordfører.

Vi kommer etter hvert til å gjøre en vurdering av din henvendelse, herunder om kontrollutvalgets sekretariat/kontrollutvalget er rette instans for videre behandling av henvendelsen/saken.

Vedlagt finner du kontrollutvalgets vedtatte rutiner for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget.

For nærmere informasjon om kontrollutvalgets oppgaver viser vi til følgende:

Kommuneloven - Kapittel 23. Kontrollutvalgets virksomhet:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>

Kontrollutvalgsboka:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kontrollutvalgsboka/id2893214/>

Veileder for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget:

<https://www.fkt.no/wp-content/uploads/2022/06/15.08.22-veileder-handtering-av-henvendelser-til-kontrollutvalget-.pdf>

Kontrollutvalget i Porsanger kommune:

<https://kusek.no/kontrollutvalgene/porsanger-kommune/>

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann

Seniorrådgiver

Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS

Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO

tom.oyvind.heitmann@kusek.no

Tlf: 918 72 937

Fra: Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>

Sendt: mandag 24. november 2025 08.52

Til: Tom Øyvind Heitmann <tom.oyvind.heitmann@kusek.no>; robertsev@yahoo.no

Kopi: Fred Willy Persen Pors FrP <fred@salgskonsult.no>

Emne: Re: Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om private avløp

Til KU;

Da ordfører ikke har summet seg og oversendt saken om private avløp til KU så gjør jeg det på vegne av han og KST, ref vedtak/ protokoll.

Her må man se på rettspraksis- fremgangsmåte. Vurderinger gjort i juridisk metode osv.

Har PK grunnlag for å innføre nye regler når det ikke finns politisk vedtak om det?

Jeg mener saken er grønt lys innenfor trafikklssystemet til KU, og håper dere vil følge den opp.

Vedtak fra KST 30.10.25

Saksframlegg

 [Interpellasjon - Kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg \(pdf, 63KB\)](#)



Slik ble saken behandlet i møtet

Interpellanten legger frem innsendt interpellasjon.

Ordfører svarer interpellasjonen følgende:

Ordfører vil først løfte utfordringen med bruk av begrep som kan oppleves belastende for saksbehandlere i kommunen. Her nevnes spesifikt bruk av begrepet «kloakkpoliti» som har versert i media. Ordfører anmoder kommunestyret med å være forsiktig med slik begrepsbruk som nødvendigvis oppleves som støtende for mange som utfører oppgaver på vegne av kommunen, og dermed kommunestyret i Porsanger.

Så til spørsmålet

Porsanger Frp ber ordfører å avklare kommunestyret om ordfører trygg på at de systematisk kommunalt fattede vedtakene om ikke godkjente infiltrasjonsanlegg er forsvarlig saksbehandlet og dermed lovlig fattede vedtak?

Ordfører har tillitt til kommunaldirektøren. Ordfører mener samtidig at det er viktig at det gis god rettleiding til innbyggere i alle saker slik at billigste løsning for tiltak kan anvendes. Ordfører har bedt kommunedirektør se på hvordan dette gjøres i forbindelse med private avløpsanlegg, særlig det med infiltrasjonsanlegg.

Ordfører har tillitt til at det ikke gjøres systematiske feil i saksbehandlingen. Det betyr ikke at det er en garanti for at dette ikke forekommer. For å sikre at slike feil kan avdekkes har vi en mulighet til å oversende bekymringsmeldinger fra befolkningen eller kommunestyret til kontrollutvalget.

Ordfører støtter at kontrollutvalget ser på denne saken.

Se vedlegg- interpellasjonen

Mvh

Stig-Ronny Nilsen

Tlf 92811488/ e-post stig@nilsen.as

Fra: Jo Inge Hesjevik <jo.inge.hesjevik@porsanger.kommune.no>

Sendt: torsdag 27. november 2025 14.21

Til: Tom Øyvind Heitmann <tom.oyvind.heitmann@kusek.no>

Kopi: Postmottak <postmottak@porsanger.kommune.no>; Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>;
Robert S. Pedersen <robertsev@yahoo.no>

Emne: Re: Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om private avløp

Hei, skal ta en gjennomgang med interpellanten før jeg sender henvendelsen slik at den bli dekkende.

Jo Inge Hesjevik

Sendt frå [Outlook for iOS](#)

Frå: Tom Øyvind Heitmann <tom.oyvind.heitmann@kusek.no>

Sendt: Wednesday, November 26, 2025 5:39:44 PM

Til: Jo Inge Hesjevik <jo.inge.hesjevik@porsanger.kommune.no>

Kopi: Postmottak <postmottak@porsanger.kommune.no>; Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>;
Robert S. Pedersen <robertsev@yahoo.no>

Emne: VS: Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om private avløp

Hei

Vi viser til epost fra Stig-Ronny Nilsen til kontrollutvalget, samt foreløpig svar nedenfor.

I eposten framgår det at ordfører skal sende sak til kontrollutvalget.

Er det slik å forstå at ordfører kommer til å gjøre det?

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann

Seniorrådgiver

Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS

Oarje-Finnmárkkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO

tom.oyvind.heitmann@kusek.no

Tlf: 918 72 937

Fra: Tom Øyvind Heitmann

Sendt: mandag 8. desember 2025 13.26

Til: linn.utsi@porsanger.kommune.no; Jo Inge Hesjevik <jo.inge.hesjevik@porsanger.kommune.no>

Kopi: Postmottak <postmottak@porsanger.kommune.no>; Robert Severin Pedersen <robertsev@yahoo.no>; Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>

Emne: Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp) – Kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg

Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp) – Kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg

Hei.

Vi viser til epost nedenfor med vedlegg, datert 13. november 2025.

Eposten med fire vedlegg er en henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp).

Henvendelsen gjelder kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg.

Som følge av dette inviteres kommunedirektør og ordfører til møte i kontrollutvalget for å orientere om de konkrete forhold som tas opp i henvendelsen, samt svare på eventuelle spørsmål fra kontrollutvalget.

Saken om denne henvendelsen vil være en av de første sakene på sakslisten.

Møtet finner sted tirsdag 16. desember 2025 kl. 10.00 på rådhuset i kommunestyresalen.

Kommunedirektør og ordfører vil rutinemessig motta innkallingen til møtet (med link til møtedokumentene) når den sendes ut.

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann

Seniorrådgiver

Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS

Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO

tom.oyvind.heitmann@kusek.no

Tlf: 918 72 937

Fra: Tom Øyvind Heitmann

Sendt: mandag 8. desember 2025 15.45

Til: Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>

Kopi: Robert Severin Pedersen <robertsev@yahoo.no>

Emne: Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget om kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg

Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget om kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg

Hei.

Vi viser til din epost med henvendelse til kontrollutvalget om kommunal saksbehandling ifb tilsyn av private avløpsanlegg, datert 13. november 2025.

Leder i kontrollutvalget har ved godkjenning av saksliste besluttet at denne henvendelsen skal være sak på møte i kontrollutvalget 16. desember 2025.

Sekretariatet har – for sakens opplysning – besluttet å invitere deg til å orientere kontrollutvalget om henvendelsen.

Det er imidlertid kontrollutvalget som beslutter om du skal gis mulighet til å orientere utvalget i møtet eller ikke.

Dette avgjøres i møtet.

Saken om denne henvendelsen vil være en av de første sakene på sakslisten.

Møtet finner sted tirsdag 16. desember 2025 kl. 10.00 på rådhuset i kommunestyresalen.

Du vil motta innkallingen til møtet (med link til møtedokumentene) når den sendes ut.

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann

Seniorrådgiver

Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS

Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO

tom.oyvind.heitmann@kusek.no

Tlf: 918 72 937



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02319

Sak 44/25

HENVENDELSE TIL KONTROLLUTVALGET - KOMMUNAL SAKSBEHANDLING IFB. MED MILJØAVDELINGENS TILSYN HOS PRIVATE OG BEDRIFTER

Saksdokumenter:

- Epost med henvendelse fra innbygger – Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om kommunal saksbehandling ifb. med miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter, datert 24. november 2025 (vedlagt)

Vedlegg til eposten:

- Interpellasjon_Kommunal_saksbehandling_ifb_milj_avdelingens_tilsyn_hos_private_og_bedrifter__38606_4_A_2603211 (vedlagt)
- Epost med foreløpig svar til innbygger - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om kommunal saksbehandling ifb. med miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter, datert 26. november 2025 (vedlagt)
- Epost med forespørsel til ordfører, datert 26. november 2025 (vedlagt)
- Epost med invitasjon til kommunedirektør og ordfører om å orientere kontrollutvalget, datert 8. desember 2025 (vedlagt)
- Epost med invitasjon til innbygger om å orientere kontrollutvalget om henvendelsen, datert 8. desember 2025 (vedlagt)
- Rutiner for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget (ikke vedlagt):
Rutinene finnes her:
<https://kusek.no/porsanger-kommune/#41-492-sentrale-dokumenter-porsanger>

Sekretariatets forslag til vedtak:

Sekretariatet har ikke noe forslag til vedtak i denne saken.



Saksopplysninger:

Sekretariatet mottok fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp) epost med henvendelse, datert 24. november 2025. Henvendelsen gjelder kommunal saksbehandling ifb. med miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter. Vedlagt henvendelsen er det ett vedlegg.

Sekretariatet sendte foreløpig svar til avsender av henvendelsen den 26. november 2025.

Ifølge henvendelsen har innbygger (kommunestyremedlem for Frp) lagt til grunn at ordfører hadde oversendt henvendelse til kontrollutvalget om tema i henvendelsen. Dette som følge av en interpellasjon om temaet i kommunestyret. Sekretariatet har imidlertid ikke mottatt henvendelse fra ordfører, og har derfor sendt en forespørsel om dette til ordfører. Ordfører har ikke svart på denne forespørselen direkte, men i epost (datert 27.11.2025) til sekretariatet svarer ordfører - i anledning en annen forespørsel - at ordfører «*skal ta en gjennomgang med interpellanten før [ordfører] sender henvendelsen slik at den bli dekkende*». Sekretariatet har ikke mottatt noen oversendelse fra ordfører per 8. desember 2025.

Leder i kontrollutvalget har ved godkjenning av sakliste besluttet at denne henvendelsen skal være sak på møte i kontrollutvalget 16. desember 2025.

Sekretariatet har invitert kommunedirektør og ordfører til møtet i kontrollutvalget for å orientere utvalget i sakens anledning, samt mulighet til å svare på eventuelle spørsmål fra kontrollutvalget.

Sekretariatet har – for sakens opplysning – også invitert innbygger til å orientere om henvendelsen. Det er imidlertid kontrollutvalget som beslutter om innbyggeren skal gis mulighet til å orientere utvalget i møtet eller ikke.

Sekretariatet viser for øvrig til den vedlagte henvendelsen med vedlegg.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet har per i dag ikke noe forslag til vedtak i denne saken, men kan bidra med forslag til vedtak på grunnlag av det som måtte framkomme i kontrollutvalgets møte.

Sekretariatet viser til kontrollutvalgets vedtatte rutiner for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget. Sekretariatet vurderer at henvendelsen tar opp tema og forhold som hører under kontrollutvalgets mandat.

Kontrollutvalgets handlingsalternativer kan være:

- a. Kontrollutvalget vurderer at dette ikke er en sak som kontrollutvalget vil følge opp og tar henvendelsen til orientering. Saken avsluttes.
- b. Kontrollutvalget vedtar å følge opp henvendelsen ved å be om mer informasjon. Utvalget kan for eksempel be kommunedirektøren om å gi informasjon i neste møte. Utvalget kan også be sekretariatet om å hente inn mer informasjon.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

- c. Kontrollutvalget vedtar å følge opp henvendelsen med en kontrollhandling.

Eksempler på kontrollhandlinger er som følger:

- Informasjonsinnhenting
- Orienteringer (skriftlig og/eller muntlig)
- Høring
- Undersøkelse (forvaltningsrevisjon, gransking, eierskapskontroll etc.)

Dersom kontrollutvalget mener at henvendelsen dreier seg om et saksfelt som utvalget bør se nærmere på, må kontrollutvalget vurdere følgende:

- Tilsier en risiko- og vesentlighetsvurdering at utvalget skal bruke ressurser på saken, nå eller senere?
- Hvilken kontrollaktivitet er det mest hensiktsmessig å iverksette dersom det skal gjennomføres en kontroll?
- Skal den aktuelle henvendelsen brukes direkte i selve kontrollen eller skal den brukes indirekte til å indikere risikoen på et område?

Kontrollutvalget må i tillegg vurdere om utvalget har ressurser til å følge opp den aktuelle henvendelsen/problemstillingen.

Stig-Ronny Nilsen

From: Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>
Sent: Monday, November 24, 2025 11:23 AM
To: Tom Øyvind Heitmann <tom.oyvind.heitmann@kusek.no>; robertsev@yahoo.no
Cc: Fred Willy Persen Pors FrP <fred@salgskonsult.no>
Subject: Sak nr 2 til KU- miljøavdelingens tilsyn
Attachments: Interpellasjon_Kommunal_saksbehandling_ifb_milj_avdelingens_tilsyn_hos_priv
ate_og_bedrifter__38606_4_A_2603211.pdf

Til KU,

Sak nr 2 fra KST 30.10.25 som skal til KU. (Hvis ikke ordfører har sendt inn denne, så sender jeg denne på vegne av KST og ordfører- jmfr vedtak/ protokoll.)

interpellasjon - **Kommunal saksbehandling ifb miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter**

Vi mener denne fyller grønt-lys prinsippet for behandling hos KU.

Vi stiller spørsmål ved vurdering i forvaltningsretten og juridisk metode når kommunens miljøavdeling vurderer at en bl.a stål- sneskufle og betongblander på privat eiendom utgjør vesentlig forurensningsfare. Vi er også kritiske til fremgangsmåten, behandling og frister som er satt.

Se forøvrig vedlegge interpellasjonen.

Vedtak fra KST 30.10.25

Saksframlegg

 [Interpellasjon - Kommunal saksbehandling ifb miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter \(pdf, 69KB\)](#)



Slik ble saken behandlet i møtet

Interpellanten legger frem innsendt interpellasjon.

Ordfører svarer interpellasjonen følgende:

Ordfører finner interpellasjon vanskelig å besvare. Den tar utgangspunkt i enkeltsaker der det er uklart om privatpersonene interpellasjon henviser til ønsker deres saker offentliggjort.

Ordfører vil samtidig uttrykke tillitt til kommunaldirektøren. Ordfører mener samtidig at det er viktig at det kan stilles spørsmål om saksbehandlingen i Porsanger kommune og etterprøve denne.

På generelt grunnlag er det lovpålagt oppgave for kommunen å kontrollere saker der innbyggere varsler om mulig forurensning, forsøpling eller brudd på miljøvernloven.

Om en mistenker det er gjort feil ved saksbehandling eller lovanvendelse er det normale er at de som for et vedtak klager dette inn til kommunen. En klage vil gi grunnlag for en etterprøvelse av enkeltvedtak.

Til det konkrete spørsmålet:

Porsanger Frp ber ordfører avklare kommunestyret om ordfører er trygg på at miljøavdelingens systematisk fattede vedtak ifb tilsyn hos både privatpersoner og bedrifter er forsvarlig saksbehandlet og dermed lovlig fattede vedtak?

Ordfører har tillitt til at det ikke gjøres systematiske feil i saksbehandlingen. Det betyr ikke at det er en garanti for at dette ikke forekommer. For å sikre at slike feil kan avdekkes har vi en mulighet til å oversende bekymringsmeldinger fra befolkningen eller kommunestyret til kontrollutvalget.

Ordfører støtter at kontrollutvalget ser på denne saken.

--

Mvh

Stig-Ronny Nilsen

Porsanger FrP, leder.

Tlf 92811499/ mail stig@nilsen.as

Denne e-posten er kun ment for spesifisert mottaker. Dersom e-posten ved en feiltagelse skulle havne hos andre gjøres det oppmerksom på at innholdet er av privat karakter. De bes i så fall returnere til avsender med opplysning om feilforsendelsen, samt makulere mottatt e-post og alle vedlegg.

Bruk/ misbruk av slik informasjon i et slikt tilfelle kan være ulovlig.



Porsanger kommune
Porsáŋggu gielda
Porsangin komuuni

Saksframlegg

Arkivreferanse: 25/1232 - Ugyldig flettefelt
Saksbehandler: Ann Helen Blix Mørland

Sakens gang

Utvalg	Saksnummer	Møtedato
Kommunestyret		

Interpellasjon - Kommunal saksbehandling ifb miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Bakgrunn for saken

På vegne av Porsanger FrP sendte representant Fred Persen den 17.10.2025 inn interpellasjon.

Kommunestyrerelementet sier følgende om behandling av interpellasjoner:

21. Forespørsler med forslag til vedtak («interpellasjoner») Kommuneloven inneholder ikke noen bestemmelser om interpellasjoner. Kommunestyret i Porsanger åpner likevel for representanter kan sende inn prinsipielle spørsmål, der interpellanten fremmer et forslag i forbindelse med spørsmålet. Slike forslag blir enten vedtatt, eller sendt til annen kommunal instans for utgreiing og videre behandling. En forespørsel med forslag til vedtak fremmes skriftlig av en representant overfor ordfører minst 11 dager før kommunestyremøte. Det vanlige er at interpellasjonen settes opp på sakskartet til kommunestyret, og saksdokumentene legges ved innkallingen. Frist for publisering av saken er senest to dager før møte. Interpellant og svarer får ordet to ganger hver, taletid er begrenset til 3 minutter for hvert innlegg. Andre talere kan få ordet en gang hver, og deres taletid er begrenset til 2 minutter.

Den innsendte Interpellasjonen er følgende:

Porsanger Kommunes miljøavdeling har iverksatt natur/miljø inspeksjoner hos både privatpersoner og bedrifter i Porsanger. Man bruker forurensingsloven i bunnen for mange av vedtakene som fattes, inspeksjonene gjøres nærmest i «skjul og hemmelighet.»

- Et av vedtakene sier bl.a. at en stål-snøskuffel plassert på en privat eiendom representerer en betydelig forurensningsfare for grunnvannet. Dette mener Frp er i strid med forvaltningslovens bestemmelser om forsvarlig saksbehandling.

- Et av vedtakene sier bl.a. at en ordinær betongblander på privat eiendom representerer en forurensningsfare. Dette mener Frp er i strid med forvaltningslovens bestemmelser om forsvarlig saksbehandling.
- Et annet av vedtakene sier bl.a. at fjerning av selje-trær inntil 50m fra Stabburselva er å fjerne flomskogmark som kommunen anser som strengt ulovlig for å beskytte gyte- og oppvekstområder for laks. Vel, i Stabburselva gyter ikke laksen under stabbursbrua nær der denne seljeskogen stod, men flere mil lengre oppe i vassdraget. Å ikke forholde seg til fakta i vedtak er i strid med forvaltningslovens bestemmelser om forsvarlig saksbehandling.

Frp har ikke tillit til administrasjonens saksbehandling i disse natur/miljø-sakene. Det kan skapes et inntrykk av at det brukes vikarierende argumenter i saksbehandlingen for å oppnå egne angivelig ønskede mål. Dette er i strid med forvaltningslovens paragraf 44. Vi ser på denne formen for saksbehandling som svært alvorlig og løfter derfor dette inn som sak på sakskartet som interpellasjon med anmodning om realitetsbehandling og videre prosess med kontrollutvalg.

Porsanger Frp ber ordfører avklare kommunestyret om ordfører er trygg på at miljøavdelingens systematisk fattede vedtak ifb tilsyn hos både privatpersoner og bedrifter er forsvarlig saksbehandlet og dermed lovlig fattede vedtak?

Fra: Tom Øyvind Heitmann

Sendt: onsdag 26. november 2025 17.31

Til: Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>

Kopi: Fred Willy Persen Pors FrP <fred@salgskonsult.no>; Robert Severin Pedersen <robertsev@yahoo.no>

Emne: Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om kommunal saksbehandling ifb. miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om kommunal saksbehandling ifb. miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Hei.

Vi viser til din henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune vedrørende kommunal saksbehandling ifb. miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter , datert 24. november 2025. Vi bekrefter med dette å ha mottatt din henvendelse.

I eposten skrives det at ordfører skal sende sak over til kontrollutvalget. Sekretariatet har per i dag ikke mottatt noen henvendelse fra ordfører.

Vi kommer etter hvert til å gjøre en vurdering av din henvendelse, herunder om kontrollutvalgets sekretariat/kontrollutvalget er rette instans for videre behandling av henvendelsen/saken.

Vedlagt finner du kontrollutvalgets vedtatte rutiner for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget.

For nærmere informasjon om kontrollutvalgets oppgaver viser vi til følgende:

Kommuneloven - Kapittel 23. Kontrollutvalgets virksomhet:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>

Kontrollutvalgsboka:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kontrollutvalsboka/id2893214/>

Veileder for håndtering av henvendelser til kontrollutvalget:

<https://www.fkt.no/wp-content/uploads/2022/06/15.08.22-veileder-handtering-av-henvendelser-til-kontrollutvalget-.pdf>

Kontrollutvalget i Porsanger kommune:

<https://kusek.no/kontrollutvalgene/porsanger-kommune/>

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann

Seniorrådgiver

Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS

Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO

tom.oyvind.heitmann@kusek.no

Tlf: 918 72 937

Fra: Tom Øyvind Heitmann

Sendt: onsdag 26. november 2025 17.37

Til: Jo Inge Hesjevik <jo.inge.hesjevik@porsanger.kommune.no>

Kopi: postmottak@porsanger.kommune.no; Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>; Robert Severin Pedersen <robertsev@yahoo.no>

Emne: VS: Foreløpig svar - Henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune om kommunal saksbehandling ifb. miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Hei

Vi viser til epost fra Stig-Ronny Nilsen til kontrollutvalget, samt foreløpig svar nedenfor.

I eposten framgår det at ordfører skal sende sak til kontrollutvalget.

Er det slik å forstå at ordfører kommer til å gjøre det?

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann

Seniorrådgiver

Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS

Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO

tom.oyvind.heitmann@kusek.no

Tlf: 918 72 937

Fra: Tom Øyvind Heitmann

Sendt: mandag 8. desember 2025 13.38

Til: Linn Carina Utsi <linn.utsi@porsanger.kommune.no>; jo.inge.hesjevik@porsanger.kommune.no

Kopi: Postmottak <postmottak@porsanger.kommune.no>; Robert Severin Pedersen
<robertsev@yahoo.no>; Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>

Emne: Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp) - Kommunal saksbehandling ifb. miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp) – Kommunal saksbehandling ifb. miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Hei.

Vi viser til epost nedenfor med vedlegg, datert 24. november 2025.

Eposten med ett vedlegg er en henvendelse til kontrollutvalget i Porsanger kommune fra innbygger (kommunestyremedlem for Frp).

Henvendelsen gjelder kommunal saksbehandling ifb. miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter.

Som følge av dette inviteres kommunedirektør og ordfører til møte i kontrollutvalget for å orientere om de konkrete forhold som tas opp i henvendelsen, samt svare på eventuelle spørsmål fra kontrollutvalget.

Saken om denne henvendelsen vil være en av de første sakene på saklisten.

Møtet finner sted tirsdag 16. desember 2025 kl. 10.00 på rådhuset i kommunestyresalen.

Kommunedirektør og ordfører vil rutinemessig motta innkallingen til møtet (med link til møtedokumentene) når den sendes ut.

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann

Seniorrådgiver

Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS

Oarje-Finnmárkkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO

tom.oyvind.heitmann@kusek.no

Tlf: 918 72 937

Tom Øyvind Heitmann

From: Tom Øyvind Heitmann </O=EXCHANGELABS/OU=EXCHANGE ADMINISTRATIVE GROUP (FYDIBOHF23SPDLT)/CN=RECIPIENTS/CN=4BE4040B1C194C49859834D9D236FF53-TOM.OYVIND.>
Sent: 08 December 2025 17:17
To: Stig-Ronny Nilsen <stig@nilsen.as>
Cc: Robert Severin Pedersen <robertsev@yahoo.no>
Subject: Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget om kommunal saksbehandling ifb. med miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Invitasjon til å orientere kontrollutvalget i Porsanger kommune ifb. med henvendelse til kontrollutvalget om kommunal saksbehandling ifb. med miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter

Hei.

Vi viser til din epost med henvendelse til kontrollutvalget om kommunal saksbehandling ifb. med miljøavdelingens tilsyn hos private og bedrifter.

Leder i kontrollutvalget har ved godkjenning av saksliste besluttet at denne henvendelsen skal være sak på møte i kontrollutvalget 16. desember 2025.

Sekretariatet har – for sakens opplysning – besluttet å invitere deg til å orientere kontrollutvalget om henvendelsen.

Det er imidlertid kontrollutvalget som beslutter om du skal gis mulighet til å orientere utvalget i møtet eller ikke.

Dette avgjøres i møtet.

Saken om denne henvendelsen vil være en av de første sakene på sakslisten.

Møtet finner sted tirsdag 16. desember 2025 kl. 10.00 på rådhuset i kommunestyresalen.

Du vil motta innkallingen til møtet (med link til møtedokumentene) når den sendes ut.

Med vennlig hilsen



Tom Øyvind Heitmann
Seniorrådgiver
Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotte Cállingoddi SGO
tom.oyvind.heitmann@kusek.no
Tlf: 918 72 937



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02320

Sak 45/25

REVISJONSSTRATEGI - REGNSKAPSÅRET 2025 - PORSANGER KOMMUNE

Saksdokumenter:

- Revisjonsstrategi og risikovurdering for forenklet etterlevelseskontroll – regnskapsåret 2025 Porsanger kommune (vedlagt)

Sekretariatets forslag til vedtak:

Revisjonsstrategien for Porsanger kommune for regnskapsåret 2025 tas til orientering.

Saksopplysninger:

Kontrollutvalget har ut fra forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 3 et selvstendig ansvar for å påse at kommunens årsregnskap blir revidert på en betryggende måte, herunder holde seg løpende orientert om revisjonsarbeidet og påse at dette foregår i samsvar med de bestemmelser som følger av lov og forskrift.

Det framgår av revisjonsstandarden ISA 300 «Planlegging av revisjon av et regnskap» at revisor skal utarbeide en plan for hvordan revisjonen skal gjennomføres. Revisjonsplanen skal bygge på en overordnet revisjonsstrategi som beskriver revisjonens formål og omfang, når revisjonen skal utføres og hvilken angrepsvinkel den skal ha. Revisjonsplan og – strategi skal være basert på en vurdering av risiko og vesentlighet.

Formålet med overordnet revisjonsstrategi er å dokumentere tilstrekkelige og effektive revisjonshandlinger i forbindelse med regnskapsrevisjon. Revisjonen legger frem den overordnede revisjonsstrategien for Porsanger kommune i denne saken.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet foreslår at kontrollutvalget tar revisjonsstrategien for Porsanger kommune for regnskapsåret 2025 til orientering.

Revisjon 2025

Kontrollutvalgsmøte 15.12.2025
Porsanger kommune

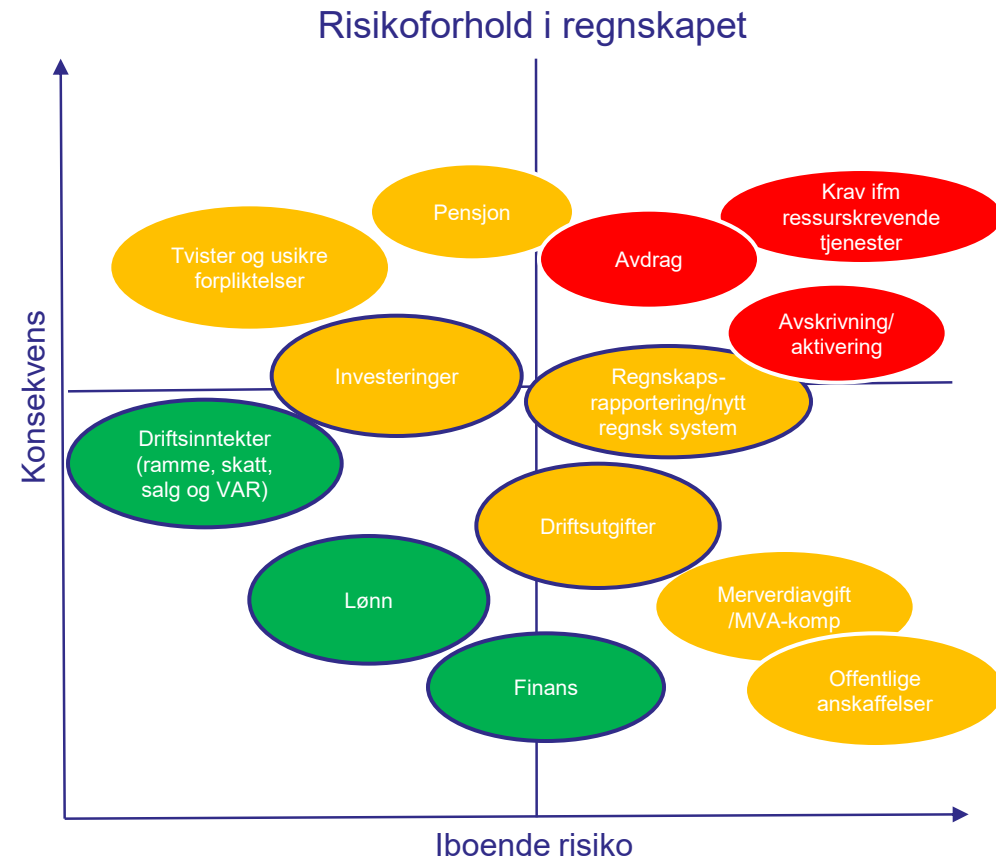
Saker til møtet

- Revisjonsstrategi/revisjonsplan 2025
- Forenklet etterlevelseskontroll – risiko og vesentlighetsvurdering 2025

***Porsanger kommune –
Revisjonsstrategi 2025***

Vi skaper trygghet

Revisjonsstrategi – Porsanger kommune



Vesentlige risikoforhold

- Risikokartet oppsummerer forhold som vi vurderer at krever økt oppmerksomhet i vår revisjon
- De «røde» risikoforholdene er tema med høy iboende risiko og store beløp. Iboende risiko vurderes høy ved
 - Stor grad av skjønn
 - Ikke rutinemessige transaksjoner
 - Komplekse transaksjoner/regler
- Risiko relatert til engangshendelser vil vurderes løpende med hensyn vesentlighet og revisjonstilnærming

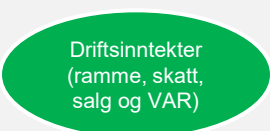
Revisjonsstrategi – Porsanger kommune, forts.

Risiko	Beskrivelse	Revisjonsstrategi
	➤ Manuelt beregnet krav med høy risiko for feil	Vi foretar substanskontroll, dvs gjennomgår alle vesentlige forutsetninger og beregninger som ligger til grunn for kravet
	➤ Minimumsavdrag skal foretas iht kommunelov og bygger på driftsmidler ib, årets avskrivning og gjeld per 1.1. i regnskapsåret	➤ Foretar gjennomgang av kommunens beregning av årets minimumsavdrag ➤ Se nedenfor vedr gjennomgang av avskrivninger
	➤ Avskrivning følger av hvilke avskrivningsgruppe de ulike driftsmidler aktiveres i ➤ Aktivering og valg av avskrivningsgruppe påvirker derfor minimumsavdrag og driftsresultat ➤ Feil her påvirker derfor minimumsavdrag og derfor driftsresultatet	➤ Gjennomgang av retningslinjer for aktivering og allokering til avskrivningsgrupper ➤ Tester anskaffelser og valg av avskrivningsgruppe
	➤ Risiko knyttet til at dette foretas en gang per år ➤ Erfaring hos personell ➤ Tilstrekkelig personell ➤ Overgang nytt regnskapssystem (hovedsakelig 2024)	➤ Kartlegger etablerte prosesser og kontroller ➤ Vurderer kontrollmiljø ➤ Vurderer kompetanse hos de involverte ➤ Substanskontroll av regnskapet, disponeringer, noter osv ➤ Gjennomgang av status og utfordringer ifm overgang til nytt system (hovedsakelig 2024).

Revisjonsstrategi – Porsanger kommune, forts.

Risiko	Beskrivelse	Revisjonsstrategi
 Investeringer	➤ Risiko knyttet til feil behandling av transaksjoner ift drift vs investering pga feil eller misligheter ➤ Ny investeringsprosjekt – risiko for at kommunen bla ikke får med alle poster som lønn samt miste momskomp	➤ Gjennomgang og vurdering av rutiner for aktivering ➤ Substanskontroller av aktiverte beløp ➤ Kontrollerer opp mot kommunestyrevedtak
 Driftsutgifter	➤ Risiko for misligheter og ikke reelle innkjøp ➤ Risiko for feil periodisering - både mellom periodene og mellom årene	➤ Kartlegger og forespør endring av rutiner ➤ Test av bilag ifm mva/mva-komp ➤ Test av alle bilag ift to godkjennerne (attestant og anviser) ➤ Vurderer å sende leverandørforespørsler for å få bekreftet lev gjeld
 Tvister og usikre forpliktelser	➤ Risiko for at økonomiavdelingen ikke har oversikt og dermed ikke foretar avsetning og/eller gir tilstrekkelige noteopplysninger	➤ Følger opp med direkte henvendelse til ledelsen i kommunen ➤ Kan vurdere kontakt med eksterne advokater ➤ Gjennomgår alle saker i k-styret, formannskap mv frem til avleggelse av regnskapet i juni året etter regnskapsåret
 Pensjon	➤ Komplisert beregning, vanskelig å avdekke feil ➤ Risiko for feil ifm datagrunnlaget fra kommunen da det er en del turnover	➤ Vi foretar substanskontroll, dvs gjennomgår alle vesentlige forutsetninger og beregninger som ligger til grunn for bokført kostnad, premieavvik og pensjonsforpliktelse ➤ Vurderer rutine og foretar eventuelt test av medlemsmassen

Revisjonsstrategi – Porsanger kommune, forts.

Risiko	Beskrivelse	Revisjonsstrategi
 Offentlige anskaffelser	➤ Vanskelig regelverk gir risiko for at kommunen ikke klarer å overholde regelverket ➤ Risiko for at kommunen må betalt inntil 15 % i gebyr av anskaffelsesbeløpet dersom feil	➤ Holder oss orientert om endring i rutiner og prosesser ➤ Forespør ledelsen mht hvorvidt kommunen er klaget inn for KOFA med tilhørende vurdering av risiko for gebyr
 Merverdiavgift /MVA-komp (ordinær)	➤ Risiko for feil mva vs mva-kompensasjon ➤ Risiko for tap er ikke egentlig fokus for revisor, men vi ser på dette også	➤ Foretar detaljtester og avgir egen bekreftelse hver mva-termin på momskompensasjon
 Driftsinntekter (ramme, skatt, salg og VAR)	➤ Lav risiko for feil – få og enkle transaksjoner samt stabil utvikling (ramme, skatt mv) ➤ Salgsinntekter av mindre betydning ➤ Risiko for feil periodisering - både mellom periodene og mellom årene	➤ Rammeinntekter og skatt kontrolleres mot eksterne bekreftelser fra departementet, IMDI, Havbruksfond mv ➤ VAR – gjennomgår rutiner for beregning av VAR og foretar analyser ➤ Salgsinntekter revideres i hovedsak gjennom analyser ➤ Foretar test av riktig periodisering per årsslutt

Revisjonsstrategi – Porsanger kommune, forts.

Risiko	Beskrivelse	Revisjonsstrategi
Lønn	➤ Mange ansatte, en del rotasjon, overtid og turnusordning - øker risiko for feil ➤ Men det benyttes gjerne eget lønnssystem (velkjent system, tilgangskontroll og øvrige IT-tekniske kontroller)	➤ Gjennomgår rutiner og prosesser, gjennomgår endringer ➤ Vurderer om vi kan foreta test av kontrollene som foretas før utbetaling ➤ Gjennomgår periodisering av variabel lønn
Finans	➤ Enkle rutinepregede transaksjoner som ofte er enkle å avstemme mot ekstern dokumentasjon ➤ Unntaksvis vesentlige og uvanlige finanstransaksjoner	➤ Gjennomgang av rutiner og prosesser ➤ Kontroll av transaksjoner og balanseposter mot ekstern dokumentasjon



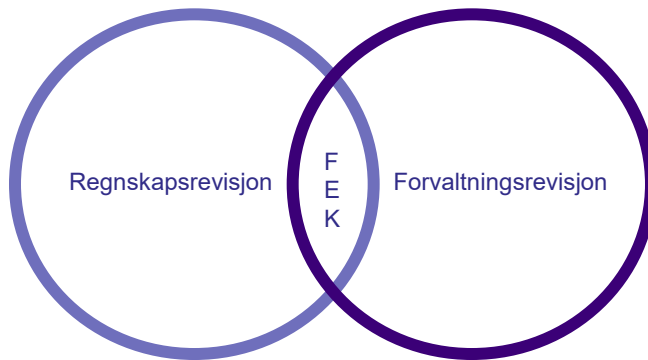
Forenklet etterlevelseskontroll – risiko for vesentlighetsvurdering 2025

Vi skaper trygghet

Etterlevelsesk kontroll (FEK)

§ 24-9. Forenklet etterlevelsesk kontroll med økonomiforvaltningen

Regnskapsrevisor skal **se etter** om kommunens eller fylkeskommunens økonomiforvaltning i **hovedsak** foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak.



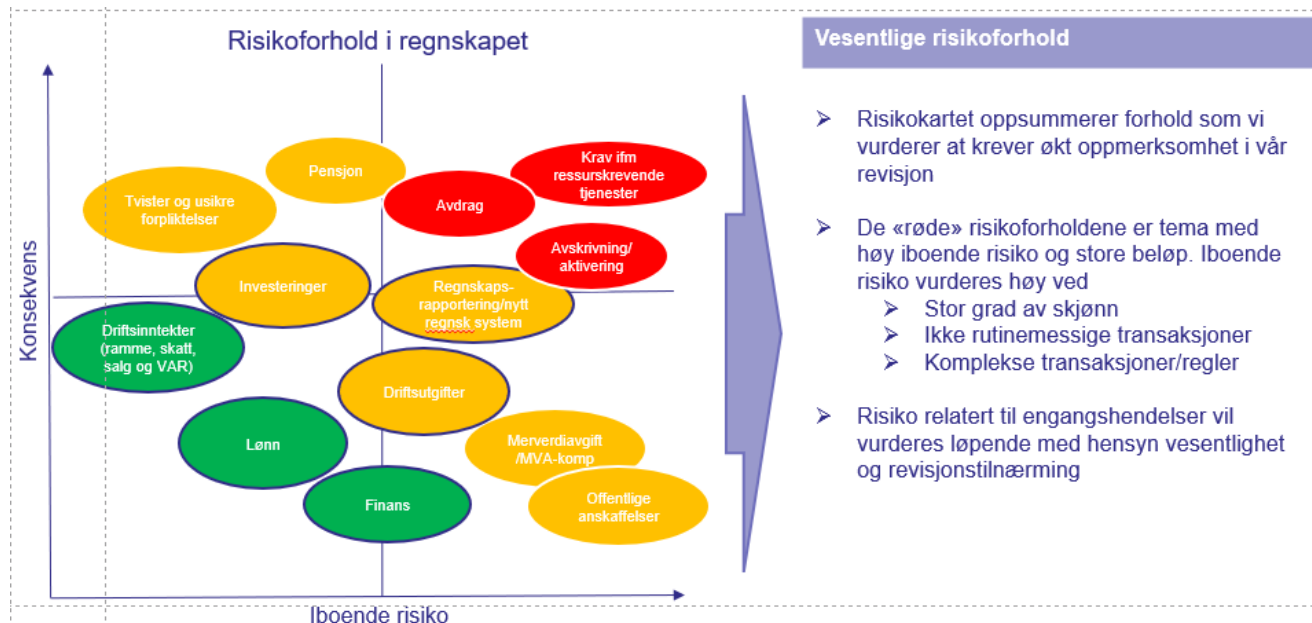
Sentrale begreper

- Begrenset ressursbruk
- Moderat sikkerhet
- Kvantitativ vesentlighet
- Kvalitativ vesentlighet

Etterlevelsesk kontroll (FEK)

Overordnet risikovurdering danner utgangspunkt for utvelgelse av området for FEK ifm årets revisjon

- 2025: Ikke valgt ut
- 2024: Finansforvaltning – finansreglement og rapportering
- 2023: Selvkost Vann og avløp
- 2022: Kontrollert om oppstillingene i årsregnskapet er presentert iht § 5-4 til § 5-6 i økonomiforskriften
- 2021: Ikke utført





Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02321

Sak 46/25

FORENKLET ETTERLEVELSESKONTROLL - REGNSKAPSÅRET 2025 - RISIKO- OG VESENTLIGHETSVURDERING

Saksdokumenter:

- Revisjonsstrategi og risikovurdering for forenklet etterlevelseskontroll – regnskapsåret 2025 Porsanger kommune (vedlagt i sak 45/25)

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget viser til revisors risiko- og vesentlighetsvurdering som er gjort i forbindelse med forenklet etterlevelseskontroll for regnskapsåret 2025.

Kontrollutvalget tar revisjonens risiko- og vesentlighetsvurdering til orientering.

Saksopplysninger:

I kommuneloven § 24-9 stilles det krav om at kommunens regnskapsrevisor skal se etter om kommunens økonomiforvaltning i hovedsak foregår i samsvar med bestemmelser og vedtak. Dette kravet inngår implisitt også som en naturlig del av kontrollutvalgets påse-ansvar overfor revisjonen og kommuneforvaltningen.

Revisor skal basere oppgaven på en risiko- og vesentlighetsvurdering, som skal legges fram for kontrollutvalget.

Forenklet etterlevelseskontroll skal bygge på RSK 301 «Standard for forenklet etterlevelseskontroll av økonomiforvaltningen». I denne standarden står det blant annet følgende om risiko- og vesentlighetsvurdering:

7. Revisor velger ut områder for kontroll basert på en risiko- og vesentlighetsvurdering. Revisor skal i sin planlegging identifisere områder i økonomiforvaltningen der det er størst behov for at bestemmelser og vedtak følges og en vurdering av hvilke konsekvenser brudd på

bestemmelser og vedtak kan få. Det er kommunen som juridisk enhet slik den fremstår i samlet regnskap for kommunen som er vurderingsenheten jf. kommunelovens § 14-6 d) 10. Revisors risiko- og vesentlighetsvurderinger skal legges frem for kontrollutvalget til orientering. Ved presentasjon av valgt(e) område(r) for etterlevelseskonsroll må revisor være tydelig i beskrivelsen av kriterier, og tydelig avgrense hva som skal kontrolleres.

I vedlegg til standarden er metoden for risiko- og vesentlighetsvurdering presentert grafisk og skjematisk. Det framgår her at en risiko- og vesentlighetsvurdering innebærer å plassere de ulike områdene i en av tre soner (grønn, gul eller rød) avhengig av sannsynlighet for at feil inntreffer og konsekvensen hvis det skjer. Kategoriseringen er presentert slik:

Sannsynlighet	Konsekvens/vesentlighet				
	Ubetydelige konsekvenser	Mindre alvorlige konsekvenser	Alvorlige konsekvenser	Meget alvorlige konsekvenser	Svært alvorlige konsekvenser
Svært sannsynlig					
Meget sannsynlig					
Sannsynlig					
Lite sannsynlig					
Usannsynlig					

I vedlagte dokument fra revisor redegjør revisjonen for den risiko- og vesentlighetsvurdering som er gjort i forbindelse med valg av område det skal gjøres forenklet etterlevelseskonsroll av for regnskapsåret 2025.

I risiko- og vesentlighetsvurderingen redegjør revisor for områder som revisor vurderer at krever økt oppmerksomhet fra revisor. I dokumentet framgår det at revisor på nåværende tidspunkt ikke ha valgt ut et konkret område som skal være gjenstand for forenklet etterlevelseskonsroll.

Sekretariatets vurderinger:

Sekretariatet viser til revisors risiko- og vesentlighetsvurdering som er gjort i forbindelse med forenklet etterlevelseskonsroll for regnskapsåret 2025.

Sekretariatet foreslår at kontrollutvalget tar revisjonens risiko- og vesentlighetsvurdering til orientering.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02322

Sak 47/25

STATUS PÅ OPPFØLGING AV GJENNOMFØRT FORVALTNINGSREVISJON OG EIERSKAPSKONTROLL

Saksdokumenter:

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget tar informasjonen om status til orientering.

Saksopplysninger:

Sekretariatet orienterer om status i møtet.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet foreslår at kontrollutvalget tar informasjonen om status til orientering.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02323

Sak 48/25

RAPPORT ETTER FORVALTNINGSREVISJON – HELSE, PLEIE OG OMSORG

Saksdokumenter:

- Rapport etter forvaltningsrevisjon – Helse, pleie og omsorg, KomRev Nord IKS, datert 2. desember 2025 (vedlagt)
- Kontrollutvalgets vedtak om bestilling av rapport etter forvaltningsrevisjon «Helse, pleie og omsorg» – sak 20/25 i møte 13. mai 2025 (ikke vedlagt)
- Kontrollutvalgets vedtak om oppstart av forvaltningsrevisjon/bestilling av prosjektskisse «Helse, pleie og omsorg» - sak 9/25 i møte 13. mars 2025 (ikke vedlagt)
- Overordnet prosjektskisse – Forvaltningsrevisjon - «Helse, pleie og omsorg», KomRev Nord IKS (ikke vedlagt)
- Plan for forvaltningsrevisjon 2025 - 2028 – Porsanger kommune (ikke vedlagt)

Sekretariatets forslag til vedtak/innstilling til kommunestyret:

Kontrollutvalget viser til rapporten «Helse, pleie og omsorg» utarbeidet av kommunens revisjon. Kontrollutvalget tar opplysningene og konklusjonene i rapporten til orientering.

Kontrollutvalget oversender sak om rapporten til kommunestyret med følgende innstilling:

Kommunestyret viser til sak fra kontrollutvalget om forvaltningsrevisjonsrapporten «Helse, pleie og omsorg». Kommunestyret tar opplysningene og konklusjonene i rapporten til orientering og slutter seg til anbefalingene som gis i den.

Kommunestyret ber kommunedirektøren sørge for oppfølging av rapportens anbefalinger med bakgrunn i de funn som er gjort i undersøkelsen. Dette gjelder følgende tiltak:

a) Vedrørende Porstun bo- og servicesenter:

- *Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter*

- *Vurderer om tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter bør beskrives nærmere*
- *Sørger for at vedtak oppdateres i henhold til de faktiske tjenester som utøves*
- *Klargjør hvem som har det overordnede ansvaret for oversikt over og oppfølging av venteliste for langtidsplass i sykehjem*

b) Vedrørende styring og kvalitet i sykehjemstjenesten:

- *Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porsanger helsetun*
- *Videreutvikler sitt styringssystem for Porsanger helsetun og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:*
 - *Beskrivelse av ansattes ansvar og oppgaver*
 - *Oppdatert tjenestebeskrivelse*
 - *Systematisk innhenting av pasienters- og/eller pårørendes tilbakemeldinger*
 - *Oversikt over ansattes kompetanse*
 - *Helhetlig system for rutiner og kvalitetsarbeid*
 - *Å bruke kunnskap fra avviksrapportering i forbedringsarbeidet*
 - *Rutine for risikovurdering*
- *Evaluerer styringssystemet for Porsanger helsetun jevnlig*

Saksopplysninger:

Bakgrunn

Bakgrunnen for denne forvaltningsrevisjonen er Plan for forvaltningsrevisjon 2025–2028, vedtatt av kommunestyret i Porsanger kommune.

Kontrollutvalget vedtok oppstart av denne forvaltningsrevisjonen, samt bestilling av prosjektskisse fra revisjonen i sak 9/25 i møte 13. mars 2025. Kontrollutvalget vedtok da følgende to hovedproblemstillinger for denne forvaltningsrevisjonen.

1. Blir Porstun benyttet i tråd intensjonen?
2. Leverer kommunen sykehjemsplasser i henhold til regelverket?

Kontrollutvalget behandlet prosjektskisse fra revisjonen i sak 20/25 i møte 13. mai 2025. Kontrollutvalget slutte seg til opplysningene og anbefalingene i revisors utkast til prosjektskisse for denne forvaltningsrevisjonen. Kontrollutvalget vedtok følgende to hovedproblemstillinger for denne forvaltningsrevisjonen:

1. Blir Porstun benyttet i tråd intensjonen?
2. Har Porsanger kommune dokumenterte systemer og rutiner skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Kontrollutvalget vedtok også at utvalget forutsetter at denne forvaltningsrevisjonen gjennomføres innenfor en timeramme på maksimalt 250 timer, samt at det legges til grunn at ferdig rapport fra forvaltningsrevisjonen oversendes kontrollutvalget v/sekretariatet innen 1. desember 2025.

Problemstillinger

I rapporten framgår det at hovedproblemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen har vært følgende:

1. Blir Porstun bo- og servicesenter benyttet i tråd med intensjonen?
2. Har Porsanger kommune dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Revisors funn og konklusjoner

I rapporten konkluderer revisjonen med følgende når det gjelder de to hovedproblemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen:

1. Blir Porstun bo- og servicesenter benyttet i tråd med intensjonen?

«Det foreligger ingen formulering av overordnede mål eller intensjoner for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter. Kommunen har ikke hatt en gjeldende helse- og omsorgsplan på mange år, og det er ikke utarbeidet virksomhetsplan for Porstun bo- og servicesenter. Intensjonene for tjenestetilbudet på individnivå framgår av den enkelte brukers vedtak. Ut fra muntlige opplysninger, framgår det som kommuneadministrasjonen har en omforent forståelse av hvilket tjenestetilbud som skal gis ved Porstun bo- og servicesenter, og det framstår for revisor at omsorgsboligene blir benyttet i henhold til de beskrevne intensjonene. Revisor vurderer det som en mangel at intensjonene med Porstun bo- og servicesenter i liten grad er dokumenterte og tilgjengelige for kommunens innbyggere.

Vi har fått opplyst at det ikke foreligger nedfelte rutiner for systematisk og regelmessig vurdering av brukernes behov, men det forventes at disse vurderingene gjøres i den daglige oppfølgingen av brukerne. Vurderingene skal dokumenteres i journalsystemet Gerica, og 34 brukernes behov drøftes i ukentlige møter i hjemmetjenesten. Ved endring i tjenester oppdateres den enkelte brukers tiltaksplan i Gerica. Kommunen opplyser selv at det er en svakhet at tjenestene som framgår av vedtaket ikke alltid er oppdatert i samsvar med tiltaksplan. Fagkonsulent og leder for hjemmetjenesten opplyser at det nylig er innført som rutine at ADLvurdering skal gjennomføres for alle brukerne minimum to ganger i året.

Opplysningene vi har fått fra fagkonsulent, avdelingsleder og helse- og omsorgsleder tilsier ulike oppfatninger av hvorvidt kommunen har en venteliste for langtidsopphold i sykehjem. Ut fra opplysningene vi har fått, vurderer vi at kommunen i praksis fører observasjonsliste og følger med på søkerens behovsutvikling. Det er en svakhet at helse- og omsorgsleders ansvar for å følge opp observasjonslisten ikke er avklart.»

2. Har Porsanger kommune dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

«Revisors samlede konklusjon på problemstilling 2 er at Porsanger kommune til dels har dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.»

Revisors anbefalinger

I rapporten framgår det at revisjonen anbefaler følgende:

«Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konklusjon på problemstilling 1 anbefaler vi at Porsanger kommune:

- *Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter*
- *Vurderer om tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter bør beskrives nærmere*
- *Sørger for at vedtak oppdateres i henhold til de faktiske tjenester som utøves*
- *Klargjør hvem som har det overordnede ansvaret for oversikt over og oppfølging av venteliste for langtidsplass i sykehjem*

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

- *Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porsanger helsetun*
- *Videreutvikler sitt styringssystem for Porsanger helsetun og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:*
 - *Beskrivelse av ansattes ansvar og oppgaver*
 - *Oppdatert tjenestebeskrivelse*
 - *Systematisk innhenting av pasienters- og/eller pårørendes tilbakemeldinger*
 - *Oversikt over ansattes kompetanse*
 - *Helhetlig system for rutiner og kvalitetsarbeid*
 - *Å bruke kunnskap fra avviksrapportering i forbedringsarbeidet*
 - *Rutine for risikovurdering*
- *Evaluere styringssystemet for Porsanger helsetun jevnlig»*

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatets vurderinger tar blant annet utgangspunkt i krav i lov og forskrift samt faglige krav til forvaltningsrevisjon slik disse framgår av god kommunal revisjonsskikk – i dette tilfellet RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, fastsatt av styret i Norges kommunerevisorforbund (NKRF), heretter forkortet RSK 001.

Sekretariatets vurderinger tar også utgangspunkt i kontrollutvalgets vedtak om bestilling av denne forvaltningsrevisjonen.

Bestilling og problemstillinger

Sekretariatet viser til RSK 001 punkt 4 der det sies at revisor skal gjennomføre oppdraget i forvaltningsrevisjon i samsvar med kontrollutvalgets vedtak. Ved behov for å endre vedtatte avgrensninger skal dette tas opp med kontrollutvalget.

Sekretariatet vurderer det slik at rapporten «Helse, pleie og omsorg» er i tråd med problemstillingene som ble vedtatt av kontrollutvalget.

Sekretariatet anser at revisjonen har svart på problemstillingene.

Avgrensning

Sekretariatet vurderer det slik at avgrensningen av den gjennomførte undersøkelse er i samsvar med det som ble lagt til grunn ved kontrollutvalgets vedtak om bestilling av rapport.

Revisjonskriterier

I RSK 001 punkt 14 sies det at revisor med utgangspunkt i problemstillingen(e) skal utlede revisjonskriterier for hver forvaltningsrevisjon. I rapporten framgår det at revisor har utledet revisjonskriterier.

I NKRFs kommentarer til dette kravet sies det at å utlede kriterier innebærer at revisor må beskrive eller gjengi kildene til kriteriene og vise en logisk sammenheng mellom kildene og det endelige kriteriet. Dette framgår av rapporten.

Konklusjoner i rapporten

I RSK 001 framgår det at revisor på bakgrunn av sine vurderinger skal konkludere på problemstillingen(e). Rapporten viser at revisor har gjort dette.

Vedrørende revisjonens anbefalinger

I RSK 001 punkt 23 sies det at revisor skal gi anbefalinger når det er hensiktsmessig med bakgrunn i data, vurdering(er) og konklusjon(er), men at revisor likevel ikke skal anbefale detaljerte løsninger. I rapporten har revisor funnet det hensiktsmessig å komme med anbefalinger. Sekretariatet tilrår kontrollutvalget å gjøre kommunestyret oppmerksom på disse anbefalingene i sin innstilling til kommunestyret.

Vedrørende revisjonens dokumentasjon-Mislighet

I RSK 001 punkt 30 sies det at revisor skal dokumentere forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter. Dette skal dokumenteres særskilt med angivelse av hva revisor har foretatt seg. Det samme gjelder dersom undersøkelsene avdekker åpenbare brudd på annet regelverk enn det som inngår i revisjonen.

I rapporten har revisor ikke funnet grunnlag for å dokumentere særskilt forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter.

Kontradiksjon

I henhold til krav i lov, forskrift og god kommunal revisjonsskikk (RSK 001) skal revisor sende et utkast til forvaltningsrevisjonsrapport til uttalelse til kommunedirektøren. I rapporten framgår det at revisor har gjort dette.

Vedrørende revisors uavhengighet

I RSK 001 punkt 3 framgår det at revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver. Det framgår videre at vurdering av uavhengighet må dokumenteres for hver forvaltningsrevisjon. Det framgår også at uavhengighet må vurderes gjennom hele forvaltningsrevisjonen. Det framgår videre at oppdragsansvarlig revisor skal sørge for at alle som utfører oppgaver i forvaltningsrevisjonen ivaretar kravet om uavhengighet. I NKRF sine kommentarer til dette punktet i RSK 001 sies det at kravet om uavhengighet og objektivitet må gjøres gjeldende for enhver som utfører revisjonsoppdrag for en kommune, samt at dette for innleide rådgivere/konsulenter må sikres gjennom avtale.

Det opplyses i rapportens forord at revisjonen før igangsetting av forvaltningsrevisjonen og ved gjennomføring av undersøkelsen har vurdert sin uavhengighet overfor Porsanger kommune, jf.

kommunelovens § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Revisjonen opplyser videre at de ikke kjenner til forhold som er egnet til å svekke tilliten til deres uavhengighet og objektivitet til det arbeidet som har blitt gjort.

Ressursbruk

Timebudsjettet for denne revisjonen var angitt i den overordnede prosjektskissen til 250 timer. Revisor har ikke meldt om avvik i forhold til dette. Med forbehold legger derfor sekretariatet til grunn at revisor har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen innenfor timerammen for denne forvaltningsrevisjonen.

Leveringstid

Kontrollutvalget vedtok bestilling av rapport i sak 20/25 i møte 13. mai 2025, og særutskrift av utvalgets vedtak ble oversendt revisjonen 26. juni 2025. I vedtak i sak om behandling av revisjonens prosjektskisse legger kontrollutvalget til grunn at ferdig rapport fra forvaltningsrevisjonen oversendes kontrollutvalget v/sekretariatet innen 1. desember 2025. Revisjonen leverte rapporten 2. desember 2025, noe som er i tråd med den vedtatte fristen.

FORVALTNINGSREVISJON

Helse, pleie og omsorg

Porstun bo- og servicesenter og Porsanger helsetun

Porsanger kommune

Porsáŋgggu gielda

Porsangin komuuni

Forord

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

Vi takker Porsanger kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø/Bodø, 02.12.2025

Astrid Indrebø

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Ingunn Aronsen Brenna

Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

Denne forvaltningsrevisjonen omhandler pleie- og omsorgstjenester i Porsanger kommune, og følgende to problemstillinger er undersøkt:

- 1. Blir Porstun bo- og servicesenter benyttet i tråd med intensjonen?*
- 2. Har Porsanger kommune dokumenterte systemer og rutiner skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*

Pleie- og omsorgstjenestene utføres i hovedsak av hjemmetjenesten og sykeavdelingen i Porsanger kommune. Hjemmetjenesten og sykeavdelingen har hver sin virksomhetsleder, og helse- og omsorgsleder er virksomhetsledernes nærmeste overordnede. Omsorgsboliger tilbys ved Porstun bo- og servicesenter, som har 36 døgnbemannede hybler organisert under hjemmetjenesten. Porsanger kommune har til sammen 28 institusjonsplasser ved sykeavdelingen på Porsanger helsetun. Av disse er 23 langtidsplasser, fire korttidsplasser og to sykestueplasser/ KAD- plasser (Kommunal akutt døgnenhet).

Våre konklusjoner på problemstillingene er som følger:

1. Det foreligger ingen formulering av overordnede mål eller intensjoner for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter. Kommunen har ikke hatt en gjeldende helse- og omsorgsplan på mange år, og det er ikke utarbeidet virksomhetsplan for Porstun bo- og servicesenter. Intensjonene for tjenestetilbudet på individnivå framgår av den enkelte brukers vedtak. Ut fra muntlige opplysninger, framgår det som kommuneadministrasjonen har en omforent forståelse av hvilket tjenestetilbud som skal gis ved Porstun bo- og servicesenter, og det framstår for revisor at omsorgsboligene blir benyttet i henhold til de beskrevne intensjonene. Revisor vurderer det som en mangel at de overordnede intensjonene med Porstun bo- og servicesenter i liten grad er dokumenterte og tilgjengelige for kommunens innbyggere.
2. Porsanger kommune har til dels dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

Nærmere om problemstilling 1 – omsorgsboliger

Pasienter eller brukere har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom det etter en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre vedkommende nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e. Pasienten eller brukeren skal i disse tilfellene tildeles opphold og kan ikke settes på venteliste. Kommunen har tilsvarende en plikt til å tilby de aktuelle pasientene opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd. Helsedirektoratet uttaler at med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt¹.

Porsanger kommune vedtok 12.10.17 *Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister* (heretter:

¹ Rundskriv, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, Helsedirektoratet sist endret 08.05.25

forskriften) i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd. Forskriften inneholder kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem, og omfatter også pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men der kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften regulerer også hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold. Kommunen skal føre venteliste (også kalt observasjonsliste) for brukere eller pasienter som venter på langtidsopphold, og skal fatte vedtak dersom brukere eller pasienter blir satt på ventelisten.

Ut fra beskrivelsene vi har fått muntlig fra helse- og omsorgsleder, legger vi til grunn at omsorgsboligene ved Porstun bo- og servicesenter bo- og servicesenter er å anse som bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, tilsvarende beskrivelsen i kommunens forskrift.

Vi har fått opplyst at det ikke foreligger nedfelte rutiner for systematisk og regelmessig vurdering av brukernes behov, men det forventes at disse vurderingene gjøres i den daglige oppfølgingen av brukerne. Vurderingene skal dokumenteres i journalsystemet GERICA, og brukernes behov drøftes i ukentlige møter i hjemmetjenesten. Ved endring i tjenester oppdateres den enkelte brukers tiltaksplan i GERICA. Kommunen opplyser selv at det er en svakhet at tjenestene som framgår av vedtaket ikke alltid er oppdatert i samsvar med tiltaksplan. Fagkonsulent og leder for hjemmetjenesten opplyser at det nylig er innført som rutine at ADL-vurdering skal gjennomføres for alle brukerne minimum to ganger i året.

Opplysningene vi har fått fra fagkonsulent, avdelingsleder og helse- og omsorgsleder tilsier ulike oppfatninger av hvorvidt kommunen har hatt en venteliste for langtidsopphold i sykehjem. Vi har fått opplyst at inntaksteamet har innført ny praksis høsten 2025 slik at alle søkere som oppfyller kriteriene for langtidsplass settes på venteliste, uavhengig av hvilken tjenesteform vedkommende allerede mottar. Vi vurderer det imidlertid som en svakhet at helse- og omsorgsleders ansvar for å følge opp observasjonslisten ikke er avklart.

Problemstilling 2 - Langtidsplass i sykehjem

Kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester framgår av helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter. Kommunens overordnede ansvar på dette området 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 forskrift². Kommunen skal ha et styringssystem i henhold til krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 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 kommunen selv vurderer er nødvendig. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

En utfyllende oppsummering av funn og vurderinger som ligger til grunn for problemstilling 2 er i rapportens kapittel 6.7, mens vi nedenfor gjengir sentrale funn og vurderinger.

Porsanger kommune har ikke utarbeidet sentrale styringsdokumenter innenfor helse og omsorg, utover forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister. Det er ikke fastsatt mål for sykeavdelingen i forskriften, og det er ikke utarbeidet virksomhetsplan. I tildelingskriteriene fremgår det indirekte informasjon om hvilket tjenestetilbud sykeavdelingen er ment å gi. Det er

² Helse- og omsorgstjenesteloen § 3-1

utarbeidet en tjenestebeskrivelse for langtidsopphold i institusjon der det framgår at langtidsopphold i institusjon er for personer som har et omfattende bistandsbehov av et omfang som ikke kan ivaretas ved hjelpe- eller tilsynsbesøk fra hjemmetjenesten, og trenger pleie og stell gjennom hele døgnet.

Vi finner ikke at kommunen har foretatt en helhetlig vurdering av hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for sykehjemstjenesten, og hvordan dette skal dokumenteres. Kommunen har selv vist til at det foreligger en del rutiner, men at disse er fragmenterte, og det er ønskelig med et mer overordnet kvalitetssystem.

Revisor har vurdert at Porsanger kommune **til dels** har oppfylt revisjonskriteriene om å *planlegge, gjennomføre og korrigere sykeavdelingens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Når det gjelder å *evaluere* sykeavdelingens aktiviteter, vurderer revisor at kommunen **i liten grad** har oppfylt revisjonskriteriet.

Det er ikke utarbeidet klare beskrivelser av mål for sykehjemstjenesten. Organisering, ansvar og oppgaver framstår klart for de ansatte vi har snakket med, men er i liten grad dokumentert. Sykeavdelingen benytter prosedyresystemet VAR Healthcare og har utarbeidet egne rutiner på enkelte områder. VAR oppdateres fortløpende fra leverandør, mens det ikke er rutine for systematisk gjennomgang og oppdatering av de lokale rutinene som finnes i perm på vaktrommet. Avdelingen har legemiddelgjennomgang med tilsynslege, farmasøyt og sykepleier to ganger i året, i tillegg gjennomfører farmasøyt årlig systemrevisjon av rutiner for legemiddelhåndtering.

Leder for sykeavdelingen opplyser at hun følger med på den daglige driften i avdelingen gjennom morgenmøter, personalmøter og i dialog med de ansatte. Kommunen har på et overordnet nivå kunnskap om virksomheten og driften gjennom rapportering mellom leder for sykeavdelingen og helse- og omsorgsleder, både muntlig og gjennom Framsikt.

Porsanger helsetun fører oversikt over de ansatte og deres grunnkompetanse. Det er ikke foretatt kompetansekartlegging de siste årene, og det føres ikke oversikt over videreutdanning, kursing og lignende. Kommunen har utarbeidet en kompetansehevsingsplan for helse og omsorg som samlet enhet.

Kommuneadministrasjonen oppgir at det ikke er gjennomført brukerundersøkelser innenfor helse og omsorg de siste årene. Helse- og omsorgsleder opplyser at kommunen nylig har ansatt en pårørende koordinator for hele helse- og omsorgsfeltet, og det er opprettet et administrativt brukerutvalg for institusjons- og hjemmetjenester.

Kommunen har innført Compilo som avvikssystem, og de ansatte ved sykeavdelingen bruker systemet og melder avvik på ulike områder. Enkeltavvik håndteres og følges opp, men verken helse- og omsorgsleder eller leder for sykeavdelingen har rutine for å hente ut oversiktsrapporter fra Compilo for å bruke kunnskapen samlet i forbedringsarbeidet. Det er ikke fortatt dokumenterte risikovurderinger knyttet til driften ved sykeavdelingen, utover når det gjelder HMS. Vi finner derfor ikke at kommunen har gjort en overordnet vurdering av områder i sykehjemstjenesten der det kan være fare for brudd på krav til forsvarlighet eller pasientsikkerhet. Etter revisors vurdering framstår det som svikt korrigeres når den oppstår, eller påpekes utenfra, i tilknytning til enkelthendelser. Det er imidlertid ingen systematikk i arbeidet med kvalitetsforbedring, basert på risikoanalyse.

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

- Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter
- Vurderer om tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter bør beskrives nærmere
- Sørger for at vedtak oppdateres i henhold til de faktiske tjenester som utøves
- Klargjør hvem som har det overordnede ansvaret for oversikt over og oppfølging av venteliste for langtidsplass i sykehjem

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

- Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porsanger helsetun
- Videreutvikler sitt styringssystem for Porsanger helsetun og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:
 - o Beskrivelse av ansattes ansvar og oppgaver
 - o Oppdatert tjenestebeskrivelse
 - o Systematisk innhenting av pasienters- og/eller pårørendes tilbakemeldinger
 - o Oversikt over ansattes kompetanse
 - o Helhetlig system for rutiner og kvalitetsarbeid
 - o Å bruke kunnskap fra avviksrapportering i forbedringsarbeidet
 - o Rutine for risikovurdering
- Evaluere styringssystemet for Porsanger helsetun jevnlig

Innhold

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	8
1.1 Bakgrunn og bestilling	8
1.2 Pleie og omsorgstjenestene i Porsanger kommune	8
2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	9
2.1 Problemstillinger	9
2.2 Kilder for utledning av revisjonskriterier	9
2.3 Revisjonskriterier.....	9
2.3.1 Problemstilling 1 - Porstun bo- og servicesenter bo- og miljøsentert.....	9
2.3.2 Problemstilling 2 – Styringssystem for sykeavdelingen	12
3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENŚING	15
3.1 Metode og datamateriale	15
3.2 Gyldighet og pålitelighet.....	15
3.3 Avgrensninger.....	16
4 FELLES OM PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN	17
4.1 Organisering og ansvar	17
4.2 Overordnede planer og mål	17
4.2.1 Omstillingsplan.....	18
4.2.2 �konomiplan 2025-2028 og eldrereformen	18
5 PORSTUN BO- OG SERVICESENTER	20
5.1 Beskrivelser av hjemmetjenesten og Porstun bo- og servicesenter.....	20
5.1.1 �rsrapport	20
5.1.2 Tjenestebeskrivelse hjemmesykepleie.....	20
5.1.3 Opplæring for nyansatte i hjemmetjenesten	21
5.1.4 Muntlige beskrivelser av målgruppe og tjenestetilbud	22
5.1.5 Informasjon til brukere og pårørende	24
5.2 Vurdering av behov	25
5.2.1 Inntaksteam	25
5.2.2 Tildelingskriterier og kartlegging.....	26
5.2.3 Rutiner for systematisk og regelmessig vurdering	27
5.3 Oppfølging av observasjonsliste	29
5.4 Revisors vurderinger	31
5.5 Konklusjon.....	33
6 STYRING OG KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTEN	35
6.1 Føringer for tjenestetilbudet.....	35
6.1.1 Tjenestebeskrivelse sykeavdelingen.....	35
6.1.2 Tildelingskriterier	35
6.1.3 Organisering av sykeavdelingen	36
6.2 Ansvar og oppgaver	37
6.2.1 Helse- og omsorgsleder.....	37
6.2.2 Avdelingsleder for sykeavdelingen	37
6.2.3 Nestleder sykeavdelingen	37
6.2.4 Fagkonsulent helse og omsorg.....	37
6.3 Rutiner og prosedyrer.....	38
6.4 Kunnskap om virksomheten og risikovurdering	39
6.4.1 Oversikt over virksomheten	39
6.4.2 Rapportering	40
6.4.3 Avvik og klager	41

6.4.4.	Risikovurdering.....	42
6.5	Kompetanse og opplæring.....	44
6.5.1	Bemanning og rekruttering	45
6.5.2	Kompetansehevingsplan helse og omsorg.....	46
6.5.3	Opplæring av nyansatte	47
6.6	Medvirkning fra brukere og ansatte.....	47
6.6.1	Pårørendekoordinator	47
6.6.2	Brukerutvalg for institusjons- og hjemmetjenester	47
6.6.3	Ansattes medvirkning.....	48
6.7	Revisors vurderinger	48
6.8	Konklusjon.....	51
7	ANBEFALINGER	52
8	UTTALELSE	53
9	REFERANSER	54

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og bestilling

Kontrollutvalget i Porsanger kommune vedtok i sak 9/25 den 13.02.25 å bestille forvaltningsrevisjon innenfor helse, pleie og omsorg. Dette temaet er oppført som første prioritet i vedtatt plan for forvaltningsrevisjon for Porsanger kommune. Revisors overordnede prosjektskisse ble vedtatt i sak 20/25 den 13.05.25. I kontrollutvalgets bestilling framgår det at formålet med forvaltningsrevisjonen er å bidra til å sikre at kommunen tilbyr sykehjemstjeneste som er kvalitetsmessig i tråd med gjeldende lover, forskrifter og anbefalinger på området. Videre er formålet å få undersøkt om Porstun bo- og servicesenter blir benyttet slik intensjonen er med omsorgsboligene.

1.2 Pleie og omsorgstjenestene i Porsanger kommune

Porsanger kommune tilbyr omsorgsboliger ved Porstun bo- og servicesenter, som har 36 døgnbemannede hybler. Porstun bo- og servicesenter er organisert under hjemmetjenesten. En del av hyblene er tilpasset to beboere, dersom par ønsker å bo sammen. Kommunen har åtte omsorgsboliger utenom Porstun bo- og servicesenter, disse er ikke døgnbemannet.

Porsanger kommune har til sammen 28 institusjonsplasser ved sykeavdelingen på Porsanger helsetun. Av disse er 23 langtidsplasser, fire korttidsplasser og to sykestueplasser/ KAD- plasser (Kommunal akutt døgnenhet). Åtte av plassene er skjermede plasser. Sykeavdelingen har også ansvar for legevakt utenom kontortiden. Kommunen kjøper i tillegg 10 institusjonsplasser ved Solbrått aldershjem, som drives av en privat stiftelse. I kommunens årsmelding for 2024 beskrives det at samarbeidet om brukerne og planleggingen av tjenestetilbudet ved Solbrått fungerer godt.

Ved Trekløveren tilbyr kommunen døgnbemannede omsorgsboliger til brukere med utviklingshemming og psykiske lidelser.

I perioden 2022-2024 var antall sykehjemsbeboere relativt stabilt, mens det har vært en forholdsvis stor økning av brukere i hjemmetjenesten. Ut fra tallene i kommunens KOSTRA³ rapportering utgjør økningen av antall brukere i hjemmetjenesten rundt 18 %:

Tabell 1: Antall tjenestemottakere for sykehjem og hjemmetjenesten:

Institusjon – sykehjemsbeboere			Hjemmetjenester – brukere i alt		
2022	2023	2024	2022	2023	2024
33	36	35	254	261	299

Kilde: SS/KOSTRA

Andelen brukere og beboere med omfattende bistandsbehov i samme periode har ifølge KOSTRA-rapporteringen vært relativt stabil både i sykehjems- og hjemmetjenesten:

Tabell 2: Brukere og beboere med omfattende bistandsbehov:

	2022	2023	2024
Institusjon	36	32	32
Hjemmetjeneste	34	31	36
Totalt	71	63	67

Kilde: SSB/KOSTRA

³ Kommune-Stat-Rapportering er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. *Blir Porstun bo- og servicesenter benyttet i tråd med intensjonen?*
2. *Har Porsanger kommune dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?*

Problemstilling 2 innebærer undersøkelse av om kommunen har etablert et styringssystem som skal bidra til å sikre kvalitet i sykehjemstjenestene, i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer. Styringssystemet er de aktiviteter, systemer og prosesser som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at den oppfyller krav i regelverket⁴.

2.2 Kilder for utledning av revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes opp mot. Revisjonskriterier utledes fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det aktuelle området. De relevante kildene for utledning av revisjonskriterier i denne forvaltningsrevisjonen er:

- Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 02. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, publisert 17. februar 2017, oppdatert 29. oktober 2018
- Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, rundskriv fra Helsedirektoratet (sist endret 08.05.25)
- Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister, Porsanger kommune, Finnmark, ikrafttredelse 2. oktober 2017

2.3 Revisjonskriterier

2.3.1 Problemstilling 1 - Porstun bo- og servicesenter

Porsanger kommune har ikke definert intensjonene for Porstun bo- og servicesenter i egne planer, og det har ikke vært mulig å utlede revisjonskriterier knyttet til kommunens mål for denne virksomheten. Vi har derfor utledet revisjonskriterier ut fra gjeldende regelverk om hvordan kommunen skal følge opp brukerne ved Porstun bo- og servicesenter, og vurdere deres behov for tjenester.

⁴ Veileder Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet

Omsorgsboliger

Pasienter eller brukere har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom det etter en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre vedkommende nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e. Pasienten eller brukeren skal i disse tilfellene tildeles opphold og kan ikke settes på venteliste. Kommunen har tilsvarende en plikt til å tilby de aktuelle pasientene opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd.

Helsedirektoratet uttaler at med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt⁵. Dette innebærer at beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende, kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Videre uttaler Helsedirektoratet at tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon, og avklarer at «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» dermed er en form for omsorgsbolig. Ifølge Helsedirektoratet er omsorgsboliger en fellesbetegnelse på botilbud utenfor institusjon, og anses rettslig sett som beboerens hjem. Sykehjem regnes som helseinstitusjon, jf. forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon § 1.

Mål for virksomheten

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten framgår plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter i § 6. Etter denne bestemmelsen innebærer plikten til å planlegge virksomheten blant annet å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.

Tildelingskriterier – sykehjem, omsorgsbolig og venteliste

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd, skal kommunen gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. I bestemmelsen framgår det at forskriften også skal omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men der kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal også regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold. Kommunen skal føre venteliste (også kalt observasjonsliste) for brukere eller pasienter som venter på langtidsopphold, og skal fatte vedtak dersom brukere eller pasienter blir satt på ventelisten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a tredje ledd.

Porsanger kommune vedtok 12.10.17 *Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister* (heretter: forskriften) i henhold til bestemmelsene over. I forskriftens formålsbestemmelse framgår det at:

Formålet med forskriften er å bedre rettsstillingen for pasienter og brukere med omfattende tjenestebehov når det gjelder retten til helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

⁵ Rundskriv, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, Helsedirektoratet sist endret 08.05.25

Forskriften skal tydeliggjøre hvilke kriterier Porsanger kommune legger til grunn for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Forskriften skal videre tydeliggjøre hvordan Porsanger kommune skal følge opp personer som står på observasjonsliste til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

I forskriften framgår det at:

Med tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester menes boliger der:

- a. beboernes tjenestebehov vanligvis er så stort at det er sammenlignbart med tjenestebehovet som beboere i sykehjem har,
- b. det er mulig å gi døgnkontinuerlige tjenester,
- c. det er mulig å føre tilsyn med pasientene eller brukerne tilsvarende som i sykehjem,
- d. det er mulig å motta tjenester fra helse- og omsorgspersonell med kompetanse tilsvarende som personellet vanligvis har i sykehjem,
- e. muligheten for å tilkalle hjelp og responstida før personellet kan komme til boligen er tilsvarende som i sykehjem, og som
- f. kommunen tildeler disposisjonsrett til.

I forskriften kapittel 3 om rett til enkeltvedtak og oppfølging av pasienter eller brukere, framgår det i § 10 hvilke krav som stilles til oppfølgingen av pasienter eller brukere på observasjonsliste. I første ledd framgår det at pasient eller bruker som kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, vil få enkeltvedtak med avslag om slikt bo- og tjenestetilbud. Samtidig vil pasienten eller brukeren få enkeltvedtak om å få stå på observasjonsliste, og om helse- og omsorgstjenestene som gis inntil de kan motta et bo- og tjenestetilbud som nevnt. I forskriften framgår det at helse- og omsorgstjenestene som gis i ventetida til enhver tid skal være forsvarlige og behovsdekkende.

Videre framgår det at helse- og omsorgssjefen til enhver tid skal følge med på behovsutviklingen hos pasienter og brukere som står på observasjonslista, og sørge for at de umiddelbart får langtidsopphold i sykehjem eller disposisjonsrett til tilsvarende bolig dersom nåværende boform ikke lenger vurderes å være forsvarlig, jf. forskriften § 10, andre ledd.

I forskriften § 4 framgår det at Porsanger kommune til enhver tid disponerer et visst antall plasser beregnet for langtidsopphold og boliger der det vanligvis gis et tjenestetilbud som er tilsvarende det som gis i sykehjem. Videre at hvor mange langtidsplasser i sykehjem og tilsvarende boliger kommunen disponerer over, til enhver tid vil bli publisert i tjensteavtaler på kommunens nettsider. I § 4 siste ledd står det at kommunen kan etter en konkret og individuell vurdering gi tilsvarende tjenester som vanligvis gis i sykehjem i pasienten eller brukerens eget, opprinnelige hjem.

Ut fra beskrivelsene vi har fått muntlig fra helse- og omsorgsleder, legger vi til grunn at omsorgsboligene ved Porstun bo- og servicesenter er å anse som bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, tilsvarende beskrivelsen i kommunens forskrift.

Kommunene er pålagt å registrere helse- og omsorgsdata i kommunen i Kommunalt pasientregister (KPS), tidligere kalt IPLOS⁶-registeret, som administreres av Folkehelseinstituttet. Ifølge FHI er hovedformålet med KPR å gi kommunale, regionale og

⁶ Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

sentrale helsemyndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Ut fra dette har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Porsanger kommune skal ha fastsatt mål for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter..

Porsanger kommune ved hjemmetjenesten skal ha rutiner for systematisk og regelmessig vurdering av hvilke behov for helse- og omsorgstjenester beboere ved Porstun bo- og servicesenter har.

Porsanger kommune skal føre observasjonsliste over brukere eller pasienter som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold, og til enhver tid følge med på behovsutviklingen til de som står på observasjonslisten.

2.3.2 Problemstilling 2 – Styringssystem for sykeavdelingen

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 sykehjemstjenesten 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*. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves⁷.

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 regelverket⁸.

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,

⁷ Jf. § 1.

⁸ Veileder Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet

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. Porsanger kommune må sørge for at styringssystemet for sykeavdelingen 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*
- 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, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- d) *sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*
- e) *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*

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, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse 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:

Porsanger kommune skal ha et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenesten.

Porsanger kommune skal ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for sykehjemstjenesten, og i hvilken grad dette skal dokumenteres.

I tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal Porsanger kommune

- Planlegge aktiviteten i sykeavdelingen, jf. § 6*
- Gjennomføre sykeavdelingens aktiviteter, jf. § 7*
- Evaluere sykeavdelingens aktiviteter, jf. § 8*
- Korrigere sykeavdelingens aktiviteter, jf. § 9*

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 forvaltningsrevisjon⁹. Revisor sendte brev om oppstart til Porsanger kommune v/kommunedirektør Linn Carina Utsi den 28.05.25. Helse- og omsorgsleder Solveig Elisabeth Skarhol ble utnevnt som kontaktperson, og deltok i oppstartsmøtet 02.07.25.

For å besvare problemstilling 1 om Porstun bo- og servicesenter blir benyttet i tråd med intensjonene, har vi undersøkt dokumentasjon for å se om det er beskrevet hvilke mål og føringer som er gitt for tjenestetilbudet. Vi har i tillegg innhentet muntlig informasjon fra helse- og omsorgsleder for helse og omsorg, avdelingsleder for hjemmetjenesten og fagkonsulent helse og omsorg.

For å besvare problemstilling 2 om Porsanger kommune har dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer har vi undersøkt dokumentasjon av kommunens styringssystem. Etter oppstartsmøtet har vi blant annet fått oversendt tjenestebeskrivelse, rutinebeskrivelser og opplæringsplan. Vi har i tillegg gjennomført mter og hatt løpende dialog med helse- og omsorgsleder, samt intervjuet avdelingsleder for sykeavdelingen og fagkonsulent helse og omsorg.

Vi har benyttet tallmateriale fra Statistisk Sentralbyrå og KOSTRA¹⁰ for å finne utviklingen i antall brukere i henholdsvis sykehjems- og hjemmetjenesten, og andelen brukere med omfattende bistandsbehov. Grunnlaget for KOSTRA-publiseringen er i stor grad kobling av data fra ulike kilder som for eksempel regnskapsdata, tjeneste- og personelldata og befolkningsdata.

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

For problemstilling 1 har vi ikke funnet dokumentasjon som spesifikt beskriver intensjonene med Porstun bo- og servicesenter. For å undersøke tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter og hvordan brukerne følges opp, har vi sett på beskrivelser av tjenestene som tilbys, og innhentet muntlige opplysninger i intervjuer med helse- og omsorgsleder, avdelingsleder for hjemmetjenesten og fagkonsulent helse og omsorg. Vi anser *Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister* som relevant når det gjelder tildelingskriterier for plass ved Porstun bo- og servicesenter. Vi anser at de muntlige opplysningene vi har mottatt er relevante for å beskrive kommunens systemer og praksis på det aktuelle tjenesteområdet. Ved å innhente muntlige opplysninger, har vi fått utfyllende informasjon som vi har ansett som nødvendig for å supplere dokumentasjonen vi har blitt forelagt.

⁹ 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

¹⁰ Forkortelsen KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering

For problemstilling 2 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 Porsanger kommune er relevant og tilstrekkelig for å kunne undersøke og vurdere kommunens styringssystem for sykehjemstjenesten. Dokumentasjonen vi har etterspurt tar utgangspunkt i forskriftskrav og tilhørende veileder. I tillegg har vi fått muntlige opplysninger fra helse- og omsorgsleder og avdelingsledere, som supplerer opplysningene som framkommer i det skriftlige datamaterialet. Vi anser at de muntlige opplysningene er relevante for å belyse kommunens systemer og praksis innenfor sykehjemstjenesten. 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.

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. Eventuelle korrigeringer eller supplerende opplysninger fra kommunen har blitt innarbeidet i rapporten.

KOSTRA-publiseringsens kvalitet og nøyaktighet avhenger i betydelig grad av kvaliteten på innrapporteringen fra den enkelte kommune, og vil dermed ha betydning for dataenes pålitelighet.

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

3.3 Avgrensninger

Solbrått aldershjem drives av en stiftelse, og er en privat tjenesteyter. Våre undersøkelser omfatter derfor ikke styringssystemet ved Solbrått aldershjem.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi ikke undersøkt om den enkelte bruker har fått helse- og omsorgstjenestene vedkommende har krav på, men om kommunen jobber systematisk for å sikre et tjenestetilbud som er i tråd med regelverket.

4 FELLES OM PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

4.1 Organisering og ansvar

I kommunens delegeringsreglement for 2024-2028 framgår det at kommunestyret delegerer myndighet til kommunedirektøren til å treffe vedtak i alle enkeltsaker og alle typer saker som ikke er av prinsipiell betydning, jf. kommuneloven § 13-1. Videre at myndighet delegert til kommunedirektøren kan delegeres videre til andre kommunalt ansatte, som da utfører sine oppgaver på vegne av og etter fullmakt fra kommunedirektøren.

I økonomiplan for 2025-2028 framgår det at øverste administrative leder for helse og omsorg er helse- og omsorgssjef. Helse- og omsorgsleder opplyser at hun har ansvar for ti tjenestehetsledere/ virksomhetsledere, samt fagkonsulent og merkantil.

I forskriften¹¹ § 5 om ansvar og myndighet framgår det at enkeltvedtak om tildeling av langtids- eller korttidsopphold i institusjon, og utenfor institusjon skal fattes av Porsanger kommune ved helse- og omsorgssjefen. Helse- og omsorgsleder opplyser at det ikke er oppnevnt fast stedfortreder for henne, dette oppnevnes ved behov, men hun ser behov for å oppnevne fast stedfortreder.

4.2 Overordnede planer og mål

Porsanger kommune har ingen oppdatert kommunedelplan for helse og omsorg, den siste vedtatte planen utløp i 2012.

Porsanger kommune vedtok 22.10.24 planstrategi for 2024-2027. I vedtaket om planstrategi framgikk også vedtak om utarbeidelse av ny samfunnsplan. Kommuneplanens forrige samfunnsdel ble vedtatt i 1989, men utkast til ny samfunnsdel er ute til høring høsten 2025. De fem satsningsområdene i utkastet til den nye planen er:

- Kultur og identitet
- Næringsliv og arbeidsplasser
- Barn, unge, voksne og eldre (livsløpkommune)
- Natur, klima og miljø
- Samarbeid

Et av delmålene i planutkastet er at Porsanger kommune skal være tilrettelagt som et aldersvennlig samfunn med gode livsvilkår, og en av strategiene for å nå dette målet er å utvikle et godt tjenestetilbud og utarbeide strategisk helse- og omsorgsplan.

Det ble vedtatt planprogram for kommunedelplan for helse og omsorg 13.06.23. Helse- og omsorgsleder opplyser at arbeidet med kommunedelplanen har blitt forsinket på grunn av utskifting i kommuneledelsen, og at arbeidet stoppet opp ved påsketider i 2024. Arbeidet med helse- og omsorgsplanen skal gjenopptas etter at samfunnsplanen er vedtatt. Hun opplyser at kunnskapsgrunnlaget for kommunedelplanen er utarbeidet, og at medvirkning gjennom folkemøter er ivarettatt.

¹¹ Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister, Porsanger kommune

4.2.1 Omstillingsplan

Helse- og omsorgsleder oppgir at helse- og omsorgstjenestene får føringer gjennom de tildelte økonomiske rammene, og gjennom spesifikke oppdrag fra kommunestyret på opptreks- eller nedtrekkstiltak. Helse- og omsorgsleder er i ferd med å utarbeide en prosjektplan for omstilling av helse og omsorg på bakgrunn av budsjettvedtak i kommunestyret i desember 2024. Planen tar for seg organisering innenfor helse og omsorg, og mulige tiltak for generelt nedtrekk innenfor sektoren. I planen framgår det at kommunedirektøren har gitt føringer om at en rekke målsettinger skal ivaretas i arbeidet med omstillingsprosessen:

- Brukerfokus og brukervedvirkning
- Sikre god medvirkning fra ansatte
- Effektiv oppgaveløsning – i et helhetlig perspektiv
- God samhandling og forankring
- Sikre god internkontroll og avklare rolle- og oppgavefordeling

4.2.2 Økonomiplan 2025-2028 og eldrereformen

Under beskrivelse av dagens virksomhet i økonomiplanen framgår det at sektor for helse og omsorg skal ivareta lovpålagte, kommunale oppgaver som framgår blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. I tillegg skal sektoren ivareta relevante prosjekter, nasjonale føringer samt oppgaver som følger av lokalpolitiske beslutninger som berører helse og omsorg.

I økonomiplanen framgår det at den demografiske utviklingen i kommunen viser en stadig aldrende befolkning, færre innbyggere i arbeidsfør alder og en økende utfordring med rekruttering av nødvendig helsepersonell. Det beskrives at den overordnede utfordringen innen helse og omsorg vil være å opprettholde en bærekraftig og realistisk dimensjonert helse- og omsorgstjeneste med effektiv ressursbruk i årene som kommer. Det påpekes at pleie- og omsorgstjenestene har utfordringer med rekruttering, stabilisering og høyt sykefravær.

I planen vises det til at det har vært både en lokal og nasjonal satsing på hjemmebaserte tjenester de siste årene, der målet er at innbyggere skal kunne bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Videre at innbyggere, som generelt lever lengre enn før, dermed har et høyere hjelpebehov og flere sykdommer når de flytter inn på høyere omsorgsnivå, som omsorgsbolig eller institusjon. Det framholdes at for å styrke bærekraften i fremtidige omsorgstjenester, vil det fortsatt være en utfordring å forskyve innslagspunktet for når den enkelte innbygger vil ha behov for helse- og omsorgstjenester. Med utgangspunkt i dagens kapasitet må det forventes at den enkelte i årene som kommer vil få mindre hjelp, og må være bevisst på å opprettholde god helse. Oppfølging av eldrereformen *Bu trygt heime* oppgis som en relevant strategi for å møte denne utfordringen.

Når det gjelder strategier og reformer, opplyser helse- og omsorgsleder at kommunen jobber med eldrereformen, men ikke direkte under satsningen *Bu trygt heime*¹². Kommunen har en sektorovergripende handlingsplan for hvordan eldrereformen skal imøtekommes lokalt, planen hadde tittelen *Leve hele livet* og gjaldt for perioden 2022-2023. Helse- og omsorgsleder opplyser at kommunen nå arbeider med universelle, indiserte og selekterte tiltak¹³ for eldre. Hun opplyser at dette arbeidet ikke er nedfelt i en plan. Hun oppgir at hun følger med på både nye retningslinjer og reformer og ser hvordan de kan passe inn i kommunens allerede

¹² Stortingsmeldingen *Bu trygt heime* ble lansert 16.06.23. Reformen skal bidra til aldersvennlige samfunn, mer helhetlig eldrepolitikk og bedre helsehjelp til eldre i Norge

¹³ Ifølge helsedirektoratet er universelle tiltak rettet mot alle, selektive tiltak rettet mot risikogrupper og indikative tiltak rettet mot personer der behov er identifisert

eksisterende strukturer, og at arbeidet med kjernetjenestene og drift er prioritert, før man eventuelt går videre med arbeidet med tiltak som engasjerer andre sektorer.

Helse- og omsorgsleder opplyser at både pasientene ved Porstun bo- og servicesenter og ved sykeavdelingen jevnt over er dårligere enn de var tidligere, med større behov for behandling. Leder for hjemmetjenesten og sykeavdelingen opplyser det samme, og at dette er i tråd med at kommunen jobber for at flere skal bo hjemme lengre.

5 PORSTUN BO- OG SERVICESENTER

Blir Porstun bo- og servicesenter benyttet i tråd med intensjonen?

Revisjonskriterier

Porsanger kommune skal ha fastsatt mål for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter.

Porsanger kommune ved hjemmetjenesten skal ha rutiner for systematisk og regelmessig vurdering av hvilke behov for helse- og omsorgstjenester beboere ved Porstun bo- og servicesenter har.

Porsanger kommune skal føre observasjonsliste over brukere eller pasienter som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold, og til enhver tid følge med på behovsutviklingen til de som står på observasjonslisten.

5.1 Beskrivelser av hjemmetjenesten og Porstun bo- og servicesenter

Porstun bo- og servicesenter inngår i kommunens hjemmetjeneste. Det er ikke vedtatt overordnede planer der intensjonene for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter spesifikt framgår, det er heller ikke utarbeidet virksomhetsplan for hjemmetjenesten. Informantene har også opplyst at det ikke foreligger skriftlige beskrivelser av føringer for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter. For å undersøke tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter og hvordan brukerne følges opp, har vi sett på beskrivelser av tjenestene som tilbys, og innhentet muntlige opplysninger i intervjuer.

5.1.1 Årsrapport

I kommunens årsrapport for 2024 framgår det at hjemmetjenesten hadde i gjennomsnitt rundt 130 brukere gjennom året. Videre framgår det at hjemmesykepleien hadde store utfordringer med rekruttering og stabilisering i bemanningen i 2024. Flere sykepleiere sa opp sine stillinger, og det var vanskelig å rekruttere nye. I tillegg hadde hjemmetjenesten utfordringer med sykefravær. Det ble brukt innleie, overtid hos egne ansatte og vikarbyrå for å få forsvarlig bemanning. I tillegg til den vanskelige personalsituasjonen, beskrives det at det var en relativt stor arbeidsmengde i tjenesten, med flere ressurskrevende saker, og pleienivået ved Porstun bo- og servicesenter var nokså høyt.

5.1.2 Tjenestebeskrivelse hjemmesykepleie

Porsanger kommune har utarbeidet en tjenestebeskrivelse for hjemmesykepleie. I beskrivelsen framgår det at hjemmesykepleie er bistand som skal bidra til å ivareta grunnleggende helse- og bistandsbehov for innbyggerne i egne hjem eller i omsorgsbolig ved akutt eller kronisk sykdom og/eller funksjonsnedsettelse. Det beskrives at bistanden ytes på dag- og kveldstid på alle ukedager i hele kommunen, det er imidlertid begrensninger på bistand som kan ytes på kveld og i helger i distriktene.

Videre framgår det at du får tjenester så lenge du har behov for det, og at bistanden gis i kortere eller lengre perioder ut fra en kontinuerlig vurdering sammen med bruker. Det opplyses at Porsanger kommune har fokus på egenmestring slik at bruker kan klare seg lengst mulig i eget

hjem, og at det er et mål at tjenestene skal bidra til at bruker opprettholder eller får tilbake evnen til å utføre aktiviteter vedkommende selv kan mestre.

I tjenestebeskrivelsen framgår det også forventninger til brukeren. Blant annet forventes det at:

- at bruker gjør de aktivitetene vedkommende klarer selv
- brukeren tar ansvar for å tilrettelegge egen bolig slik at de som skal hjelpe kan utføre arbeidet på en forsvarlig måte
- tar i bruk ergonomiske hjelpemidler ved behov, av hensyn til brukers egen sikkerhet og for å forebygge arbeidsbelastninger for ansatte
- at bruker medvirker til kartlegging av funksjonsnivå slik at riktig hjelp kan gis

Det er gitt eksempler på hjemmetjenester det kan søkes om:

Tjenester som du kan søke på kan være:

- Hjelp til personlig hygiene og naturlige funksjoner
- Tilrettelegging av brødmåltider og kostveiledning
- Oppfølging og observasjon av foreskrevet legemiddelbehandling
- Hjelp til å forebygge/forhindre komplikasjoner på grunn av sykdom
- Lindrende behandling, som f.eks. smertebehandling, sårbehandling m.m. Det bemerkes dog at sårstell i hovedsak skal utføres hos fastlege
- Hjelp med dosering av, utlevering og hjelp til å ta medisiner
- Veiledning og opplæring slik at du kan mestre oppgaver selvstendig (medisinering, stomi m.m.)
- Hjelp ved toalettbesøk

Kilde: Tjenestebeskrivelse hjemmesykepleie, Porsanger kommune

I tjenestebeskrivelsen gis det veiledning om hvordan man kan søke om tjenesten, og at fagkonsulent kan bistå med å søke om hjemmesykepleie. Det framgår også at dersom du har vedtak om hjemmesykepleie fra før, men ønsker å søke om ytterligere hjelp, kan ansatte i hjemmesykepleien bistå med søknad.

Det opplyses at kommunen skal innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre saken, og at hjemmetjenesten som regel kommer på kartleggingsbesøk dersom bruker ikke har mottatt tjenester tidligere. På bakgrunn av opplysningene skal søker få et vedtak med begrunnelse. I tjenestebeskrivelsen informeres det om klageadgang på vedtak, og mulighet til å klage på utførelsen av tjenesten.

Både helse- og omsorgsleder og leder for hjemmetjenesten uttrykker et stort behov for å gjennomgå oppgaver og ansvarsfordeling i hjemmetjenesten, og avklare roller, fordi det har vært stor utskifting både i ledelsen og personalgruppa de siste årene.

5.1.3 Opplæring for nyansatte i hjemmetjenesten

Porsanger kommune har utarbeidet en opplæringsplan for nyansatte i hjemmetjenesten. Planen retter seg mot både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter. Planen ble sist revidert 15.09.20. I opplæringsplanen framgår det at hjemmetjenesten består av utetjenesten, Porstun bo- og servicesenter og hjemmehjelpstjenesten, og at hjemmetjenesten og Porstun bo- og servicesenter har felles turnus. Videre beskrives det at det er minst en sykepleier på dagtid i utetjenesten og vanligvis en sykepleier ved Porstun bo- og servicesenter på dagtid i ukedagene.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at i 2025 er det 23,8 årsverk i hjemmetjenesten, hvorav 7 sykepleierstillinger, inkludert leder.

I opplæringsplanen er det satt opp felles døgnrytmeplan for Porstun bo- og servicesenter og utetjenesten der de ansattes oppgaver framgår. Etter revisors syn gir døgnrytmeplanen også i noen grad en beskrivelse av tjenestetilbudet:

DAGVAKT:

0715- 0730	Rapport fra nattevakt (felles for Porstun og utetjenesten)
0730-0800	Forefallende arbeid på Porstun og hjemmetjenestekontoret
0800-0830:	Planlegging av dagen/fordeling av arbeidsoppgaver
0830 -	Porstun: Morgenstellet starter, hente mattralle fra kjøkkenet og frokosten serveres fortløpende. Mattralla kjøres tilbake til kjøkkenet innen kl. 1100. Diverse arbeidsoppgaver (apotekbestilling, bestilling av varer, rydde spiseområdet og andre forefallende oppgaver). Utetjenesten: Utkjøring til brukere, diverse arbeidsoppgaver.
1200-1220	Matpause/omfordeling av arbeidsoppgaver.
1400 -	Middag kjøres ut til hjemmeboende, middag serveres på Porstun
1400 – 1500	Rygge vaktrom. Skrive rapport, dokumentere på lister (avf., drikke osv)
1500-1600	Porstun-beboere hviler
1500 - 1530	Gi rapport/Vaktskifte. OBS! Porstun: Kun EN person gir rapport, annet pleiepersonalet skal være i miljøet/gjøre andre arbeidsoppgaver.

KVELDSVAKT:

1500-1530:	Rapport fra dagvakt/Planlegging/arbeidsfordeling
1530-1730	Porstun: Ta opp brukere fra middagshvil, kaffe serveres på Porstun Utetjenesten: Utkjøring til brukere
1530 -	
1700 -	Legge opp medisiner for aftenvakta på Porstun
1830 - 1900	Kveldsmat på Porstun
1930 - 2100	Kveldsstell/legging av brukere på Porstun og i utetjenesten
2130	Rydde vaktrom. Skrive rapport, føre på lister (avf, drikke osv)

NATTEVAKT:

2230 - 2245	Rapport fra aftenvakten
2300 -	Brannrunde: Gå gjennom avdelingens brannvernrutiner, utfør brannrunde og signer i Brannvernpermen. Påse at nødutganger ikke er sperret. Låserunde: Sjekk at alle dører er låst, som: nødutganger, utgangene på gammelsiden, utgangen på nysiden, dører til vaskerom og dør til kjeller.
2400-0600	Kjøre til brukere som har behov for tilsyn og hjelp hvor det er innvilget tilsyn natt Tilsynsrunder på Porstun (tilsyn, snu, bleieskift) Legge opp medisiner klart til dagvakta på Porstun Oppdatere vaktpermen (denne utgår etterhvert da vi går over til digital vaktbok)
0715-0730	Rapport til dagvakta

5.1.4 Muntlige beskrivelser av målgruppe og tjenestetilbud

Gjennom intervjuer med helse- og omsorgsleder, leder for hjemmetjenesten, leder for sykeavdelingen og fagkonsulent helse og omsorg har vi fått informasjon om målgruppen for Porstun bo- og servicesenter, og tjenestetilbudet som tilbys.

Porstun bo- og servicesenter før og nå

Informantene tror Porstun bo- og servicesenter ble etablert på slutten av 1960- eller begynnelsen av 1970-tallet, med en større utbygging på 1990-tallet. Avdelingsleder for hjemmetjenesten har funnet avisutklipp fra slutten av 1970-tallet som viste at det var én ansatt ved Porstun bo- og servicesenter på dette tidspunktet.

Helse- og omsorgsleder og leder for hjemmetjenesten beskriver at tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter har endret seg betydelig over tid, og kanskje spesielt i løpet av de siste 20 årene. De oppfatter at endringene henger sammen med utviklingen i samfunnet, der en større andel eldre har behov for et større omfang av tjenester. Tidligere var pleiebehovet blant beboerne mye mindre, Porstun bo- og servicesenter var et tilbud for eldre som trengte et trygt sted å bo, kunne lage sin egen mat og bare trengte litt tilsyn. Disse brukerne får ikke lengre tildelt plass ved Porstun bo- og servicesenter, men må bo hjemme og motta tjenester der, fordi kommunen må prioritere boligene ved Porstun bo- og servicesenter til brukere som har behov for et større omfang av tjenester. Ifølge helse- og omsorgsleder og leder for hjemmetjenesten har bo- og servicesenteret gradvis utviklet seg til å bli omsorgsboliger med heldøgns bemanning, og tilsvarer boliger særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester. Det er to nattevakter ved Porstun bo- og servicesenter, ved behov for bistand fra sykepleier kan Porsanger helsetun kontaktes.

Målgruppe

Informantene beskriver at målgruppen for Porstun bo- og servicesenter per i dag er brukere som har behov for døgnkontinuerlige tjenester i hjemmet som kan dekkes gjennom vedtaksbaserte hjemmetjenester, og som kan ha behov for matombringning og dagaktiviteter. Brukerne kan ha noen ADL-ferdigheter¹⁴, men kan ikke bo hjemme og ha behov for tilsyn flere ganger om dagen, uten at det er behov for det høyeste omsorgsnivået (institusjonsplass). Brukergruppen omfatter ikke personer som har behov for pleie og omsorg hele døgnet ut fra ADL og IPLOS-score¹⁵.

I tillegg beskriver informantene at Porsanger kommune har geografiske utfordringer med lange avstander til enkelte brukere, og at det i noen tilfeller er mer hensiktsmessig at brukeren får tildelt bolig ved Porstun bo- og servicesenter enn å gi omfattende hjemmetjenester mange mil unna hjemmetjenestens base. Dette medfører også at det er stor variasjon i funksjonsnivå hos brukerne som bor på Porstun bo- og servicesenter, fordi noen har fått tildelt bolig som følge av at det er lang avstanden for hjemmetjenesten til hjemmet, mens andre har fått tildelt bolig på bakgrunn av pleiebehov.

Helse- og omsorgsleder oppfatter at inntaksteamet har klare inklusjons- og eksklusjonskriterier for bolig ved Porstun bo- og servicesenter. Helse- og omsorgsleder tenker at det kommer fram av den enkelte brukers vedtak hvilket tilbud og tjenester vedkommende skal motta på Porstun bo- og servicesenter.

Informantene opplyser at pleienivået for brukergruppen ved Porstun bo- og servicesenter varierer i perioder. Helse- og omsorgsleder opplyser at andelen med langt kommende demens er relativt konstant og utgjør hovedandelen av beboerne. I årsrapport for 2024 beskrives det at pleienivået ved Porstun bo- og servicesenter var relativt høyt, noe som bekreftes av kommunalleder. Hun opplyser at det i 2025 har det vært en lettere sammensetning av brukere

¹⁴ ADL er forkortelsen for Activities of Daily Living, et skåringsverktøy som vurderer funksjon hos eldre og personer med funksjonssvikt

¹⁵ IPLOS står for Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk

og noen ledige boliger. Det var også utfordringer med høyt sykefravær, vakanser og mangel på sykepleiere i 2024, noe som ikke er en like stor utfordring i 2025.

Helse- og omsorgsleder tenker at kommunen er fleksible når det gjelder å tilby tjenester som dekker brukernes behov, og at det er en av fordelene med å være en liten kommune med oversiktlige tjenester.

Helse- og omsorgsleder viser til KOSTRA-tallene, og peker på at Porsanger kommune ligger godt an når det gjelder både institusjonsplasser og omsorgsboliger sammenlignet med andre kommuner. Hun tenker dette henger sammen med at kommunen kjøper 10 institusjonsplasser eksternt.

Beskrivelse av tjenestetilbudet og informasjon til innbyggerne

Informantene oppgir at det ikke foreligger noen skriftlig beskrivelse av tjenestetilbudet spesifikt ved Porstun bo- og servicesenter utover det som ligger på kommunens hjemmeside og i informasjonsbrosjyren som deles ut til brukere og pårørende ved innflytting. Det er for tiden mange lenker på kommunens hjemmeside som ikke fungerer, og ny hjemmeside er under planlegging. Informantene tenker det vil være hensiktsmessig å definere brukergruppen og avklare forventninger til hva Porstun bo- og servicesenter kan tilby, og at dette kommuniseres gjennom konkrete tjenestebeskrivelser som legges ut på kommunens nettside.

5.1.5 Informasjon til brukere og pårørende

Porsanger kommune har utarbeidet en brosjyre med tittelen *Velkommen til Porstun bo- og miljøsent*. Brosjyren gir informasjon om tilbudet ved Porstun bo- og servicesenter til leietakere og pårørende, og ble sist revidert 08.08.24. Mye av informasjonen omhandler praktiske forhold, som blant annet husleie, parkeringsplass, møblering, telefon og tv, måltider og brannsikkerhet. I tillegg gis det en beskrivelse av tjenestetilbudet:

HJEMMETJENESTE

En omsorgsbolig er en utleiebolig som er tilpasset for bevegelseshemmede. Det ansees som å bo i eget hjem, og betyr at man på lik linje med andre hjemmeboende må søke om de hjelpetjenester en har behov for i hjemmet.

Siden Porstun er døgnbemannet vil det også kunne tildeles hjelp om natten. Bistand utenom enkeltvedtak kan vanligvis ikke påregnes.

Vedtak om tjenester du har fått før flytting til Porstun, vil gjelde også etter flytting. Revurdering av omfang kan likevel bli aktuelt.

Dersom du har behov for hjelpemidler vil du få hjelp til å søke om dette.

Pårørende og andre besøkende anmodes om å bistå leietaker med gjøremål og opprydding knyttet til besøk.



Kilde: Brosjyre *Velkommen til Porstun bo- og miljøsent*, Porsanger kommune

I brosjyren opplyses det at ved behov for ledsager til frisør, lege, fotpleier, fysioterapeut, sykehus og lignende, er det de pårørende som må bistå eller kontakte pasientreiser. Dersom beboeren ikke har nær familie i Lakselv, kan hjemmetjenesten være behjelpelig med å skaffe ledsager til lege eller fysioterapeut.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten ønsker å involvere pårørende i å følge bruker til legetimer, tannlege og lignende, da det ikke inngår i hjemmetjenestens oppgaver. Hjemmetjenesten opplever at mange pårørende tar to steg tilbake når bruker flytter inn på Porstun bo- og servicesenter, mange er slitne og det har kanskje vært en lang prosess før flytting til omsorgsbolig, så det kan være ønske og behov for at andre tar over. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at de ansatte minner hverandre på at pårørende skal involveres og informeres.

5.2 Vurdering av behov

5.2.1 Inntaksteam

Søknader om helse- og omsorgstjenester behandles av inntaksteamet. Det gjennomføres møter i inntaksteamet hver 14. dag. Teamet har også møter på kort varsel dersom det er søknader det haster å få avklart. Inntaksteamet ledes av fagkonsulent for helse og omsorg, og består i tillegg av leder for Trekløveren (boliger for psykisk utviklingshemmede og psykiatri), leder for sykeavdelingen og leder for hjemmetjenesten. Søknadene saksbehandles av fagkonsulent etter at kartlegging er gjennomført og saken er drøftet i inntaksteamet, og gjennomgås med helse- og omsorgsleder i jevnlige møter før det fattes vedtak. Helse- og omsorgsleder er fagkonsulentens nærmeste overordnede, og det er helse- og omsorgsleder som har vedtaksmyndighet og ansvar for å kvalitetssikre vedtakene.

Føringer for tildeling

Kommuneadministrasjonen opplyser at det er helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, samt lokal forskrift om langtidsopphold i sykehjem og boliger med tilsvarende heldøgns tjenester som gir overordnede føringer i saksbehandlingen av søknader om omsorgsbolig og langtidsplass ved sykeavdelingen. Tildelingskriteriene ligger i forskriften og gir føringer for tildeling av tjenestene, kommunen har ikke utarbeidet andre kriterier enn disse. Vi får opplyst at i tillegg benyttes faglig skjønn og prioritering. Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet i inntaksteamet utover dette.

Medlemmene i inntaksteamet kjenner ofte til søkeren fra før når det kommer inn en søknad om for eksempel omsorgsbolig eller langtidsplass i institusjon. Fagkonsulent fører søknaden inn i journalsystemet Geric og sender et midlertidig svar til søker. Alle søknader føres inn i en oversikt over ventende søknader for omsorgsboliger og langtidsplass i Porsanger kommune. I oversikten framgår navn, fødselsdato, søknadsdato og hva det søkes om. Listen over ventende søknader gjennomgås, og sammen vurderer teamet hvilke vedtak som skal fattes. Det vurderes om tjenestene det er søkt om skal tildeles, om det er behov for ytterligere utredning, eller om søker kan vente på tjenester.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at man alltid ønsker å starte med tjenester på laveste nivå først, altså starte med hjemmetjenester dersom det er mulig. Mange av søkerne er kjente for kommunen, og lokalkunnskap om søker og boligforhold brukes også i inntaksteamet. Dersom inntaksteamet er i tvil, gjennomføres det vurderingsbesøk, eller innhentes informasjon fra journaler som beskriver ADL-score og/eller IPLOS. Dersom det kommer søknad om institusjonsplass fra brukere som er ukjente for kommunen, og som ikke allerede mottar hjemmetjenester, så avtales det vurderings-/kartleggingsbesøk fra hjemmetjenesten.

Det er vanligvis hjemmesykepleien som utfører vurderings- eller kartleggingsbesøkene, men også fagkonsulent og leder for hjemmetjenesten kan foreta vurderingsbesøk. Kommunen har utarbeidet en sjekkliste for etterarbeid etter vurderingsbesøk, der det skal krysses av for hvilke

hjelpebehov brukeren vurderes å ha. I sjekklisten framgår det blant annet at det skal skrives notat etter vurderingsbesøk, legges inn hjelpebehov på tiltak/tjeneste og fylles ut søknadsskjema.

Informantene oppgir at inntaksteamet i noen tilfeller må prioritere pasienter som har vært innlagt på sykestue foran søkere som står på venteliste for omsorgsbolig, dersom det viser seg at vedkommende ikke kan flytte hjem igjen.

Helse- og omsorgsleder oppfatter at søknader som settes på vent i hovedsak gjelder tilfeller der man setter inn tiltak og skal evaluere hvilken effekt de har hatt, eller trenger å utrede nærmere. Helse- og omsorgsleder mener man ikke har en vente-praksis, men at tjenestene tildeles og prioriteres ut fra behov, og etter dialog med pårørende og ansatte. Helse- og omsorgsleder opplever at det gis avslag på søknader dersom man vurderer at kriteriene for å tildele tjenester ikke er oppfylte. Helse- og omsorgsleder og fagkonsulent har i utgangspunktet ukentlige møter for å drøfte og gjennomgå saker før det fattes vedtak, og helse- og omsorgsleders oppfatning er at søknader avklares fortløpende, og ikke settes på vent.

5.2.2 Tildelingskriterier og kartlegging

I forskriften¹⁶ kapittel 2 framgår kriterier for tildeling. Det framgår at pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Vurderingen av hvilke tjenester som tildeles beror på en helhetsvurdering der en rekke momenter inngår:

- a. hvor omfattende behovet for helse- og omsorgstjenester er,
- b. varigheten av hjelpebehovet, herunder om rehabiliteringstiltak er aktuelle,
- c. hvilke typer av helse- og omsorgstjenester det er behov for,
- d. hvilken faglig kompetanse som trengs for å gi forsvarlige tjenester sett i sammenheng med tilgangen på helse- og omsorgspersonell med nødvendig kompetanse,
- e. om det er nødvendig med tjenester, tilsyn eller tilstedeværelse gjennom hele døgnet eller med korte mellomrom,
- f. pasientens eller brukerens evne til selv å tilkalle hjelp ved behov,
- g. pasientens eller brukerens behov for sosial kontakt og opplevd trygghet ved at det er nærhet til helse- og omsorgspersonell,
- h. om pasienten eller brukeren er i målgruppen for det aktuelle bo- og tjenestetilbudet,
- i. om pasienten eller brukeren har kognitiv svikt, og hvor alvorlig den kognitive svikten er,
- j. om pasienten eller brukeren uten endring av bosituasjonen risikerer å komme til skade eller å få sin helsetilstand eller funksjonsevne forverret, og om flytting kan virke skadeforebyggende eller bidra til at vedkommende får mulighet for å forbedre sin helsetilstand eller funksjonsevne,
- k. om alternativer til bo- og tjenestetilbud i sykehjem eller tilsvarende bolig er aktuelle, herunder helse- og omsorgstjenester i hjemmet, dagtilbud, korttidsopphold i sykehjem, opphold i omsorgsinstitusjon, tilrettelegging i hjemmet, hjelpemidler og tekniske løsninger,
- l. pasientens eller brukerens nettverk,
- n. hensynet til personer pasienten eller brukeren bor sammen med, herunder om avlastningstiltak er forsøkt eller vurdert,
- n. om pasienten eller brukeren er til fare for andre eller det er fare for materielle skader,
- o. kommunens organisering av helse- og omsorgstjenestetilbudet og
- p. om geografiske forhold eller forhold ved hjemmet gjør det uhensiktsmessig å gi tjenester der.

¹⁶ Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister, Porsanger kommune

Videre framgår det at avgjørelsen om bruker umiddelbart får langtidsopphold i sykehjem, omsorgsbolig eller settes på observasjonsliste beror på om det er ledig plass i det aktuelle bo- og tjenestetilbudet og om tjenester i hjemmet ansees å være forsvarlig i påvente av ledig plass.

Kriterier knyttet til pasientens eller brukers ønsker

I forskriften¹⁷ § 7 stilles det også krav om at saken må utredes inntil det foreligger et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Et av kriteriene som settes for tilstrekkelig utredning er at det må ha vært dialog med pasient eller bruker og/eller partsrepresentant for å kartlegge behov, innhente samtykke, gi informasjon og veiledning, og få klarhet i pasientens eller brukers ønsker.

Kriterier knyttet til saksutredningen

I forskriften § 8 stilles det krav til en grundig saksutredning, der det skal inngå følgende i den grad det er relevant for saken:

- a. opplysninger om forhold som er nevnt i denne forskriften § 6,
- b. opplysninger fra møte med pasient eller bruker og/eller vedkommendes partsrepresentant, jf. denne forskriften § 7,
- c. resultater fra vurderingsopphold i sykehjem,
- d. opplysninger fra annet helsepersonell og/eller tilbydere av helse- og omsorgstjenester, herunder resultater fra medisinsk, ernæringsmessig eller annen utredning og behandling,
- e. opplysninger fra andre deler av den offentlige forvaltningen,
- f. funn fra IPLOS-kartlegging og
- g. andre opplysninger.

I § 9 framgår det at pasient eller bruker som i enkeltvedtak har fått tildelt disposisjonsrett til tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester har rett til vedtak om de helse- og omsorgstjenestene som skal gis.

5.2.3 Rutiner for systematisk og regelmessig vurdering

Vedtak og inntaksvurdering

Fagkonsulenten opplyser at hun benytter ADL-vurdering¹⁸ som indikator når vedtak fattes i den enkelte sak. ADL er et utredningsverktøy som indikerer hvilket bistandsnivå pasienten eller brukeren har behov for, og kan være et grunnlag for å søke om eller innvilge et høyere omsorgsnivå. Dersom en bruker har behov for utvidet hjemmesykepleie, må det både søkes og gjøres en ny ADL-kartlegging. Fagkonsulenten opplyser at ADL er et levende verktøy som bør brukes aktivt.

Fortløpende vurderinger

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at det ikke foreligger noen nedfelt rutine som beskriver systematisk og regelmessig vurdering av brukernes behov, og at forventningene til å gjøre disse vurderingene ligger i den daglige oppfølgingen av brukerne. Hun oppgir at det fins rutiner for døgnrytmeplan, arbeidsoppgaver og lignende blant annet i opplæringsplanen, og det som skal gjøres hos den enkelte beboer står i tiltaksplanen.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at det føres daglig journal i GERICA for brukere i hjemmetjenesten, og at eventuelle vurderinger vil framkomme i journalen. Personalet og leder for hjemmetjenesten møtes en gang i uka eller annenhver uke for å drøfte hvordan den siste

¹⁷ Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister, Porsanger kommune

¹⁸ ADL er forkortelsen for Activities of Daily Living, et skåringsverktøy som vurderer funksjon hos eldre og personer med funksjonssvikt

uka/ukene har vært for den enkelte beboer. I møtene drøftes det om det er endringer, eventuelle årsaker til disse, om man vurderer at endringene er forbigående eller varige, hvilke behov den enkelte har og om det er nødvendig å gjøre endringer i tiltakene. Drøftingene dokumenteres anonymisert i egen møtebok, og ved endring i tjenester/tiltak oppdaterer helsefagarbeidere og sykepleierne tiltaksplanene i Gerica. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at de ansatte er kjent med møteboka og vet at de kan oppdatere seg der. Dersom man prøver ut tiltak, eller gjør en kartlegging, så evalueres gjerne dette i neste møte. Leder erfarer at det har vært en fordel å ha egne møter til drøfting av overordnet status for den enkelte beboer, forholdet til pårørende og utfordrende situasjoner, da det ofte blir mest fokus på det som har skjedd den aktuelle dagen i rapportmøtene.

Endringer i tjenester

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at tjenestene justeres underveis, og at det er en glidende overgang fra hjemmetjenester i omsorgsbolig, til behovet for institusjonsplass melder seg når funksjonene blir dårlige. Hun opplyser at ved behov kan bemanningen ved Porstun bo- og servicesenter styrkes i påvente av ledig institusjonsplass.

Endringer i hjemmetjenester gjøres når de ansatte anser det nødvendig, så kontaktes pårørende og oppfordres til å søke om økte tjenester. Det er ikke alltid pårørende er enig i hjemmetjenestens vurderinger, for eksempel i tilfeller der det har blitt behov for sykehjemsplass. Leder for hjemmetjenesten tar kontakt med pårørende og informerer om den faglige begrunnelsen, og noen ganger gjennomføres det pårørendemøter. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at det er et ønske å ha pårørende «med på laget» og ikke flytte noen på institusjon uten at de pårørende er enige, og som regel kommer man til enighet når de pårørende har fått tilstrekkelig informasjon om den faglige begrunnelsen. Men noen ganger har det vært nødvendig å gjennomføre endring i tiltak uten at de pårørende er enige. Det har også skjedd at pårørende tenker at bruker bør få plass på sykehjem, og søker om dette. Dersom inntaksteamet ikke er enig, så settes søknaden på vent, det vil si at den tas opp og vurderes hvert møte. De pårørende informeres om inntaksteamets vurdering og får tilbud om at søknaden kan bli stående for fortløpende vurdering inntil behovet er endret. Leder er usikker på om denne informasjonen gis skriftlig eller muntlig. Leder vurderer at kommunen gir forsvarlige tjenester etter behov.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at hjemmetjenesten har stått i en vanskelig situasjon de siste årene ved at tjenesten har vært delvis uten leder og har hatt få sykepleiere i drift, så mange rutiner har forsvunnet. Store deler av personalbasen er byttet ut, og leder har fokus på å implementere rutiner. Blant annet har ADL-oppdatering vært i fokus i august og september. Avdelingsleder for hjemmetjenesten informerer om at ADL-kartlegging skal gjøres ved behov, og det skal gjøres kontinuerlig, men dette glipper. Fagkonsulenten oppfatter at det ikke har vært rutiner for systematisk ADL-kartlegging i hjemmetjenesten, spesielt gjelder dette utetjenesten. Hun opplever at Porstun bo- og servicesenter har hatt bedre rutiner for ADL-kartlegging og på å søke om tjenester i samsvar med de reelle tjenestene som gis. Før sommeren sendte fagkonsulenten informasjonsbrev til hjemmesykepleien og Porstun bo- og servicesenter om at det er viktig å gjøre ADL-vurdering for å registrere hvordan den enkelte bruker fungerer i hverdagen. Hun gikk gjennom vedtakene til brukerne i hjemmetjenesten og ba om oppdatering på ADL for brukere der det var lenge siden kartlegging var gjort. Hun opplever at det har vært en bedring i ADL-kartlegging etter at informasjonsbrevet ble sendt til hjemmetjenesten. Det er nå innført fast rutine for opplæring av ansatte som har behov for det. Leder for hjemmetjenesten og fagkonsulent har blitt enige om at det skal gjøres ADL-kartlegging og oppdatering av vedtak minimum to ganger i året.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten anser at man ved Porstun bo- og servicesenter klarer å fange opp endringer i behov og øke tjenester når funksjonsnivået endrer seg. Det er ikke alltid vedtakene endres i samsvar med de reelle tjenestene som gis, men tiltaksplanene er i stor grad oppdaterte. Sykepleierne eller fagarbeiderne går inn og endrer tiltakene i Gericia ved økte/endrede tjenester. Fagkonsulent og leder for hjemmetjenesten gjennomgår vedtakene jevnlig for å sørge for at de oppdateres i forhold til de reelle tjenestene som gis, da det fort kan gis flere eller mer tjenester enn det som er beskrevet i det opprinnelige vedtaket. Hjemmetjenesten jobber med at det skal søkes om økte tjenester og at ADL-vurdering skal oppdateres, slik at vedtak og tiltak henger sammen.

Det er en relativt fast personalgruppe som jobber ved Porstun bo- og servicesenter, og avdelingsleder for hjemmetjenesten mener det er en fordel med stabil bemanning, da dette bidrar til at de ansatte kjenner beboerne godt og melder fra om endringer og nye behov, for eksempel behov for økt tilsyn eller behov for å bestille mat fra felleskjøkken. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplever at de ansatte følger med og melder fra til henne, eller informerer brukerne eller pårørende om at de bør søke om økte tjenester.

Vurdering og rapportering på systemnivå

Kommunen benytter IPLOS-registrering¹⁹ for å indikere hvordan kommunen bruker sine tjenester. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at IPLOS-score gjøres før årsskiftet og før oppstart av nye tjenester. Fagkonsulenten rapporterer på IPLOS til Kommunalt pasientregister (KPR) en gang i året. Hun opplyser at rapporteringen til KPR genereres ut fra Gericia, og at oppdaterte ADL-vurderinger er viktig for denne statistikken. Avdelingsleder for hjemmetjenesten er i gang med å utarbeide et årshjul for hjemmetjenesten, her inngår også IPLOS-score og ADL-kartlegging. Når årshjulet er ferdigstilt vil hun gjøre det kjent for de ansatte.

Kunnskap fra avviksrapporing

Helse- og omsorgstjenesten i Porsanger benytter Compilo som avvikssystem. Vi har fått oversendt oversikt over antall avvik som er meldt per måned i 2024 og 2025 for hjemmetjenesten. Ved hjemmetjenesten ble det til sammen meldt 78 avvik i 2024, og per september 2025 var det meldt 15 avvik. Leder for hjemmetjenesten opplyser at hun i høst har tatt opp registrering av avvik i personalmøte, da hun opplever at det blir meldt få avvik, og at tenker at det må være flere avvik enn det som registreres. I personalmøtet kom det fram at flere ansatte ikke vet hva Compilo er, eller hvor de finner det. Hun informerte de ansatte om hvor de finner Compilo og om viktigheten av å registrere avvik, slik at kunnskapen kan brukes i forbedringsarbeidet. Vi har ikke mottatt rapporter som viser hvilke kategorier de meldte avvikene gjelder, se for øvrig kapittel 6.4.3.

5.3 Oppfølging av observasjonsliste

I kommunens forskrift, framgår det krav til oppfølging av pasienter eller brukere på observasjonsliste i § 10. Det opplyses at pasient eller bruker som kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, vil få enkeltvedtak med avslag på slikt bo- og tjenestetilbud, men vil samtidig få enkeltvedtak om å få stå på observasjonsliste og om de helse- og omsorgstjenestene som skal gis i ventetiden. Det framgår at de helse- og omsorgstjenestene som gis i ventetiden til enhver tid skal være forsvarlige og behovsdekkende.

¹⁹ IPLOS står for Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk

Ifølge forskriften skal helse- og omsorgssjefen til enhver tid følge med på behovsutviklingen hos pasienter og brukere som står på observasjonslisten, og sørge for at det umiddelbart gis langtidsopphold i sykehjem eller disposisjonsrett til tilsvarende bolig dersom nåværende boform ikke vurderes å være forsvarlig.

Videre framgår det i § 10 at ut over hastesaker, tildeles slike bo- og tjenestetilbud til pasienter og brukere som antas å ha det største behovet ved ledig tilbud. Pasienter eller brukere som står på observasjonsliste må derfor påregne at pasienter eller brukere med mer presserende behov prioriteres foran dem, men har rett til informasjon om hvor lang ventetid de må påregne dersom de henvender seg til helse- og omsorgsadministrasjonen.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at kommunen har venteliste for langtidsplass på sykeavdelingen, og hun oppfatter at administrering og håndtering av ventelister er mellomledernes ansvar. Helse- og omsorgsleder innhenter noen ganger status om ventelister, spesielt dersom hun skal orientere i formannskapet eller andre politiske møter. Akkurat nå er ventelisten kort, per 14.11.25 står én person på venteliste for institusjonsplass, ventelisten har vært markant lengre tidligere. Hun opplyser at noen av beboerne på Porstun bo- og servicesenter står på venteliste for sykehjemsplass.

Fagkonsulent for helse og omsorg opplyser at søknader der kriteriene åpenbart ikke er innfridd avslås, men inntaksteamet har ikke praksis for å avslå søknader dersom det vurderes at bruker mottar forsvarlige tjenester i nåværende tiltak. Dersom det søkes om for eksempel bolig på Porstun bo- og servicesenter, og søker allerede mottar hjemmetjenester som inntaksteamet vurderer er forsvarlige, kan søknaden settes på vent, og tas jevnlig opp til vurdering. Det samme gjelder ved søknad om sykehjemsplass, dersom inntaksteamet vurderer at søker mottar forsvarlige tjenester i hjemmet eller i omsorgsbolig. Fagkonsulenten ser det som et avvik at søkere som står på venteliste for å få søknaden behandlet ikke alltid mottar avslag på sin opprinnelige søknad, og ikke alltid får informasjon om at søknaden står på vent, og dermed ikke får klagemulighet. Kommunen har ikke mottatt tilbakemeldinger på denne praksisen, men informerer søker og/eller pårørende ved behov. Det siste året har det vært ledige plasser på Porstun bo- og servicesenter og ikke så lang ventetid, så det har ikke vært en så stor utfordring siden kapasiteten har vært god, men det har i tidligere perioder vært mye ventetid.

Avdelingsleder for hjemmetjenester og fagkonsulent opplyser at pasienter som innfrir kriteriene for døgnkontinuerlige tjenester og mottar disse på Porstun bo- og servicesenter, ikke alltid settes på venteliste for langtidsplass på sykeavdelingen, fordi man vurderer at søker mottar forsvarlige tjenester som dekker behovene. Søkere som vurderes å innfri kriteriene for langtidsplass, settes på venteliste. Fagkonsulenten uttrykker at hun er usikker på om denne praksisen er riktig, og om alle søkere som innfrir kriteriene for sykehjemsplass burde settes på venteliste for langtidsplass i sykehjem. Både avdelingsleder og fagkonsulent oppgir at søkere som mottar tjenester på Porstun bo- og servicesenter prioriteres dersom de søker om sykehjemsplass, da søknaden ofte kommer på bakgrunn av oppfordring fra de ansatte eller leder for hjemmetjenesten ut fra endringer i funksjonsnivået.

Avdelingsleder for hjemmetjenestens inntrykk er at kommunen som regel klarer å lage gode løsninger for brukerne i løpet av relativt kort tid. Selv om man ikke alltid kan tilby de tjenestene som er søkt om, klarer man å finne løsninger som dekker brukernes behov. Hjemmetjenesten tar i slike tilfeller kontakt med pårørende og forklarer hva som er vurdert og hva som gjøres. Ofte synes pårørende, og kanskje personalet, situasjonen er vanskeligere enn brukeren selv, for

eksempel dersom pårørende mener det er behov for institusjonsplass, men dette ikke kan etterkommes. Hun mener det er viktig å gi god informasjon både til pårørende, brukeren og til personalet. Hun har ikke opplevd at det har oppstått situasjoner der bruker ikke har fått dekket sine behov, og oppfatter at kommunen i stor grad klarer å lage mellomløsninger i påvente av permanente løsninger, og at god kjennskap til familiene, brukernes boliger og hvilke løsninger som er mulig å få til bidrar til dette.

Helse- og omsorgsleder oppfatter at det ikke er opprettet venteliste for sykehjemsplass, men at inntaksteamet har en oversikt over hvem som har et nært forestående behov, og gjør en konkret vurdering når det blir ledig plass. Hun opplyser at det er tjenesten der brukeren mottar tiltak som følger opp utvikling til den enkelte bruker, så gjøres det tverrfaglige vurderinger i inntaksteamet, mens fagkonsulent følger opp selve saksbehandlingen.

Helse- og omsorgsleder opplever at tjenestene samarbeider godt for at brukerne skal få tjenestene de har behov for, slik at de kan bo hjemme lengst mulig. Brukere som er kjent for hjemmetjenesten følges opp, mens det av og til kommer inn saker der tjenestene ikke har vært inne tidligere, og som krever rask oppfølging.

Opplysningene vi har fått fra fagkonsulent, avdelingsleder og helse- og omsorgsleder tilsier ulike oppfatninger av hvorvidt kommunen har en venteliste for langtidsopphold i sykehjem. Helse- og omsorgsleder oppfatter at det ikke er opprettet venteliste for sykehjemsplass, men viser til at inntaksteamet har en oversikt og gjør en konkret vurdering når det blir ledig plass. Avdelingsleder for hjemmetjenester og fagkonsulent har opplyst at det er slik venteliste. Fagkonsulent har opplyst at søknader settes på vent, og at det ikke alltid gis avslag i tilfeller søker oppfylder kriteriene for langtidsplass og samtidig mottar det kommunen vurderer som forsvarlige tjenester. Det er en forskjell mellom at en søknad settes på vent og at en søker settes på venteliste for langtidsopphold i sykehjem, fordi kommunen i sistnevnte tilfelle har tatt stilling til om søkeren oppfylder kriteriene for slik plass. Slik revisor forstår det, er det kun søkere som oppfylder kriteriene for langtidsplass, og ikke mottar heldøgns- eller omfattende tjenester, for eksempel ved Porstun bo- og servicesenter, som settes på venteliste og mottar vedtak om dette. Revisor oppfatter at alle informantene mener at brukere som venter på langtidsplass i sykehjem får forsvarlige tjenester. Vi har også fått opplyst at inntaksteamet har innført ny praksis høsten 2025 med å sette alle søkere som oppfylder kriteriene for langtidsplass settes på venteliste, uavhengig av hvilken tjenesteform vedkommende allerede mottar, og gi avslag på søknader som ikke er tilstrekkelig dokumentert, eller der søker ikke oppfylder kriteriene.

5.4 Revisors vurderinger

Revisor vurderer at revisjonskriteriet om at *Porsanger kommune skal ha fastsatt mål for tjenestetilbudet ved Porstun- bo og servicesenter i liten grad* er oppfylt. Vurderingen bygger på følgende funn:

Kommunen vedtok i 2017 en forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Opplysninger fra kommunens administrasjon indikerer at det er en omforent forståelse av at Porstun bo- og servicesenter er et heldøgns omsorgstilbud med vedtaksbaserte hjemmetjenester som tilsvarer boliger særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester – altså et alternativ til institusjonsplass. Beskrivelsene som gis er at Porstun bo- og servicesenter skal dekke behovet for de som av ulike årsaker ikke kan bo hjemme lengre uten at behovet for det høyeste omsorgsnivået er der (institusjonsplass).

De ansatte i helse- og omsorgsadministrasjonen formidler at det gradvis har vært en stor endring i tjenestetilbudet som gis ved Porstun bo- og servicesenter siden tilbudet ble opprettet for 50-60 år siden, og en ytterligere endring de siste årene, der en del av brukerne som bor ved Porstun bo- og servicesenter har langt større pleiebehov enn tidligere. Dette er også beskrevet i økonomiplanen, der det framgår at de siste årene har vært en lokal og nasjonal satsing på hjemmebaserte tjenester, med mål om at innbyggere skal kunne bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Satsningen kommer av at innbyggere, som generelt lever lengre enn før, har et høyere hjelpebehov og flere sykdommer når de flytter inn i omsorgsbolig eller institusjon. I økonomiplanen framgår det at for å styrke bærekraften i fremtidige omsorgstjenester, vil det fortsatt være en utfordring å forskyve innslagspunktet for når den enkelte innbygger vil ha behov for helse- og omsorgstjenester.

Revisor vurderer at revisjonskriteriet om at *Porsanger kommune ved hjemmetjenesten skal ha rutiner for systematisk og regelmessig vurdering av hvilke behov for helse- og omsorgstjenester beboere ved Porstun bo- og servicesenter har ikke fullt ut* er oppfylt. Vurderingen bygger på følgende funn:

Ut fra informasjonen vi har fått, kartlegges brukernes behov i første omgang i forbindelse med søknad om tjenester, for å vurdere om kriteriene for å motta tjenester er oppfylt, og hvilke tjenester som er nødvendige. Dette gjøres i inntaksteamet, og vi har fått opplyst tildelingskriteriene som finnes i kommunens lokale forskrift er sentrale i vurderingen, sammen med kunnskap om brukerens behov og funksjon. Det utføres ADL-vurdering av søkeren, og kartleggingsbesøk ved behov.

Dersom kommunen mottar søknad om nye eller utvidede tjenester, gjøres det en ny vurdering av brukerens behov i inntaksteamet. Vi får opplyst at søknad ofte kommer inn etter at ansatte eller leder i hjemmetjenesten har oppfordret bruker eller pårørende til å søke.

Våre informanter opplyser at det ikke er en foreligger noen nedfelt rutine som beskriver systematisk og regelmessig vurdering av brukernes behov. Forventningene til å gjøre disse vurderingene ligger i den daglige oppfølgingen av brukerne, og vurderingene skal dokumenteres i journalsystemet Gerica. Brukernes behov drøftes i ukentlige møter i hjemmetjenesten, ved endring i tjenester oppdateres den enkelte brukers tiltaksplan i Gerica. Kommunen opplyser selv at det er en svakhet at vedtaket ikke alltid er oppdatert i samsvar med tiltaksplan. Fagkonsulent og leder for hjemmetjenesten opplyser at det nylig er innført som rutine at ADL-vurdering skal gjennomføres for alle brukerne minimum to ganger i året.

Ut fra informasjonen vi har fått, har kommunen et system for regelmessig vurdering av brukernes behov, selv om det ikke foreligger dokumenterte rutiner som beskriver dette. Kommunen oppgir selv at det er en svakhet at tjenestene som beskrives i vedtak ikke alltid oppdateres i samsvar med tiltaksplanen, det vil si at brukeren kan motta mer omfattende eller andre tiltak enn det som framgår i vedtaket. Etter revisors syn kan dette medfører at det kan bli uklart for bruker og pårørende hvilke tjenester brukeren faktisk mottar, og vanskelig å ivareta egne interesser gjennom blant annet klageadgang.

Kommunen har innført rutine om ADL-kartlegging og oppdatering av vedtak minimum to ganger i året, rutinen er ikke nedfelt enda, men vi har fått opplyst at den skal framgå i årshjul for hjemmetjenesten som er under utarbeidelse.

Revisor vurderer at revisjonskriteriet om at *Porsanger kommune skal føre observasjonsliste over brukere eller pasienter som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold, og følger til enhver tid med på behovsutviklingen til de som står på observasjonsliste* **til dels** er oppfylt. Vurderingen bygger på følgende funn:

Kommunen skal føre venteliste (også kalt observasjonsliste) for brukere eller pasienter som venter på langtidsopphold, og skal fatte vedtak dersom brukere eller pasienter blir satt på ventelisten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a tredje ledd. Det framgår også i kommunens forskrift § 10 at pasient eller bruker som kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester vil få enkeltvedtak med avslag om slikt bo- og tjenestetilbud. Samtidig vil pasienten eller brukeren få enkeltvedtak om å få stå på observasjonsliste, og om helse- og omsorgstjenestene som gis inntil de kan motta et bo- og tjenestetilbud som nevnt.

Opplysningene vi har fått fra fagkonsulent, avdelingsleder og helse- og omsorgsleder tilsier ulike oppfatninger av hvorvidt kommunen har en venteliste for langtidsopphold i sykehjem. Helse- og omsorgsleder oppfatter at det ikke er opprettet venteliste for sykehjemsplass, men viser til at inntaksteamet har en oversikt og gjør en konkret vurdering når det blir ledig plass. Avdelingsleder for hjemmetjenester og fagkonsulent har opplyst at det er slik venteliste. Fagkonsulent har opplyst at søknader settes på vent, og at det ikke alltid gis avslag i tilfeller søker oppfyller kriteriene for langtidsplass og samtidig mottar det kommunen vurderer som forsvarlige tjenester. Det er en forskjell mellom at en søknad settes på vent og at en søker settes på venteliste for langtidsopphold i sykehjem, fordi kommunen i sistnevnte tilfelle har tatt stilling til om søkeren oppfyller kriteriene for slik plass. Slik revisor forstår det, er det kun søkere som oppfyller kriteriene for langtidsplass, og ikke mottar heldøgns- eller omfattende tjenester, for eksempel ved Porstun bo- og servicesenter, som settes på venteliste og mottar vedtak om dette. Revisor oppfatter at alle informantene mener at brukere som venter på langtidsplass i sykehjem får forsvarlige tjenester. Vi har også fått opplyst at inntaksteamet har innført ny praksis høsten 2025 med å sette alle søkere som oppfyller kriteriene for langtidsplass på venteliste, og gi avslag på søknader som ikke er tilstrekkelig dokumentert eller der søker ikke oppfyller kriteriene. Revisor vil bemerke at det har vært en svakhet at kommunen tidligere ikke har gitt avslag på søknader som ikke har blitt innvilget.

Vi presiserer at vurderingene er gjort knyttet til Porstun bo- og servicesenter, og ikke hjemmetjenesten som helhet.

5.5 Konklusjon

Det foreligger ingen formulering av overordnede mål eller intensjoner for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter. Kommunen har ikke hatt en gjeldende helse- og omsorgsplan på mange år, og det er ikke utarbeidet virksomhetsplan for Porstun bo- og servicesenter. Intensjonene for tjenestetilbudet på individnivå framgår av den enkelte brukers vedtak. Ut fra muntlige opplysninger, framgår det som kommuneadministrasjonen har en omforent forståelse av hvilket tjenestetilbud som skal gis ved Porstun bo- og servicesenter, og det framstår for revisor at omsorgsboligene blir benyttet i henhold til de beskrevne intensjonene. Revisor vurderer det som en mangel at intensjonene med Porstun bo- og servicesenter i liten grad er dokumenterte og tilgjengelige for kommunens innbyggere.

Vi har fått opplyst at det ikke foreligger nedfelte rutiner for systematisk og regelmessig vurdering av brukernes behov, men det forventes at disse vurderingene gjøres i den daglige oppfølgingen av brukerne. Vurderingene skal dokumenteres i journalsystemet Gerica, og

brukernes behov drøftes i ukentlige møter i hjemmetjenesten. Ved endring i tjenester oppdateres den enkelte brukers tiltaksplan i Gericca. Kommunen opplyser selv at det er en svakhet at tjenestene som framgår av vedtaket ikke alltid er oppdatert i samsvar med tiltaksplan. Fagkonsulent og leder for hjemmetjenesten opplyser at det nylig er innført som rutine at ADL-vurdering skal gjennomføres for alle brukerne minimum to ganger i året.

Opplysningene vi har fått fra fagkonsulent, avdelingsleder og helse- og omsorgsleder tilsier ulike oppfatninger av hvorvidt kommunen har en venteliste for langtidsopphold i sykehjem. Ut fra opplysningene vi har fått, vurderer vi at kommunen i praksis fører observasjonsliste og følger med på søkerens behovsutvikling. Det er en svakhet at helse- og omsorgsleders ansvar for å følge opp observasjonslisten ikke er avklart.

6 STYRING OG KVALITET I SYKEHJEMSTJENESTEN

Har Porsanger kommune dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?

Revisjonskriterier

Porsanger kommune skal ha et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenesten.

Porsanger kommune skal ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for sykehjemstjenesten, og i hvilken grad dette skal dokumenteres.

I tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skal Porsanger kommune

- *Planlegge aktiviteten i sykeavdelingen, jf. § 6*
- *Gjennomføre sykeavdelingens aktiviteter, jf. § 7*
- *Evaluerer sykeavdelingens aktiviteter, jf. § 8*
- *Korrigerer sykeavdelingens aktiviteter, jf. § 9*

6.1 Føringer for tjenestetilbudet

Det er ikke vedtatt overordnede planer for sykehjemstjenesten i Porsanger kommune og det er heller ikke utarbeidet virksomhetsplan for sykeavdelingen.

6.1.1 Tjenestebeskrivelse sykeavdelingen

Det er utarbeidet en tjenestebeskrivelse for langtidsopphold i institusjon. I beskrivelsen framgår det at målgruppen for langtidsopphold i institusjon er personer som har et omfattende bistandsbehov av et omfang som ikke kan ivaretas ved hjelpe- eller tilsynsbesøk fra hjemmetjenesten, og trenger pleie og stell gjennom hele døgnet.

I tjenestebeskrivelse for sykeavdelingen framgår det at tjenesten må søkes om til kommunen, at søkerens ønsker og behov kartlegges før saken avgjøres, og at det vanligvis gjennomføres hjemmebesøk i forbindelse med kartlegging. Det opplyses også at søkere som oppfyller kriteriene for langtidsopphold, har rett til å få et skriftlig vedtak, selv om det for øyeblikket ikke er ledige plasser på sykeavdelingen eller Solbrått aldershjem. I tjenestebeskrivelsen vises det til at kriteriene for tildeling av langtidsopphold i institusjon er nedfelt i lokal forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier, ventelister.

6.1.2 Tildelingskriterier

Porsanger kommune har vedtatt *Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister*. Det er ikke fastsatt mål for sykeavdelingen i forskriften, men i tildelingskriteriene fremgår det indirekte informasjon om hvilket tjenestetilbud sykeavdelingen er ment å gi. Se nærmere beskrivelse av tildelingskriteriene i forskriften som framgår i kapittel 5.2.2.

6.1.3 *Organisering av sykeavdelingen*

Avdelingsleder opplyser at sykeavdelingen er delt inn i grønn, rød og blå gruppe. Avdelingsleder opplyser at inndelingen er ment som et utgangspunkt, men fleksibel, og at hovedsaken er å legge til rette, slik at pasientene havner på riktig omsorgsnivå. Beskrivelsen av gruppene er ikke skriftliggjort, og gjengis her ut fra muntlig informasjon fra avdelingsleder:

Grønn gruppe

Grønn gruppe er en forsterket, skjermet enhet med åtte plasser med det høyeste omsorgsnivået for pasienter med en varig kognitiv svikt. Pasientene har en demens-diagnose, og må i tillegg ha et utslag som gjør at de ikke kan være på andre grupper. Avdelingsleder oppgir at denne enheten er mest sårbar i forhold til innleie av vikarer, da pasientene der har behov for kjente og trygge ansatte.

Blå gruppe

Blå gruppe har to plasser til kommunal akutt døgnenhet (KAD) og sykestue, og sju langtidsplasser. Ansvarssykepleier har sin faste plass ved blå enhet. Avdelingsleder opplyser at gruppen pasienter som kommer inn på KAD ofte er dårligere, mer akutt syke og har mer kompliserte forløp enn for noen år siden, enten de kommer fra sykehuset eller fra lokal legevakt. Avdelingsleder ser dette som et resultat av samhandlingsreformen, og dette stiller krav til sykepleiere som tør og vil stå i mer kompliserte forløp. Ved blå gruppe er det i tillegg en korttidsplass, og man flekser litt mellom disse tre plassene etter kapasitet og behov, og etter en vurdering av hva som er forsvarlig i forhold til pasientsikkerhet og tilgjengelig personell. Hun opplyser at pasientene som kommer fra sykehuset ofte har et mer avklart behandlingsforløp. Samtidig medfører samhandlingsreformen at pasienter sendes hjem fra sykehus med mer omfattende sykepleierfaglige og medisinskfaglige problemstillinger enn tidligere. Avdelingsleder opplever at det stilles høyere krav til sykepleierkompetansen enn tidligere, da prosedyrene er mer avanserte og pasientene er sykere enn før.

Rød gruppe

Rød gruppe har 10 plasser, hvorav en er satt av til avlastning. Tidligere hadde kommunen en avlastningsavdeling bestående av fem plasser ved Trekløveren, denne er lagt ned etter vedtak i kommunestyret. Solbrått aldershjem og Porstun bo- og servicesenter har også hatt pasienter inne til avlastning i perioder. Ved behov for skjerming og ved kapasitet, har det også vært tatt inn pasienter for korttidsopphold eller avlastning på grønn enhet.

Inntak til korttidsplassene drøftes i inntaksmøtet, mens KAD-plassen ofte vurderes av ansvarssykepleier og vakthavende lege, eventuelt i samråd med avdelingsleder. Avdelingsleder opplyser at inntak til korttidsplasser noen ganger drøftes med aktuelle ledere for de ulike PLO-tjenestene hvis det oppstår et akutt behov for innleggelse. Inntaksmøter kan gjennomføres på kort varsel ved akutte situasjoner.

Sykeavdelingen har en ordning med primærkontakt for pasientene. Avdelingsleder oppgir at de forsøker å ha primærgrupper også, det vil si at de ansatte har en gruppe de primært jobber sammen med, men ved fravær må alle ansatte på avdelingene påregne å bli plassert ved en annen gruppe.

6.2 Ansvar og oppgaver

6.2.1 Helse- og omsorgsleder

Helse- og omsorgsleder beskriver at hun bestiller og legger til rette for prosessene virksomhetslederne skal gjennomføre, blant annet når det gjelder budsjett, HMS og sykefravær. Hennes oppgaver er å sikre at virksomhetslederne har forstått hva de skal gjøre, og sette dem i stand til å utføre oppgavene. Hun opplyser at pleie- og omsorgslederne har et stort lederspenn siden sykeavdelingen og hjemmetjenesten er virksomhetene med flest ansatte. Avdelingslederne får en del lederstøtte fra HR, og skal etter planen få mer lederstøtte fra økonomi. Hun tenker at pleie- og omsorgslederne vil få frigjort tid til å jobbe med rutiner og prosedyrer dersom de får mer lederstøtte til andre oppgaver.

Helse- og omsorgsleder er usikker på om, og eventuelt hvor, roller og ansvar i organisasjonen er beskrevet. Hun tenker at det er avklart at alle virksomhetsledere innenfor helse og omsorg har fag, økonomi- og personalansvar.

6.2.2 Avdelingsleder for sykeavdelingen

Avdelingsleder for sykeavdelingen opplyser at hun innehar rollen både som leder og fagsykepleier. Dette innebærer i hovedsak ansvar for kort- og langdisplassene, avlastning, KAD-plass og sykestue, samt arbeidsgiveransvar for de ansatte. Arbeidsgiveransvaret innebærer blant annet at hun har ansvar for sykefraværsoppfølging, inkludert tilrettelegginger for ansatte ved behov, for eksempel at enkelte ansatte kun skal jobbe med en bestemt gruppe. Hun oppgir at hun har det overordnede ansvaret for den daglige driften.

Avdelingsleders arbeidsoppgaver er sammenfattet i en oversikt som beskriver ansvaret for ansatte, turnusarbeid/fagarbeid, merkantile oppgaver, møtevirksomhet og generelt ansvar. Her framgår det blant annet at avdelingssykepleier har overordnet ansvar for de til enhver tid inneliggende pasienter, og i tillegg å:

- Håndtere og følge opp avvik i Compilo
- Følge opp klagesaker og tilsynssaker
- Fagutvikling i avdelingen
- Bidra i arbeidet med å finne riktig omsorgsnivå for pasienter på søknads-/venteliste i inntaksmøter

6.2.3 Nestleder sykeavdelingen

Ved sykeavdelingen er det også en nestleder i 20 % stilling som har hovedansvar for å bistå avdelingsleder med å følge opp tvangsvedtak og innleie. Nestleder deltar også sammen med leder i møter der det er naturlig, og har ansvar for å utvikle rutiner og prosedyrer dersom hun avdekker at noe mangler, eller finne noen som kan gjøre dette. Avdelingsleder oppgir at ansvaret er beskrevet i arbeidskontrakten til nestleder.

6.2.4 Fagkonsulent helse og omsorg

Fagkonsulenten er leder for inntaksteamet og saksbehandler alle søknader om helse- og omsorgstjenester i kommunen, både for voksne og barn. Hun koordinerer arbeidet med TryggEst i kommunen, en modell for å beskytte risikoutsatte voksne for vold og overgrep. Videre er fagkonsulenten systemansvarlig for journalsystemet Gerica, kontaktperson for henvendelser fra sykehus, oppvekst og andre interne tjenester, behandler klagesaker og gjør kommunens rapportering til Kommunalt pasientregister (KPR). Fagkonsulenten opplyser at hun ikke tar beslutninger alene, hennes oppgave er å innhente informasjon og kartlegge.

6.3 Rutiner og prosedyrer

Avdelingsleder opplyser at sykeavdelingen bruker VAR Healthcare for fagprosedyrer og pleierutiner. Systemet oppdateres fortløpende fra leverandør.

Sykeavdelingen har utarbeidet lokale rutiner som oppbevares i en perm på vaktrommet. Avdelingsleder oppfatter at det er godt innarbeidet blant de ansatte å sjekke i permen dersom de lurte på noe, eller har behov for rutinebeskrivelser. Det har vært drøftet om rutinene bør digitaliseres og har vært enighet om at det er mest hensiktsmessig å gjøre rutinene tilgjengelige i perm, slik at de er tilgjengelige for alle uavhengig av digital kompetanse. Rutinene er i tillegg lagret på felles sikker sone på sykeavdelingens område.

Avdelingsleder opplyser at nye rutiner utarbeides når behovet oppstår eller når det avdekkes mangler. Avdelingsleder har også satt ned en gruppe for å lage prosedyrer på konkrete områder når det har vært behov. Blant annet har det blitt utarbeidet rutiner for situasjoner med savnet pasient etter en konkret hendelse for noen år siden, og avdelingsleder opplyser at de fikk bruk for denne rutinen nylig. Ellers er det nestleder som har ansvar for å utvikle rutiner og prosedyrer dersom hun avdekker at noe mangler, eller finne noen som kan gjøre dette.

Sykeavdelingen har ingen fast rutine for systematisk gjennomgang og oppdatering av rutinene i permen, men avdelingsleder oppgir at dette skal gjøres minimum en gang i året. Avdelingsleder tenker at de kan bli bedre på systematikken i å oppdatere rutinene. Hun oppfatter at rutinene for de mest kritiske situasjonene er mest oppdaterte.

Avdelingsleder opplyser at det ikke er noen systematikk i å informere de ansatte når rutiner i permen oppdateres, utover at det gis informasjon i personalmøter og i morgenmøter som er felles for hele sykeavdelingen.

I tillegg har avdelingen en del rutiner på HMS, og egen perm som gjelder rutiner ved brann. Verneombud følger opp oppdatering og videreutvikling av rutiner som har med HMS å gjøre. Dette gjøres ved oppstått behov samt fast i forbindelse med den årlige vernerunden.

Sykeavdelingen har utarbeidet en opplæringsplan for nyansatte. I planen beskrives arbeidet ved sykeavdelingen og hvilke rutiner og prosedyrer som er relevante for dette arbeidet. Planen er nærmere beskrevet i kapittel 6.5.3. I opplæringsplanen framgår det at nyansatte skal gjennomgå blant annet:

- rutiner for opplæring i bruk av hjelpemidler
- døgnrytmeplan med arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling
- informasjon om HMS-perm og lovverk
- avviksmeldinger og bruk av Compilo
- prosedyreperm
- rutiner for søk etter savnet pasient
- rutiner ved vold og utagerende pasienter
- bruk av tvang
- rutiner ved dødsfall
- bruk av Gericca
- bruk av LMP-funksjonene i mobilene
- rutiner ved brann
- grunnleggende hjelp og observasjon av syke
- sjekkliste for primærkontakt
- oversikt over aktuelle prosedyrer

Leder for sykeavdelingen opplyser at palliativt team gjennomgår prosedyrer som omhandler MORS (rutiner rundt dødsfall) og samarbeid på tvers av tjenester og med legetjenesten ved lindrende behandling. Teamet har også intern undervisning i tema som omhandler palliasjon og er pådrivere i avdelingen i arbeidet med god, lindrende omsorg.

I ROS-analyse på HMS-området for sykeavdelinga 2023 framgår det i handlingsplanen at det blant annet skal gjennomføres personalmøter annenhver måned, prosedyre for smittevernhåndtering skal revideres, prosedyrer i prosedyreperm skal revideres innen september hvert år og at hjelpemiddelkurs skal gjennomføres av alle nyansatte, samt at øvrige ansatte skal ha oppfriskning en gang i året.

Vi finner ikke at kommunen har foretatt en helhetlig vurdering av hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for sykehjemstjenesten og hvordan dette skal dokumenteres.

Legemiddelhåndtering

Avdelingsleder opplyser at det er rutine for legemiddelgjennomgang med tilsynslege, farmasøyt og sykepleier på avdeling to ganger i året. Medisinlistene til alle langtidspasientene gjennomgås da, og avdelingen har i forkant tatt målinger, aktuelle blodprøver og ernæringscreening. Farmasøyt gjør i tillegg årlig systemrevisjon av sykeavdelingens rutiner for legemiddelhåndtering, herunder utdeling av legemidler, regnskap for A/B-preparater og medisindelegasjoner.

Sykeavdelingen har utarbeidet prosedyrer for legemiddelhåndtering, som årlig revideres i forbindelse med farmasøytens systemrevisjon. Ansatte signerer med navn og dato for å bekrefte at de har lest prosedyren for legemiddelhåndtering. I tillegg er det utarbeidet sjekklister for praktisk opplæring av pleiepersonell som har gjennomgått grunnkurs i legemiddellære, og skjema for delegering av myndighet for legemiddelhåndtering. Sykeavdelingen fører oversikt over delegert myndighet til medikamenthåndtering

Rutine for håndheving av tvangsvedtak

Avdelingsleder opplyser at det er ansatte i nær pasientkontakt som utarbeider tvangsvedtak for pasienter der det blir brukt tvang regelmessig, og vedtaket sendes til Statsforvalteren. Hun informerer om at tvang kun benyttes der alle andre tiltak har vært prøvd, og dersom unnlattelse medfører betydelig helseskade. Tvangsvedtakene kan vare inntil et år, og skal evalueres etter tre måneder for å vurdere om det fortsatt er behov for å benytte tvang.

Avdelingsleder opplyser at kommunen har en egen kontaktperson som skal være ressursperson for tvangsvedtak, og dele kompetanse med andre ansatte. Sykeavdelingen benytter mal for vedtak om somatisk helsehjelp til pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Det følger en veiledning til utfylling sammen med malen, i veiledningen framgår det hvilke regler som gjelder og hvilken informasjon som er nødvendig å nedfelle i vedtaket. Sykeavdelingen fører en oversikt over pasienter som har tvangsvedtak der det framgår hvilken type tvang som er vedtatt, vedtakets varighet og fastsatt evalueringsdato.

6.4 Kunnskap om virksomheten og risikovurdering

6.4.1 Oversikt over virksomheten

Avdelingsleder opplyser at hun deltar på morgenmøter tirsdager og fredager når det er legevisitt, dersom det er saker som krever det, for eksempel ved inntak av nye pasienter, eller når det skal

informeres om nye rutiner. Hun har dialog med ansvarssykepleier i løpet av vaktene, og tilgang til Gerica dersom hun har behov for informasjon om enkelte pasienter. Hun opplyser at hun av og til pleier å ta en vakt, eller deler av en vakt, for å få litt oversikt og innblikk i avdelingen. Hun opplever å ha minst oversikt over skjermet avdeling, siden denne er inne i et lukket område. Hun har nylig lyst ut stilling som vernepleier ved grønn enhet som skal ha den daglige oversikten, bidra til aktivitetsplaner og finne primær- og sekundærkontakt. Avdelingsleder opplever at hun har bedre oversikt over blå og rød avdeling siden det er åpne avdelinger.

Helse- og omsorgsleder opplyser at hun følger opp alle virksomhetslederne i mellomledermøter minst en gang per måned, og har egne møter med noen av virksomhetslederne dersom det er behov i tilknytning til enkelte tema eller problemstillinger. I møtene orienterer virksomhetslederne om status i sine tjenester, og helse- og omsorgsleder gir informasjon fra kommunedirektør, og drøfter hvordan eventuelle utfordringer skal løses. Hun oppfatter mellomlederne som en stabil gruppe med mange erfarne ledere som i stor grad er selvgående.

Helse- og omsorgsleder opplyser at hun kan bidra i planlegging av sykeavdelingen og hjemmetjenesten på et overordnet nivå, for eksempel ved å operasjonalisere bestillinger eller oppdrag fra politisk ledelse til konkrete oppgaver. Noen oppgaver delegeres til avdelingsledere, som da eier prosessen og gjennomfører oppgavene, mens helse- og omsorgsleders rolle er å sjekke at framdriften holdes. Hun informerer om at innenfor helse og omsorg organiseres ofte denne type arbeid som prosjekter eller oppgaver med en arbeidsgruppe og en styringsgruppe, for å sikre rapportering og framdrift. Dette gjelder for eksempel arbeidet med Tørn²⁰, dagaktiviteter for demente og felles sykepleierturnus.

Helse- og omsorgsleder oppgir at hun gjennomgår rammer og føringer med virksomhetslederne i mellomledermøtene, og drøfter der hvilke tiltak som kan gjennomføres, hvordan og når.

Avdelingsleder oppfatter at helse- og omsorgsleder holder seg orientert om sykeavdelingen gjennom informasjon fra avdelingsleder. Hun får orientering om status fra hver avdeling i samarbeidsmøtene og mellomledermøtene. I forbindelse med årsrapporten leverer avdelingsleder rapport for avdelingen til helse- og omsorgsleder. Avdelingsleder gir også månedsrapportering på økonomi og under-/ overforbruk og forklaringer på dette, hun oppgir at hun forsøker å skrive grundige rapporter for å forklare sammenhenger.

6.4.2 Rapportering

Kommunen benytter Framsikt som verktøy for gjennomgående ledelse, og for å rapportere og holde seg oppdatert på status i tjenestene. Virksomhetslederne rapporterer månedlig på økonomi, status på eventuelle tiltak og oppdrag og utfordringsbilde i Framsikt, så samordner helse- og omsorgsleder denne informasjonen og rapporterer til kommunedirektør. Kommunedirektør orienterer formannskapet og kommunestyret muntlig ut fra månedsrapporteringene, mens tertialrapporteringen sendes skriftlig.

Helse- og omsorgsleder opplyser at hun ikke har inngående kjennskap til tallene som rapporteres til Kommunalt pasient- og brukerregister årlig, det er fagkonsulent som gjennomgår IPLOS-score som er registrert i Gerica og tar seg av rapporteringen, se kapittel 5.2.3.

²⁰ Tørn er et nasjonalt program i regi av KS

6.4.3 Avvik og klager

Klager

Sykeavdelingen mottok en klage i 2023 og en i 2024. Det er fagkonsulenten som mottar klagene og behandler disse i samråd med helse- og omsorgsleder i første omgang, så vurderes det om det er behov for å innhente vurdering eller innspill fra andre instanser. Helse- og omsorgsleder oppgir at hun er kjent med alle klager på vedtak og deltar i vurderingene rundt om vedtaket skal oppheves eller videresendes til Statsforvalteren. Inntaksteamet involveres ved klager dersom det er behov for å gjøre ny faglig vurdering. I enkelte saker vurderes klagen i samråd med verneombud og/ eller kommunedirektør. Det har hendt at kommunen har sendt klager videre til Statsforvalteren, det har også hendt at kommunen har bedt om Statsforvalterens vurdering i saker på eget initiativ, blant annet når det gjelder tjenestenivå.

I noen saker har kommunen fått medhold hos Statsforvalteren, mens i andre saker har kommunen fått beskjed om å behandle vedtaket på nytt. I en av klagene som ble behandlet av Statsforvalteren fikk kommunen tilbakemelding om at kommunen kunne forbedre sin kommunikasjon med pårørende.

Helse- og omsorgsleder opplyser at hun i samarbeid med fagkonsulent jobber med å bedre kvalitet på vedtakene. Blant annet forsøker kommunen å gjøre helhetlige vurderinger av bruker i vedtakene. Helse- og omsorgsleder opplyser at hun forsøker å bruke tilbakemeldingene fra Statsforvalteren i forbedringsarbeidet, men hun savner mer konkrete tilbakemeldinger, ikke bare en vurdering av om lovkravene er oppfylt eller ikke.

Avvikssystem - Compilo

Helse- og omsorgstjenesten i Porsanger benytter Compilo som avvikssystem. Vi har fått oversendt oversikt over antall tjenesteavvik som er meldt per måned i 2024 og 2025 for henholdsvis hjemmetjenesten og sykeavdelingen. Ved sykeavdelingen ble det til sammen meldt 48 avvik i 2024, og per september 2025 var det meldt 46 avvik. Vi har ikke mottatt rapporter som viser hvilke kategorier tjenesteavvikene gjelder.

Helse- og omsorgsleder opplyser at det har vært et mål fra overordnet ledelse at kommunen skulle jobbe med avvik i 2025, spesielt når det gjelder opplæring av ansatte. Både helse- og omsorgsleder og avdelingsleder ved sykeavdelingen opplever at ansatte i tjenesten melder inn avvik i alle slags kategorier og alvorlighetsgrader i systemet. Helse- og omsorgsleder opplyser at det er tjenestelederne som har ansvar for å motta og håndtere avvik som meldes i Compilo. Avdelingsleder og verneombud har tilgang til avvikene som er meldt inn og drøfter hvordan avvikene skal håndteres. I noen tilfeller innhenter de mer informasjon fra den ansatte som har meldt avvik eller drøfter problemstillinger med andre faggrupper, eller med helse- og omsorgsleder.

Verken helse- og omsorgsleder eller avdelingsleder har rutine for å hente ut oversiktsrapporter på tjenesteavvik registrert i Compilo, da de oppgir å mangle opplæring i å gjøre dette. Avdelingsleder tar ut rapporter i forbindelse med systemrevisjon på medisinhåndtering. Helse- og omsorgsleder ønsker å utnytte Compilo bedre, og å bruke samlet kunnskap om avvikskategorier blant annet i personalmøter, slik at det ikke bare blir håndtering av enkeltavvik. Hun opplyser at HR jevnlig legger frem oversikt over meldte avvik til AMU, særlig når det gjelder HMS og arbeidsmiljøutfordringer, også på bemanning.

Helse- og omsorgsleder er kjent med at det er mange av avvikene som handler om medikasjon, for eksempel at det er funnet en tablett i sengen til bruker som bruker ikke har tatt. Leder for sykeavdelingen bekrefter at det meldes en del avvik på medikasjon, for eksempel at medisiner ikke er gitt eller manglende signering. Innleid farmasøyt går gjennom avvikene årlig og bidrar med å finne rutiner som forebygger lignende avvik i framtiden. Hun har også mottatt avviksmelding på at det er for få på jobb, og for mye å gjøre. Hun har brukt denne informasjonen som innspill i arbeidet med å prøve ut felles sykepleieturnus, for å se på om turnusen kan gjøres mer robust i forhold til uplanlagt fravær. Enkelte avvik sendes videre til helse- og omsorgsleder, dersom de ikke kan løses på avdelingsnivå, for eksempel samhandlingsavvik. Det henger en skriftlig rutine for hvordan avvik skal føres/meldes på vaktrommet. Hun opplever at håndteringen av avvik og dokumentasjon av dette ivaretas av saksflyten i Compilo, og at det ikke har vært behov for å utarbeide ytterligere rutiner utover dette.

6.4.4. Risikovurdering

Helse- og omsorgsleder opplyser at det ikke er gjennomført overordnet vurdering av fare for svikt innenfor helse- og omsorgsområdet i nyere tid. ROS-analysene de har gjennomført er knyttet til HMS, spesielt når det gjelder muskel- og skjelettplager.

Helse- og omsorgsleder ønsker seg et overordnet HMS-system med handlingsplan på et overordnet nivå som kan gi mer retning på rutinene og prosedyrene. Hun ønsker seg også et mer overordnet kvalitetssystem for rutiner og praktisk gjennomføring av tjenestene, utenom rutinene som ligger i VAR. Hun tenker at kommunen har en del rutiner, men at disse er fragmenterte.

Ved sykeavdelingen gjennomføres det årlig systemrevisjon på legemiddelhåndtering. Avdelingsleder opplever at den årlige revisjonen bidrar til gode og oppdaterte rutiner for medisinhåndteringen. Det er to ansatte i avdelingen som har som oppgave å telle A- og B-preparater annenhver uke, og følge opp eventuelle mangler ved signering eller utlevering, også i det daglige. Avdelingsleder oppgir at dette har ført til færre avvik og bedre oppfølging av medikamenthåndteringen i avdelingen.

Avdelingsleder opplyser at i forbindelse med tilsyn fra Arbeidstilsynet i 2023 ble det gjort en gjennomgang av risikoområder i sykeavdelingen. Tilsynet gjaldt muskel- og skjelettplager, men tjenesten gjorde en risikovurdering også av andre områder innenfor HMS, dette resulterte blant annet i rutiner for fall og savnet pasient. Hun opplyser at det ikke har blitt gjennomført en tilsvarende gjennomgang av risiko på pasientsikkerhet eller områder med fare for svikt. I forbindelse med innleie av vikarer gjøres det vurdering av kravene til bemanning. Kravene er at det skal være minimum en sykepleier og to helsefagarbeidere på dag- og kveldsvakt, på natt er det krav til en sykepleier og en helsefagarbeider. Utover dette er det ingen systematisk gjennomgang av risiko knyttet til pasientgruppen og antall fagpersoner.

Risikovurdering av sykeavdelingen- helse, miljø og sikkerhet

Sykeavdelingen gjorde i 2023 en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) som gjelder helse, miljø og sikkerhet (HMS). I forbindelse med ROS-analysen, ble det gjort en kartlegging delt opp i to hovedområder; fysiske skader og psykiske belastninger. Innenfor fysiske skader og slitasje ble det kartlagt og planlagt tiltak under følgende områder:

- Vold og trusler
- Slitasje- og belastningsskader
- Høyt sykefravær
- Medisinrom (utforming)

- Smitte
- Høy arbeidsbelastning
- Svikt i medisinteknisk utstyr
- Brann

Innenfor psykiske plager ble det kartlagt følgende områder:

- Vold og trusler
- Høyt sykefravær
- Høy arbeidsbelastning
- Konflikter, trakassering/mobbing
- Rasistisk/sjåvinistisk trakassering
- Digital trakassering
- Svikt i medisinteknisk utstyr
- Brann
- Savnet pasient
- Misbruk av medikamenter
- Akuttmottak og legevakt på sykeavdelingen
- Bemanning
- Opplæring av nye ansatte
- Emosjonelle belastninger

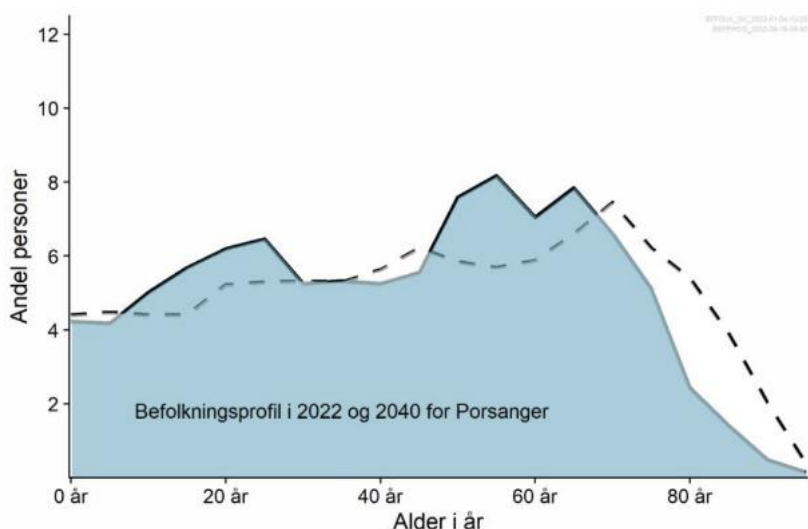
Avdelingsleder for sykeavdelingen opplyser at ansatte har bidratt i arbeidet ved at de har kommet med forslag til områder som bør være med i ROS-analysen og fått anledning til å komme med forslag til tiltak. Tilbakemeldingene ble gjennomgått av leder, tillitsvalgte og verneombud, og relevante tilbakemeldinger ble brukt i det videre arbeidet med å lage planer og prosedyrer.

Vi har ikke fått informasjon om eller dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger knyttet til selve tjenestetilbudet.

Helhetlig ROS-analyse, Porsanger kommune

Porsanger kommune har vedtatt en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse med kriseledelse som tema. Planen er utarbeidet av beredskapskoordinator Midt-Finnmark og beredskapsansvarlig i Porsanger kommune, og gjelder for perioden 2025-2029. Et av formålene med den kommunale beredskapsplikten som beskrives i planen er å gi oversikt, kunnskap og bevissthet om samfunnssikkerhetsutfordringer og hvilke virkninger disse vil ha for befolkning og lokalsamfunn.

Under kapittel 2.4 om demografi, befolkningsprognoser og bosetningsmønster er aldersfordeling i Porsanger kommune for 2022 og framskrevet for 2040 tatt inn:



Kilde: Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse 2025-2029, Porsanger kommune

I planen beskrives det at Porsanger i årene framover vil få flere eldre og færre unge, og at dette er noe kommunen må ta med i sin planlegging. Videre framgår det at det vil bli et økende behov for satsing på forebyggende tiltak, lavterskeltilbud og digitalisering, og at helse- og omsorgssektoren har satt som overordnet resultatmål at helse- og omsorgsavdelingen gjennomgående skal ha søkelys på forebygging, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i utvikling og utøvelse av tjenestene. Det beskrives at i dette ligger et behov for å innovativt forme nye tjenester og roller i kommunehelsetjenestene, med målsetting om informasjon og veiledning til innbyggerne, spesielt rettet mot aldersgrupper som vil utgjøre morgendagens brukere av helse- og omsorgstjenester.

6.5 Kompetanse og opplæring

Helse- og omsorgsleder kjenner ikke til at det er foretatt kompetansekartlegging innenfor helse og omsorg i Porsanger kommune i nyere tid. Helse- og omsorgsleder og avdelingsleder opplyser begge at de har oversikt over hvor mange sykepleiere, fagarbeidere osv. som er ansatt, men har ikke oversikt over videreutdanninger, kursing og lignende.

Avdelingsleder får inn kursbevis når de ansatte har vært på kurs, og oppbevarer disse i perm og i personalmappe. De ansatte har tilgang på KS læring, og tar kurs der utfra egne interesser eller ønsker. Hun opplyser at medikamentkurs blant annet ligger på KS læring. Ved avdelingen er det to som er Noklus-ansvarlige²¹, det vil si at de har fått opplæring i håndtering av ulike prøver. Avdelingsleder opplyser at det også gis opplæring ved behov ut fra enkeltpasienters behov for behandling eller spesielle hjelpemidler. Alle ansatte skal ha gått gjennom hjelpemiddelkurs. Kommunen har også lagt til rette for at assistenter får kompetanseheving gjennom opplæringskontoret. Videre gjennomføres det kurs i brannsikkerhet fire ganger i året for alle ansatte i PLO-tjenestene.

Avdelingsleder tar opp oppdatering av lovverk eller retningslinjer i møter med de ansatte. Hun opplever at de ansatte også selv er bevisste når det gjelder å holde seg oppdatert på ny kunnskap og dele den med hverandre.

²¹ Noklus er en forkortelse for Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser

Kommunen har fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til kompetanseheving på lindring av palliative pasienter, og har opprettet et lindrende team på tvers av turnustjenestene.

Avdelingsleder opplyser at sykeavdelingen har et nært samarbeid med alderspsykiatrisk poliklinikk (APO) fra Universitetssykehuset Nord-Norge. APO besøker henviste pasienter på sykeavdelingen to ganger i året, og kan kontaktes dersom man trenger råd og veiledning i forhold til medikasjon eller pasientbehandling utover de faste møtene. Avdelingsleder opplever at samarbeidet styrker kvaliteten i omsorgen og sikrer at pasientene får best mulig oppfølging, og bidrar til kompetanseheving.

6.5.1 Bemanning og rekruttering

I kommunens årsrapport opplyses det at sykeavdelingen har en bemanningsfaktor på litt over en, det vil si 28 plasser med 30,78 årsverk. Bemanningssituasjonen beskrives som marginal, og gjør tjenesten sårbar ved fravær og vakanser. I løpet av vinteren 2024 ble alle sykepleierstillingene besatt, og tiltak med å tilby fulle stillinger ved ledighet har gitt høyere grunnbemanning på 33 årsverk fra 2025.

Avdelingsleder opplever at de økonomiske rammene til sykeavdelingen er for trange for å kunne drifte i henhold til lovkravene, dette medfører overforbruk særlig på personal, siden det er mangel på sykepleiere for å kunne dekke behovet til enhver tid. Mangel på sykepleiere medfører behov for å bruke overtid.

Helse- og omsorgsleder og leder for sykeavdelingen opplyser at det ikke benyttes så mye innleide vikarer til vanlig, og at man i det lengste forsøker å unngå innleie av sykepleiervikarer fra byrå. I sommer var det behov for å leie inn en sykepleier og en medisinstudent fra vikarbyrå i forbindelse med vakanse i hjemmetjenesten og ferieavvikling. Kommunen har nå tilsatt sykepleiere i alle hjemlene, og har per i dag ingen innleide sykepleiervikarer.

Felles sykepleierturnus

I kommunens årsrapport for 2024 framgår det at kommunen har rekrutteringsutfordringer innenfor helse og omsorg. Kommunestyret vedtok i juni 2024 at rekruttering og stabilisering innenfor sektoren skulle prioriteres gjennom blant annet økt grunnbemanning, heltidskultur, arbeid med turnuser og insentiver. Ifølge årsrapporten er denne bestillingen iverksatt ved at ansatte som ønsker det har fått tilbud om fulle stillinger ved ledighet, og at grunnbemanningen er noe økt som følge av dette tiltaket. I tillegg jobber tjenestelederne med et forslag til felles sykepleierturnus i hjemmetjenesten, sykeavdelingen og på legestasjonen/legevakt.

Ifølge helse- og omsorgsleder er målet med prosjektet å etablere en felles sykepleietjeneste for å få mer kostnadseffektiv drift og høyere kvalitet på tjenestene. Det er foreslått en økt grunnbemanning med fem årsverk for å redusere behovet for overtid og ekstern innleie, samt skape et mer stabilt arbeidsmiljø med lavere belastning for de ansatte. Det er gjort en bemanningskartlegging og det er utarbeidet et forslag til turnus for å kunne regne ut budsjettammen. Hun beskriver utfordringer man har sett når det gjelder bemanning i helse og omsorg:

- Vanskelig å rekruttere og stabilisere
- Høyt sykefravær
- Dårlig ressursutnyttelse av sykepleierkompetanse
- Økt behov for sammensatte tjenester

Helse- og omsorgsleder håper ordning med felles sykepleierturnus kan bidra til å få mer tilgjengelig sykepleierkompetanse i hjemmetjenesten. Det er opprettet en arbeidsgruppe for prosjektet som består av alle lederne innenfor turnustjenestene i helse.

Hun opplyser at arbeidet med felles sykepleierturnus har gått saktere enn ønskelig på grunn av manglende administrativ kapasitet og belastningen i de enkelte tjenestene. I løpet av høsten 2025 har alle ansatte i turnustjenestene fått informasjon om bestillingen fra kommunestyret, målene man ønsker å oppnå og hvordan de ansatte kan involveres og gi innspill. Helse- og omsorgsleder opplever at tilbakemeldingene fra de ansatte på felles sykepleierturnus i all hovedsak er positive.

Helse- og omsorgsleder opplyser at det gjenstår noen avklaringer, blant annet rundt hvem som skal ha ansvar for gruppen og hvor de skal rapportere. Målet er at den økonomiske rammen skal være kartlagt i løpet av høsten, slik at eventuelle behov for tilførte midler skal kunne tas opp i forbindelse med behandling av budsjettvedtaket.

Tørn kommune

Porsanger kommune deltar i programmet Tørn kommune i regi av KS. Tørn er et nasjonalt program som skal støtte kommunene i organiseringen av arbeidet og arbeidstiden i kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet med fokus på å bruke knapp fagkompetanse der den trengs mest²². Tørn kan bidra til å systematisk se på ulike vaktlengder og turnusordninger. Ifølge avdelingsleder for sykeavdelingen er hensikten med prosjektet å finne nye arbeids- og organisasjonsformer i kommunen, og arbeidet med Tørn skal kobles inn i prosessen med felles sykepleierturnus.

6.5.2 Kompetansehevingsplan helse og omsorg

Helse- og omsorgsleder opplyser at det er utarbeidet en kompetansehevingsplan der hver tjeneste har meldt inn hva man ønsker å satse på og behov for kompetanse, så gjør ledergruppa prioriteringer, og helse- og omsorgsleder søker kompetansehevingsmidler. Planen er utarbeidet for helse og omsorg som samlet enhet, ikke for den enkelte tjeneste.

Helse- og omsorgsleder opplever at behovet for kompetanse ved sykeavdelingen og hjemmetjenesten varierer med brukergruppen som til enhver tid er der. Ellers har de ansatte fortløpende behov for opplæring i ABC-demens²³ og akuttmedisin-kurs. Kommunepsykologen arrangerer jevnlig kurs som ansatte kan delta på. Hun opplyser at når en tjeneste arrangerer kurs, forsøker man å inkludere andre tjenester, slik at flere kan delta.

Avdelingsleder opplyser at sykeavdelingen har deltatt i kompetanseheving på klinisk observasjonskompetanse, og at ansatte har fått basiskunnskap for blant annet å gjøre vitale målinger og observasjoner når en pasient endrer seg fra å være normal til å bli kritisk dårlig.

Lindrende team har som mål å arrangere «lunsj og læring» to ganger i høst for hele avdelingen. Teamet har hatt et kurs høsten 2025 for ansatte i sykeavdelingen, og vil holde et kurs til for legene. Avdelingsleder opplyser at alle ansatte har hatt HLR-opplæring i løpet av 2025, og at det skal være oppfriskningskurs over nyttår. Hun har også nylig bedt sykepleiergruppa om innspill til tema for «lunsj og læring» framover.

²² KS - Dette er Tørn kommune

²³ Demensopplæring utviklet av Nasjonalt senter for aldring og helse

I tillegg gjennomføres det kompetanseheving i personalmøtene, for eksempel i ABC-demens. ABC-demens har i hovedsak vært for grønn avdeling, men alle ansatte som ønsker har fått være med på det. Det er to grupper som møtes ca. en gang i måneden, og i høst skal det være en felles samling for ansatte på rådhuset med foredragsholdere fra undervisningssykehjem for sykehjem og hjemmetjenester i Finnmark.

6.5.3 Opplæring av nyansatte

Sykeavdelingen har utarbeidet en opplæringsplan for nyansatte helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Avdelingsleder opplyser at det er en opplæringskomite som har utarbeidet opplæringsplanen. Alle nyansatte har i utgangspunktet minimum tre opplæringsvakter der man går gjennom opplæringsplanen. Etter de tre vaktene vurderes det om det er behov for mer opplæring, eller om vedkommende kan begynne å jobbe selvstendig. Sykeavdelingen forsøker også å benytte vikarer som har vært der tidligere og allerede har gjennomført opplæring.

Avdelingsleder opplyser at sykeavdelingen har en hjelpemiddelansvarlig som har ansvar for opplæring og oppfriskning i bruk av hjelpemidler som seil, heis og rullestol. Alle ansatte plikter å gjennomføre hjelpemiddelskurs, og alle ansatte som ønsker det kan delta på kurs for oppfriskning av kunnskapen. Hun beskriver at hjelpemidlene bidrar til å lette de ansattes arbeid og bidrar til å forebygge muskel- og leddskader.

6.6 Medvirkning fra brukere og ansatte

Kommuneadministrasjonen oppgir at det ikke er gjennomført brukerundersøkelser innenfor helse og omsorg de siste årene.

6.6.1 Pårørendekoordinator

Helse- og omsorgsleder opplyser at kommunen nylig har ansatt en pårørendekoordinator for hele helse- og omsorgsfeltet i et års prosjektstilling etter å ha mottatt tilskuddsmidler. Mandatet til pårørendekoordinatoren er å lage en handlingsplan for pårørendearbeid og informasjonsarbeid, samt gi kompetanseheving til både ansatte og pårørende. En av hovedoppgavene til koordinatoren er å få systematisert og strukturert informasjon om hva kommunen har av tilbud og nå ut med dette til brukerne. Handlingsplanen skal forankres hos tjenesteledere, ansatte, pårørende og brukere. Helse- og omsorgsleder håper kommunen kan søke tilskudd om en fast 40-50% stilling som prosjektkoordinator etter at prosjektperioden er over, da hun vurderer at pårørende er en stor og viktig ressurs i helse- og omsorgstjenestene framover. Hun tenker kommunene vil være avhengige av at pårørende klarer omsorgsoppgaver lengst mulig, og at kommunen kan støtte de pårørende bedre.

6.6.2 Brukerutvalg for institusjons- og hjemmetjenester

Porsanger kommune har opprettet et brukerutvalg for institusjons- og hjemmetjenester, og det er fastsatt retningslinjer for utvalget. I retningslinjene framgår det at utvalget skal være et rådgivende organ som på systemnivå skal bidra til å styrke brukarmedvirkning og gjennom dette øke kvaliteten på tjenester. Mandatet til utvalget er å behandle og gi råd i saker som vedrører tjenestenes kvalitet og innhold, uttale seg i prosesser som berører strategi, planlegging og utviklingsarbeid, orientere om tilsynsrapporter og avviksbehandling på systemnivå, og være en samhandlingsarena for dialog mellom brukere og tjenester. Utvalget er administrativt og rapporterer til formannskapet og kommunestyret gjennom referat. Brukerutvalget skal ha 10 medlemmer bestående av:

- Fem brukerrepresentanter
- Sektorleder helse og omsorg
- Avdelingssykepleier sykehjem

- Avdelingsleder hjemmetjenesten
- To ansattrepresentanter: Verneombud sykehjem og verneombud hjemmetjenesten

Utvalget konstituerer seg selv og skal i utgangspunktet ha minimum to møter i året. Ifølge helse- og omsorgsleder har utvalgets arbeid ligget nede et år, og det har nylig vært et møte i oktober, da var forrige møte for et år siden.

Helse- og omsorgsleder opplever det som nyttig at hun får gitt informasjon om status i avdelingene i brukerutvalget, og får innspill om hva brukerne ønsker. Blant annet kan det være ønsker rundt måltidstidspunkt fra brukerrepresentantene, og da kan kommunen gi informasjon om hvilke vurderinger som ligger bak gjennomføring av måltidstidene. Hun tenker at det blir viktig at informasjonen fra møtene i brukerutvalget når ut til flere, at medlemmene klarer å videreformidle det som blir tatt opp.

I referater og sakslister vi har mottatt framgår det at saker som har vært behandlet i brukerutvalget blant annet er: nøkkelordning på Porstun, kunnskapsgrunnlag til kommunedelplan, årsbudsjett og vedtak som berører helse og omsorg, tilbud fra kjøkken på Porsanger helsetun, tilgjengelighet felleskjøkken på Porstun, WiFi- dekning på sykeavdelinga og velferdsteknologi.

Pårørende og brukere kan ellers gi tilbakemeldinger direkte til de ansatte eller lederne for tjenestene.

6.6.3 Ansattes medvirkning

Avdelingsleder opplyser at det gjennomføres felles morgenmøter for rød, blå og grønn gruppe som et tiltak for å sikre at informasjon når fram til alle ansatte. Tidligere hadde grønn enhet egne morgenmøter, og man så at det oppstod avvik på informasjon som burde vært gitt til hele huset fra dem, eller til dem.

Det gjennomføres personalmøter for sykeavdelingen annenhver måned. Ifølge avdelingsleder er tema i personalmøtene nye prosedyrer, informasjon til de ansatte ved endringer og om ulike programmer kommunen er tilknyttet, informasjon fra ledelsen, for eksempel om ny felles sykepleieturnus. Ifølge avdelingsleder får de ansatte også mulighet til å ta opp saker i forkant av personalmøtet.

Sykeavdelingen har en arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, verneombud, leder og nestleder (TVVO). Disse møtes månedlig i forkant av hvert personalmøte. Tema for disse møtene kan blant annet være turnus, kompetanseheving og utviklingsprosjekter. Gruppa arbeider også med Tørn-programmet.

6.7 Revisors vurderinger

Revisor vurderer at Porsanger kommune **til dels** har et dokumentert styringssystem for sykehjemstjenesten. Vurderingen bygger på følgende funn:

Kommunen har ikke utarbeidet sentrale styringsdokumenter innenfor helse og omsorg, utover forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister. Det er ikke fastsatt mål for sykeavdelingen i forskriften, men i tildelingskriteriene fremgår det indirekte informasjon om hvilket tjenestetilbud sykeavdelingen er ment å gi. Kommunen har ikke hatt en gjeldende helse- og omsorgsplan på mange år, og det er ikke utarbeidet virksomhetsplan for Porsanger helsetun.

Det er utarbeidet en tjenestebeskrivelse for langtidsopphold i institusjon der det framgår at langtidsopphold i institusjon er for personer som har et omfattende bistandsbehov av et omfang som ikke kan ivaretas ved hjelpe- eller tilsynsbesøk fra hjemmetjenesten, og trenger pleie og stell gjennom hele døgnet.

Det er utarbeidet planer på enkelte områder, som kompetansehevingsplan for helse og omsorg og opplæringsplan for sykeavdelingen, og det foretas forløpende og konkrete vurderinger av behov for nye eller oppdaterte skriftlige rutiner.

Vi finner imidlertid ikke at kommunen har foretatt en helhetlig vurdering av hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for sykehjemstjenesten, og hvordan dette skal dokumenteres. Helse- og omsorgsleder uttrykker at hun ønsker seg et mer overordnet kvalitetssystem for rutiner og praktisk gjennomføring av tjenestene, utenom rutinene som ligger i VAR. Hun tenker at kommunen har en del rutiner, men at disse er fragmenterte.

Ut fra ovenstående opplysninger vurderer revisor videre at revisjonskriteriet om at *Porsanger kommune skal ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig for sykehjemstjenesten, og i hvilken grad dette skal dokumenteres* **ikke er oppfylt**. Det er ikke et etablert et helhetlig styringssystem, og dermed heller ikke rutiner for jevnlig gjennomgang av styringssystemet. Etter revisors syn gir dette en risiko for at svikt ikke avdekkes og følges opp.

Revisor vurderer at Porsanger kommune **til dels** har oppfylt revisjonskriteriene om å *planlegge, gjennomføre og korrigere sykeavdelingens aktiviteter i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Når det gjelder å *evaluere* sykeavdelingens aktiviteter, vurderer revisor at kommunen **i liten grad** har oppfylt revisjonskriteriet. Vurderingene bygger på følgende funn:

Planlegge og gjennomføre

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.

Vi vurderer at det ikke er klare beskrivelser av mål for sykehjemstjenesten, da det verken foreligger helse- og omsorgsplan eller virksomhetsplan. Helse- og omsorgsleder og leder for sykeavdelingen oppgir at de mottar føringer for tjenesten gjennom kommunestyrets vedtak og økonomiplan.

Organisering og ansvar framstår klart for de ansatte vi har snakket med, men er i liten grad dokumentert. Det er ikke oppnevnt stedfortreder for helse- og omsorgsleder, som har vedtaksmyndighet.

Oppgaver og aktiviteter beskrives i tjenestebeskrivelse, tildelingskriterier og døgnrytmeplanen som framgår i opplæringsplanen for sykeavdelingen. Avdelingssykepleiers oppgaver er sammenfattet i en oversikt, utover dette har vi ikke fått forelagt stillings- eller funksjonsbeskrivelser.

Helse- og omsorgsleder uttrykker at kommunen har en del rutiner, men at disse er fragmenterte, og at hun ønsker seg et overordnet kvalitetssystem for rutiner og praktisk gjennomføring av tjenestene. Ved sykeavdelingen er det utarbeidet egne rutiner for blant annet savnet pasient, håndtering av fall, medisinerings, hjelpemidler, bruk av tvang, utagerende pasienter og dødsfall. Rutinene gjøres tilgjengelig for ansatte i prosedyreperm på vaktrommet. Vi har fått opplyst at

det fortløpende utarbeides nye rutiner når det oppstår behov. I tillegg til egne rutiner som er tilgjengelig for ansatte i prosedyreperm på vaktrommet, benytter Porsanger helsetun støttesystemet VAR Healthcare, der ansatte kan finne dokumenterte og oppdaterte fagprosedyrer og pleierutiner. Det er også utarbeidet en rekke rutiner knyttet til HMS og brannsikkerhet.

Avdelingen har legemiddelgjennomgang med tilsynslege, farmasøyt og sykepleier to ganger i året, i tillegg gjennomfører farmasøyt årlig systemrevisjon av rutiner for legemiddelhåndtering. Leder for sykeavdelingen opplyser at det er innført ordning med to ansatte som jevnlig teller A- og B-preparater og følger opp eventuelle mangler. Hun oppgir at dette har ført til færre avvik og bedre oppfølging av medikamenthåndteringen i avdelingen.

Kommunen har innført Compilo som avvikssystem, og vi får opplyst at de ansatte ved sykeavdelingen bruker systemet og melder avvik på ulike områder og med ulik alvorlighetsgrad. Enkeltavvik håndteres og følges opp, men helse- og omsorgsleder og leder for sykeavdelingen har ikke rutine for å hente ut oversiktsrapporter fra Compilo for å bruke kunnskapen om avvik samlet i forbedringsarbeidet.

Leder for sykeavdelingen opplyser at hun følger med på den daglige driften i avdelingen gjennom morgenmøter, personalmøter og i dialog med de ansatte. Kommunen har på et overordnet nivå kunnskap om virksomheten og driften gjennom rapportering mellom leder for sykeavdelingen og helse- og omsorgsleder, både muntlig og gjennom Framsikt. Vi har fått opplyst at helse- og omsorgsleder rapporterer jevnlig til kommundirektøren. Utfordringer for pleie- og omsorgstjenestene er beskrevet i kommunens årsrapport for 2024 og i økonomiplan for 2025-2028, men det er ikke fortatt dokumenterte risikovurderinger knyttet til driften ved sykeavdelingen, utover når det gjelder HMS. Vi finner derfor ikke at kommunen har gjort en overordnet vurdering av områder i sykehjemstjenesten der det kan være fare for brudd på krav til forsvarlighet eller pasientsikkerhet.

Porsanger helsetun fører oversikt over de ansatte og deres grunnkompetanse. Det er ikke foretatt kompetansekartlegging de siste årene, og det føres ikke oversikt over videreutdanning, kursing og lignende. Kommunen har utarbeidet en kompetansehevingsplan for helse og omsorg som samlet enhet.

Kommuneadministrasjonen oppgir at det ikke er gjennomført brukerundersøkelser innenfor helse og omsorg de siste årene. Helse- og omsorgsleder opplyser at kommunen nylig har ansatt en pårørende koordinator for hele helse- og omsorgsfeltet, og det er opprettet et administrativt brukerutvalg for institusjons- og hjemmetjenester. Pårørende og brukere kan ellers gi tilbakemeldinger direkte til de ansatte eller lederne for tjenestene.

Ansatte får informasjon og kan melde inn saker i daglige morgenmøter og personalmøter som gjennomføres annenhver måned. Sykeavdelingen har også en arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, verneombud, leder og nestleder, som kan medvirke.

Evaluerer

Etter revisors syn, vil det være vanskelig å kontrollere at virksomhetens plan og mål gjennomføres, når disse ikke er fastsatt.

Avdelingsleder opplyser at prosedyrepermen oppdateres minimum en gang i året, men hun tenker at de kan bli bedre på systematisk gjennomgang og oppdatering av rutiner, samt

informasjon til ansatte ved endringer. Fagprosedyrer og pleierutiner i VAR oppdateres fortløpende sentralt fra leverandør.

Verken helse- og omsorgsleder eller avdelingsleder har en overordnet oversikt over hvilke kategorier avvik det meldes på, eller rutine for å hente ut oversiktsrapporter fra Compilo. Det er ikke gjennomført ROS-analyse som gjelder pasientsikkerhet eller tjenestekvalitet, derfor kan virksomheten heller ikke evalueres i forhold til denne. Kommunen rapporterer til KPS, men det framstår ikke som kommunen benytter kunnskapen fra rapporteringen eller fra de meldte avvikene i forbedringsarbeidet. Ut fra opplysningene vi har fått, gjøres det ingen systematisk gjennomgang av styringssystemet.

Korrigere

Avdelingsleder opplyser at det utarbeides rutiner når det oppstår behov, for eksempel etter uønskede hendelser. Tilbakemeldinger fra klagesaker behandlet hos Statsforvalteren tas også til etterretning. Ved sykeavdelingen gjennomføres det årlig systemrevisjon på medikasjon, og resultatene fra revisjonen har ført til endringer for å redusere risiko på dette området. Det framstår som svikt korrigeres når den oppstår, eller påpekes utenfra, i tilknytning til enkelthendelser. Det er imidlertid ingen systematikk i arbeidet med kvalitetsforbedring, basert på risikoanalyse.

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

6.8 Konklusjon

Revisors samlede konklusjon på problemstilling 2 er at Porsanger kommune **til dels** har dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i sykehjem er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer.

7 ANBEFALINGER

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

- Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter
- Vurderer om tjenestetilbudet ved Porstun bo- og servicesenter bør beskrives nærmere
- Sørger for at vedtak oppdateres i henhold til de faktiske tjenester som utøves
- Klargjør hvem som har det overordnede ansvaret for oversikt over og oppfølging av venteliste for langtidsplass i sykehjem

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

- Sørger for at det fastsettes mål for tjenestetilbudet ved Porsanger helsetun
- Videreutvikler sitt styringssystem for Porsanger helsetun og vurderer hvor omfattende det bør være, og i hvilket omfang det bør dokumenteres når det gjelder blant annet:
 - o Beskrivelse av ansattes ansvar og oppgaver
 - o Oppdatert tjenestebeskrivelse
 - o Systematisk innhenting av pasienters- og/eller pårørendes tilbakemeldinger
 - o Oversikt over ansattes kompetanse
 - o Helhetlig system for rutiner og kvalitetsarbeid
 - o Å bruke kunnskap fra avviksrapportering i forbedringsarbeidet
 - o Rutine for risikovurdering
- Evaluere styringssystemet for Porsanger helsetun jevnlig

8 UTTALELSE

KomRev NORD sendte rapporten på uttalelse til Porsanger kommune v/kommunedirektøren den 14.11.25. Vi mottok følgende tilbakemelding fra kommunen 02.12.25:

VS: Rapportutkast til uttalelse - Forvaltningsrevisjonen Helse, pleie og omsorg

 Solveig Skarhol <solveig.skarhol@porsanger.kommune.no>
Til  Ingunn Aronsen Brenna
Kopi  Linn Carina Utsi

 Svar  Svar til alle  Videresend   tir. 02.12.2025 09:12

 Avsenderen solveig.skarhol@porsanger.kommune.no er fra utenfor organisasjonen.
 Følg opp. Starter tirsdag 2. desember 2025. Forfaller tirsdag 2. desember 2025.
Du svarte på meldingen 02.12.2025 10:05.
Klikk her for å laste ned bilder. Outlook forhindrer automatisk nedlasting av noen bilder i denne meldingen for å bidra til å verne din private informasjon.

Hei Ingunn!,
Se innspill fra Mercedes, er dette noe du kunne presisert.
Ellers har vi ingen kommentarer fra Helse og omsorg. Rapporten ser ut til å gi et riktig bilde. Det kan være områder vi har oversett på bakgrunn av fravær i administrasjonen på HO, dette kan dog kommenteres ved senere behandling.

Med vennlig hilsen / Dearvuodaiguin / Ystävällisii tervheissii

Solveig Elisabeth Skarhol
Helse og omsorgsleder
Mobil: 922 73 314



Tlf: 78 46 00 00
E-post: postmottak@porsanger.kommune.no
Postboks 400, Rådhuset, 9712 Lakseiv
www.porsanger.kommune.no

Fra: Mercedes Sala Aroca <mercedes.aroca@porsanger.kommune.no>
Sendt: mandag 1. desember 2025 15:18
Til: Solveig Skarhol <solveig.skarhol@porsanger.kommune.no>
Emne: Sv: Rapportutkast til uttalelse - Forvaltningsrevisjonen Helse, pleie og omsorg

Anbefalinger siden 52:

-Klargjør hvem som har det overordnede ansvaret for oversikt over og oppfølging av venteliste for langtidsplass i sykehjem: dette ansvaret ligger hos meg

-Sørge for at alle søkere som oppfyller kriteriene for langtidsplass i sykehjem settes på venteliste, jf. kommunens forskrift: Dette er effektivt, og jeg har gjort et omfattende arbeid for å iverksette rutiner. Vi må få en på plass en mandat og skriftlige rutiner for inntaksteamet med tydeligere kriterier for fordeling, ansvar, etc

Side 30: Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at kommunen har venteliste for langtidsplass på sykeavdelingen, og at administrering og håndtering av ventelister er mellomledernes ansvar. Jeg har ansvar for dette, og opplever at mellomledere har ansvar i mindre grad, siden oppfølging ligger hos fagkonsulent.

Eller bra, jeg sendte en par ting jeg ville korrigere, men har ikke sett at hun har gjort det. Her er min tilbakemelding som ble sendt til henne:

"Hei,

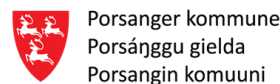
Beklager sen tilbakemelding. Jeg vil presisere at vi setter alle som oppfyller kriteriene på venteliste, uavhengig av hvilken tjenesteform vedkommende mottar. Dette innebærer at vi også setter brukere på observasjonslisten selv om de bor på Porstun, når de oppfyller kriteriene for langtidsopphold i institusjon, jf. forskriften.
Det er kommunens ansvar å sikre at personer som står på venteliste mottar forsvarlige tjenester inntil plass kan tildeles."

Hun ba meg å gå gjennom kapittel 5.3, men ble ikke gjort - dessverre

Med vennlig hilsen / Dearvuodaiguin / Ystävällisii tervheissii

Mercedes Sala Aroca

Fagkonsulent helse og omsorg
Tlf 40 46 06 23



Tlf: 78 46 00 00
E-post: postmottak@porsanger.kommune.no
Postboks 400, Rådhuset, 9712 Lakseiv
www.porsanger.kommune.no

Når det gjelder anbefalingen om å klargjøre hvem som har det overordnede ansvaret for oversikt over og oppfølging av venteliste for langtidsplass i sykehjem, gjelder denne helse- og omsorgsleders ansvar som fremgår i kommunens lokale forskrift § 10 andre ledd. Vi har tatt inn informasjon i kapittel 5.3 om kommunens endrede praksis som gjelder å sørge for at alle søkere som oppfyller kriteriene for langtidsplass i sykehjem settes på venteliste, uavhengig av hvilket tjenestetilbud de allerede mottar. Med bakgrunn i opplysningene fra kommunen om endret praksis knyttet til venteliste, har vi tatt ut anbefalingen knyttet til dette. Vi har ikke korrigert leder for hjemmetjenestens beskrivelse av ansvar for administrering og håndtering av venteliste, men har presisert at dette er hennes oppfatning av ansvarsfordelingen.

9 REFERANSER

- Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 02. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, publisert 17. februar 2017, oppdatert 29. oktober 2018
- Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, rundskriv fra Helsedirektoratet (sist endret 08.05.25)
- Forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, kriterier og ventelister, Porsanger kommune, Finnmark, i kraft 12. oktober 2017

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 Finnmark, Troms og Nordland, og 51 kommuner fordelt på disse 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 17 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Porsanger kommune:

Barne- og ungdomsvern	2025
Eierskapskontroll i FIMIL AS	2024





Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

S A K S F R A M L E G G

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02325

Sak 49/25

FORESPØRSEL FRA KONTROLLUTVALGET I ALTA KOMMUNE OM INTERESSE FOR EN FELLES DAGSSAMLING I REGI AV FORUM FOR KONTROLL OG TILSYN (FKT)

Saksdokumenter:

- Kontrollutvalget i Alta kommune sitt vedtak i sak 44/25 på møte 11. september 2025 (ikke vedlagt)
- Program – Fagdag i Alta – 9. april 2025

Sekretariatets forslag til vedtak:

Kontrollutvalget viser til forespørsel fra kontrollutvalget i Alta kommune om interesse for en felles dagssamling i regi av Forum for kontroll og tilsyn (FKT).

Kontrollutvalget er positiv til å delta på en eventuell felles dagssamling.

Saksopplysninger:

Kontrollutvalget i Alta kommune vedtok følgende i sak 44/25 på møte 11. september 2025:

«Kontrollutvalget ber sekretariatet undersøke muligheten for å arrangere en dagsamling i Vest-Finnmark i regi av FKT, og forespørre andre kontrollutvalg i regionen om interesse for en felles dagsamling.»

FKT har gitt en positiv tilbakemelding og foreslår å gjennomføre et dagsseminar torsdag 9. april 2026, fra kl. 10.00 til 15.30 på Thon Hotel Alta.

Opplegg og vilkår:

- FKT har faglig ansvar og utarbeider programmet
- Bestiller kurslokale, hotell med overnatting og lunsj



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

- Koordinerer påmeldinger
- Beregner kursavgift
- Utarbeider invitasjon og publiserer på FKT sine hjemmesider
- Målgruppen for dagsseminaret: medlemmer og varamedlemmer i kontrollutvalg i Vest-Finnmark

Finansiering og kapasitet:

- Seminaret finansieres gjennom kursavgift på kr. 2200,- per deltaker, + en eventuell overnatting
- Påmeldingsfrist 6. februar 2026.
- Maksimalt antall deltakere: 50 personer.

Sekretariatet legger fram denne forespørselen overfor kontrollutvalget i Porsanger kommune.

Sekretariatets vurdering:

Sekretariatet viser til vedtaket og forespørselen fra kontrollutvalget i Alta kommune om interesse for en felles dagssamling i regi av Forum for kontroll og tilsyn (FKT), samt FKT sitt forslag til opplegg og program.

Sekretariatet foreslår at kontrollutvalget i utgangspunktet stiller seg positivt til å delta på en eventuell felles dagssamling.

Videre foreslår sekretariatet at kontrollutvalget tar stilling til:

- Om utvalget ønsker å delta.
- Hvor mange deltakere som skal meldes på.
- Hvordan koordineringen skal gjennomføres

En eventuell deltakelse på en slik felles dagssamling forutsetter at kontrollutvalget har tilgjengelige budsjettmidler til dette.



Fagdag for kontrollutvalg – regionalt arrangement

Thon Hotel Alta

Program 9. april 2026

09.00	Registrering
10.00	Velkommen
10.05	Kontrollutvalgets møter og det som skjer mellom møter Kontrollutvalget som kollegialt organ (møteprinsippet, offentlighetsprinsippet, habilitetsspørsmål) Hva skiller ledelse i kontrollutvalget fra ledelse i andre folkevalgte organ? Knut Klevstad, leder representantskap Kusek IKS, tidl. leder i KU-Alta
10.45	Pause
11.00	Hvordan kan kontrollutvalget bestille gode forvaltningsrevisjoner og andre undersøkelser? - Hvordan kan kontrollutvalget stille gode spørsmål for å få bestilling av forvaltningsrevisjon og andre undersøkelser mer treffsikker? - Hvordan kan Risiko- og vesentlighetsanalysen (ROV) utnyttes i de nederste trinnene i virkemiddeltrappen? Ellen Lange, seniorrådgiver NKRF – kontroll og revisjon i kommunene
12.00	Lunsj
12.45	Noen erfaringer med kontrollutvalgenes håndtering av «vanskelige» saker Tom Øyvind Heitmann, seniorrådgiver Kusek IKS
13.45	Pause
14.00	Kan kontrollutvalget utføre sitt påseansvar for økonomiforvaltningen bedre? - Utnyttelse av virkemiddeltrappen - Ny veileder, kontrollutvalgets påseansvar for økonomiforvaltningen Nina Herland, generalsekretær og Anne-Karin Femanger Pettersen, seniorrådgiver Forum for kontroll og tilsyn
14.45	De fem B-er i Troms og Finnmark «Befolkning, bemanning, bygda, budsjett og beslutninger». I en rapport fra Statsforvalteren er situasjonen kartlagt. Hva bør kontrollutvalget ha fokus på? navn, tittel Statsforvalteren Troms og Finnmark
Ca. 15.30	Avslutning



Praktisk informasjon	
Tidspunkt	9. april 2025 kl. 10.00 – ca. kl. 15.30 (registrering fra kl. 09.00)
Hotell	Thon Hotel Alta Labyrinten 6, 9510 Alta
Deltakeravgift	Medlemmer: kr 2 200 andre: kr 2 500 Overnatting fra 8. – 9. april: Kr 1 645 kommer i tillegg
Påmelding	For å få gjennomført det faglige opplegget på en best mulig pedagogisk måte, har vi satt et tak på antall deltakere ca. 50 personer. Frist for påmelding: 6. februar
Ev. avbud	Avbud siste uken før konferansen gir full deltakeravgift.
Annet	Det tas forbehold om endringer i programmet. Timeplanen er veiledende.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02324

Sak 50/25

KONTROLLUTVALGETS ÅRSMELDING FOR 2024

Saken vil bli ettersendt.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02326

Sak 51/25

ÅRSPLAN OG MØTEPLAN 2026

Saken vil bli ettersendt.



Kontrollutvalgssekretariatet i Vest-Finnmark IKS
Oarje-Finnmárkku Dárkkistanlávdegotti čállingoddi SGO

SAKSFRAMLEGG

Kontrollutvalg:	Porsanger kommune	Saksbehandler:	Tom Øyvind Heitmann
Møtedato:	16. desember 2025	J.nr:	KUSEK02191

Sak 52/25

REFERATSAKER

Saksopplysninger og sekretariatets tilrådninger:

Følgende referatsaker foreligger til møtet:

1. **Referatsak 11/25**
NKRFs Kontrollutvalgskonferanse 2026

Sekretariatets forslag til vedtak:
Referatsak 11/25 tas til orientering.

NKRFs Kontrollutvalgskonferanse 2026

[Tilbake til kursoversikten](#)

Nøkkelinfo

Fra/til	27.1–28.1
Påmeldingsfrist	18.12
Pris	Kr 8 950 eks. mva. med overnatting (inkl. frokost og middag) (ikke-medl.: kr 9 350 eks. mva.) Kr 6 980 eks. mva. uten overnatting og middag (ikke-medl.: kr 7 380 eks. mva.) Kr 1 321 eks. mva. for overnatting (inkl. middagsbuffet 26.1.2026 og frokost 27.1.2025) fra 26. til 27. januar 2026 Deltakere fra kommuner/fylkeskommuner hvor sekretariatstjenesten for kontrollutvalget ivaretas av virksomheter som er bedriftsmedlem i NKRF, oppnår medlemspris.
Sted	Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, Gardermoen
Varighet	27.1.: 10.00 - 17.00 28.1.: 09.00 - 13.00

Styrk rollen din i kontrollutvalget!

Bli med på årets største møteplass for kontrollutvalg!
Kontrollutvalgskonferansen 2026 arrangeres **tirsdag 27. og onsdag 28. januar** på Clarion Hotel & Congress Oslo Airport, og samler medlemmer og ledere fra hele landet til to dager med høyaktuelle tema og spennende foredragsholdere.

Fra Kontrollutvalgskonferansen 2025

Kommunekommisjonen og veien videre for norske kommuner

Hva skal til for at kommunene skal være robuste, demokratiske og bærekraftige i fremtiden? Leder av Kommunekommisjonen, **Eivind Dale**, deler kommisjonens vurderinger av de største utfordringene og mulighetene som ligger foran oss. Innlegget gir kontrollutvalgene et unikt innblikk i hvordan kommunesektoren kan utvikle seg – og hvilken rolle kontroll og revisjon bør ha i en ny virkelighet.

Sykefravær, kvinnehelse og velferd

Høyt sykefravær utfordrer både kvalitet og bærekraft i velferdstjenestene. Samtidig har kvinnehelse fått økt oppmerksomhet, men fortsatt gjenstår mye arbeid før dette får et tydelig fotfeste i kommunal praksis. **Nina Tangnæs Grønvold**, leder av Kvinnearbeidshelseutvalget, **Simen Markussen** fra Frischsenteret og **Stig Arne Høltedahl**, kommunedirektør i Marker, belyser hvordan forskning og praktisk ledelse kan spille sammen for å skape endring. For kontrollutvalg er dette viktige perspektiver på tjenestekvalitet og ressursbruk.

Kunstig intelligens og personvern

Kunstig intelligens er på full fart inn i offentlig sektor, også i kommunene. Det gir store muligheter for effektivisering, men reiser samtidig spørsmål om etikk, innsyn og personvern. **Bjørn Aslak Juliussen** fra UiT og representanter fra kommunal sektor viser hvordan KI allerede brukes, hvilke dilemmaer det skaper – og hvilke spørsmål kontrollutvalgene må stille seg for å ivareta kontrollbehovet i kommunene.

Selskapsorganisering i kommunal sektor

Flere kommunale oppgaver legges i dag til selskaper, interkommunale samarbeid og foretak. Hvordan påvirker dette åpenhet, demokratisk styring og kontrollmulighetene? **Jan Erling Klausen** fra Universitetet i Oslo og **Agnete Sommerset** fra Samfunnsbedriftene diskuterer fordeler og fallgruver. Kontrollutvalg må forstå hvordan eierskap og organisering påvirker ansvaret for kontroll og revisjon – og dette innlegget gir viktige svar.

Grønn kontroll og revisjon

Kommunene har ambisiøse klima- og miljømål, men blir de faktisk fulgt opp? **Aase Kristine Lundberg** fra Nordlandsforskning viser hvordan grønn kontroll og revisjon kan bidra til å gjøre kommunene mer bærekraftige i praksis. Temaet kobler miljøpolitikk, økonomi og revisjon – og gir kontrollutvalgene nye perspektiver på hvordan de kan ta del i det grønne skiftet.

Den etiske kommunen – finnes den?

Hva betyr det egentlig å være en etisk kommune? Hvordan kan etikk være mer enn fine ord i planer og dokumenter? Lederen for Kommunesektorens etikkutvalg, **Dagfinn Høybråten**, inviterer til refleksjon over verdier, praksis

og grenseoppganger. For kontrollutvalgene handler dette om å stille de riktige spørsmålene og bidra til at etiske vurderinger får en tydelig plass i styring og forvaltning.

Tillit og demokratisk deltakelse

Tillit er limet i lokaldemokratiet – men hva skjer når tilliten svekkes? **Kari Steen-Johnsen** fra Institutt for samfunnsforskning ser på trender i demokratisk deltakelse og politisk engasjement. Dette er særlig aktuelt for kontrollutvalgene, som selv er en del av den demokratiske infrastrukturen i kommunen. Hvordan kan de bidra til å styrke åpenhet og deltakelse, og slik være med på å bygge tillit?

Målgruppe

Ledere og medlemmer av kontrollutvalg, kontrollutvalgssekretærer, revisorer, ordførere, kommunedirektører og ellers alle med interesse for kontroll, revisjon og tilsyn i kommunal sektor.

Sett av datoene allerede nå. Mer informasjon om **endelig program og påmelding** kommer senere.

Etterutdanning

11 timer iht. NKRFs krav til etterutdanning.

Påmeldingsskjema