FORVALTNINGSREVISJON

Pleie- og omsorgstjenester

Hammerfest kommune

KOMREV NORD

Rapport 2026

Forord

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

Vi takker Hammerfest kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 19.02.2026

Astrid Indrebø
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Sandra Fredriksen
Prosjektleder, forvaltningsrevisor

SAMMENDRAG

KomRev Nord har på oppdrag fra kontrollutvalget i Hammerfest kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Problemstillingene er som følger:

1. Har Hammerfest kommune dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmetjenesten er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?
2. Blir søknader om pleie- og omsorgstjenester behandlet i tråd med regelverk og gjeldende føringer?

Rutiner og systemer som skal sikre kvalitet i hjemmetjenesten
Kommuner er pliktige til å ha et styringssystem for helse- og omsorgstjenestene. Forvaltningsrevisjonen tar utgangspunkt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som stiller krav om systematisk planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestene, samt krav om å ha et dokumentert og tilpasset styringssystem. Til sammen skal et styringssystem i tråd med dette sikre at tjenestene er faglig forsvarlige, og bidra til kvalitetsforbedring.

For å få informasjon om kommunens styringssystem for hjemmetjenesten har vi gjennomgått dokumenter, og gjennomført intervjuer med ledere og fagansvarlige. Hjemmetjenesten i Hammerfest består av hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund, som er organisert i ulike virksomheter. Hjemmetjenesten i Hammerfest gir tjenester til omtrent 250 tjenestemottakere, mens Kvalsund gir tjenester til om lag 35 tjenestemottakere.

For å kunne sikre forsvarlige tjenester bør kommunen ha en plan for styring og utvikling av tjenestene. Kommunen har per i dag ikke en overordnet helse- og omsorgsplan, og heller ikke virksomhetsplaner eller lignede for hjemmetjenesten. Det er ikke dokumentert at det er gjort vurderinger av hvilket styringssystem som hjemmetjenesten skal ha. Vi vurderer at kommunen ikke har planlagt godt nok hva som kan være felles for de to virksomhetene. For eksempel viser våre undersøkelser at hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund oppbevarer kvalitetsrutinene i forskjellige systemer.

Etter vår vurdering har ikke kommunen et godt nok system for å holde oversikt over regelverk, retningslinjer og prosedyrer som hjemmetjenesten har bruk for i sitt arbeid. Dette begrunner vi blant annet med muntlige opplysninger fra helse- og omsorgsadministrasjonen om at det behov for et nytt digitalt system som gir ansatte enkel tilgang til rutiner og prosedyrer. Flere ledere og ansatte opplever kommunens overordnede digitale kvalitets- og avvikssystem som lite brukervennlig. Våre undersøkelser viser svakheter knyttet til tilgjengelighet, oversikt og oppdatering av rutiner. Det er imidlertid viktig å understreke at det finnes flere skriftlige rutiner og prosedyrer som er med på å sikre kvalitet i tjenestene. Disse funnene har vi også vektlagt i vår samlede vurdering.

Et av kravene i forskriften er å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kompetanse i det aktuelle fagfeltet. Det har vært god tilgang på kvalifiserte søkere, og hjemmetjenesten beskrives som en tjeneste med høy kompetanse. I tillegg vurderer vi det som positivt at begge virksomhetene har fagutviklingssykepleiere med ansvar for å tilrettelegge for kompetanseutvikling, selv om vi har avdekket enkelte svakheter når det kommer til det å holde oversikt over ansattes kompetanse og opplæringsbehov.

Hjemmetjenesten har en rekke rutiner og systemer, men disse etterleves ikke alltid. Det er blant annet gjennom tilsyn utført av Statsforvalteren rettet mot hjemmetjenesten Hammerfest avdekket manglende etterlevelse av rutiner innen ernæring og fallrisiko, og det er nylig gjort tiltak for å sikre at rutinene blir fulgt.

Videre vurderer vi det som positivt at kommunen har et formelt avvikssystem, og muntlige opplysninger og avviksstatistikk viser at systemet er i bruk. Imidlertid er det svakheter knyttet til registrering og oppfølging av pasientrelaterte avvik, som vi oppfatter at kommunen jobber med å utbedre. Når det gjelder innhenting av brukererfaringer, vurderer vi at kommunen ikke ivaretar dette kravet i tilstrekkelig grad. I hjemmetjenesten er det ikke etablert brukerutvalg, og det gjennomføres ikke brukerundersøkelser eller andre formaliserte tiltak for innhenting av brukererfaringer. Vi vurderer det som positivt at det finnes rutiner for å kartlegge risiko.

På området korrigering viser forvaltningsrevisjonen at kommunen i noen grad har iverksatt forbedringstiltak, men at flere svakheter ved styringssystemet fortsatt ikke er rettet opp – blant annet mangel på mål for tjenestene, manglende integrering mellom de to tjenestestedene og utfordringer knyttet til digitalt system.

Konklusjon: Hammerfest kommune har flere elementer som skal inngå i et styringssystem, men systemet som helhet er ikke tilstrekkelig utviklet eller dokumentert til å oppfylle kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Samlet sett vurderer revisor at kommunen delvis oppfyller flere av revisjonskriteriene. Kommunen mangler et oppdatert planverk, og enhetlige rutiner og system for kommunens hjemmetjenester. Forvaltningsrevisjonen har avdekket svakheter knyttet til systematisk arbeid med rutiner, evaluering og kvalitetsforbedring.

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konkusjoner har vi anbefalinger til Hammerfest kommune. Vår overordnede anbefaling til Hammerfest kommune er å:

- Foreta en samlet og systematisk vurdering av hvilket styringssystem kommunen trenger for hjemmetjenesten, herunder vurdere hva som kan være felles for hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund, og deretter etablere et slikt system

Videre anbefaler vi kommunen å:

- Utarbeide og forankre planverk for hjemmetjenesten
- Utarbeide oversikt over ansattes kompetanse og opplæringsbehov
- Gjøre det enklere for ansatte å finne frem til oppdaterte og relevante rutinebeskrivelser
- Etablere systemer for å systematisk innhente brukererfaringer eksempelvis gjennom brukerundersøkelser
- Sørge for at alle pasientrelaterte avvik registreres og følges opp
- Sikre regelmessig evaluering av tjenestetilbudet til brukerne
- Etablere rutiner for årlig gjennomgang av hele styringssystemet

Saksbehandling av pleie- og omsorgssøknader

Hammerfest kommune skal behandle søknader om pleie- og omsorgstjenester i tråd med krav i gjeldende regelverk. Disse fremgår av forvaltningsloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Vi har undersøkt kommunens saksbehandling gjennom metodene dokumentanalyse og intervju. I tillegg har vi gjennomført en stikkprøvekontroll av 24 saker, som vil si at vi har gjennomgått og kontrollert om kommunens saksbehandling er i tråd med sentrale krav i regelverket i disse sakene. Stikkprøvekontrollen er egnet til å gi

indikasjoner på kommunens saksbehandling, men funnene kan ikke generaliseres til å gjelde for kommunens saksbehandling i alle saker.

Kommunen har de siste årene identifisert flere utfordringer i egen praksis, blant annet for lav saksbehandlingskapasitet og mangelfulle rutiner. Det er igangsatt forbedringstiltak, og flere tiltak var under innføring samtidig med at forvaltningsrevisjonen ble gjennomført. Vi har i rapporten omtalt planlagte endringer. I våre vurderinger av kommunens praksis, har vi ikke vektlagt planlagte endringer, men vurdert status på tidspunktet vår undersøkelse er gjort.

Resultatene fra stikkprøvekontrollen viser at en relativ høy andel av sakene som revisor gjennomgikk hadde lengre behandlingstid enn en måned. I kun en av ni saker hvor saksbehandlingstiden oversteg en måned var det sendt foreløpig svar til søker. Disse funnene samsvarer med muntlige og skriftlige opplysninger som tilsier at kommunen ikke alltid etterlever kravet om å behandle søknader uten ugrunnet opphold, og sende foreløpige svar i tråd med regelverket. Planlagte og til dels gjennomførte tiltak inkluderer ansettelse av to saksbehandlere, ny saksbehandlingsrutine og digital samhandlingstavle for bedre oversikt over sakene.

Vi har gjort vurderinger av informasjons- og vurderingsgrunnlaget som fremgår av den enkelte saksutredning. I alle de undersøkte sakene var det gjort individuelle vurderinger av søkers situasjon og behov, og revisor vurderer kartleggingen som tilstrekkelig. Med hensyn til brukermedvirkning, har kommunen redegjort for hvordan de arbeider med å sikre brukermedvirkning. Brukermedvirkning var dokumentert i flertallet av sakene som revisor undersøkte, men ikke i alle.

De foreligger oppdaterte vedtaksmaler, noe som bidrar til å sikre at vedtakene inneholder nødvendig og korrekt informasjon. Når det gjelder kvaliteten på vedtakene, viser forvaltningsrevisjonen at de fleste vedtakene inneholder en redegjørelse av de faktiske forholdene, henvisning til korrekt lovhjemmel og en redegjørelse for skjønnsutøvelsen. I tre saker var det imidlertid feil henvisning til lovhjemmel, og et vedtak manglet tilstrekkelig begrunnelse. Opplysninger om hvilke tjenester som innvilges, omfang og tidspunkt er gitt i alle relevante saker. Informasjon om klageadgang er i stor grad korrekt, men vi avdekket enkelte feil. Videre fant vi at informasjon om innsynsrett var gitt i alle vedtakene, men i en av sakene er det feil informasjon om hvor en slik henvendelse skal rettes.

Konkusjon: Hammerfest kommune har ved behandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester ivaretatt flere sentrale krav i regelverket, men ikke oppfylt alle krav. Blant sentrale krav som er ivaretatt er kartlegging av tjenestemottakers behov og innhold i/kvalitet på vedtakene. Det er betydelige mangler knyttet til lang saksbehandlingstid, og praksis for å sende foreløpige svar.

Kommunen har iverksatt tiltak som forventes å styrke praksis fremover, men det er for tidlig å vurdere effekten av disse tiltakene.

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konkusjoner på problemstilling 2, anbefaler vi Hammerfest kommune å gjennomføre tiltak som sikrer at:

- Søknader om pleie- og omsorgstjenester behandles uten ugrunnet opphold, og at det sendes foreløpige svar i tråd med regelverket i de sakene hvor det er relevant
- Brukermedvirkning ivaretas i alle saker

Innhold

SAMMENDRAG **2**
1 INNLEDNING **7**
1.1 Kontrollutvalgets bestilling *7*
1.2 Om pleie- og omsorgstjenester *7*
1.3 Pleie- og omsorgstjenester i Hammerfest kommune *8*
2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER **11**
2.1 Problemstillinger *11*
2.2 Revisjonskriterier *11*
2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier 11
2.2.2 Utledning revisjonskriterier problemstilling 1 12
2.3.3 Utledning av revisjonskriterier problemstilling 2 12
3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING **14**
3.1 Metode og datamateriale *14*
3.1.1 Problemstilling 1 – Systemer og rutiner for å sikre kvalitet i hjemmetjenestene 14
3.1.2 Problemstilling 2 – Saksbehandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester 14
3.2 Gyldighet og pålitelighet *15*
3.3 Avgrensninger *16*
4 STYRINGSSYSTEM HJEMMETJENESTEN **17**
4.1 Planer, mål og organisering *17*
4.1.1 Organisering 17
4.1.2 Tjenestetilbud 18
4.1.3 Planverk 18
4.2. Fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver *18*
4.2.1 Reglementer og fordeling av ansvar og myndighet 18
4.2.2 Nærmere om fordeling av ansvar og myndighet 19
4.3 Rutiner og prosedyrer *20*
4.3.1 Innledning 20
4.3.2 Quality Manager+ 20
4.3.3 Journalsystemet Profil 21
4.3.4 Øvrige systemer 21
4.3.5 Utarbeidelse og oppdatering av rutiner og systemer 21
4.4 Kunnskap om virksomheten og risikovurdering *22*
4.4.1 Risikovurdering 22
4.4.2 Rapportering og oppfølging av avvik og uønskede hendelser 23
4.4.3 Klager og tilbakemeldinger 26
4.4.4 Evaluering av tjenestilbudet til brukerne 27
4.4.5 Evaluering av styringssystemet 27
4.5 Kompetanse og opplæring *27*
4.5.1 Kompetanseplan og rekruttering 27
4.5.2 Oversikt over ansattes kompetanse og kompetansebehov 28
4.5.3 Rutiner og systemer for kompetanseheving 29
4.5.4 Opplæring av nyansatte 30
4.5 Medvirkning *31*
4.5.1 Brukermedvirkning 31
4.5.2 Medvirkning fra ansatte 31
4.6 Vurderinger og konklusjon *32*
5 SAKSBEHANDLING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENSTER **37**
5.1 Organisering, ansvar og rutiner *37*
5.1.1 Kartlegging av organisering og praksis 37
5.1.2 Ny organisering og overordnet rutine 38
5.1.3 Tildelingskriterier og prioriteringskriterier 40
5.2 Saksbehandlingsprosess *40*
5.2.1 Mottak og registrering av søknad 40

5.2.2 Kartlegging og saksutredning 41
5.2.3 Vedtaksfasen 43
5.2.4 Klagebehandling 43
5.3 Funn fra gjennomgang av et utvalg av saker *44*
5.3.1 Behandle søknader om pleie- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold og sende foreløpig svar 44
5.3.2 Kartlegging av brukernes behov 45
5.3.3 Medvirkning fra bruker 45
5.3.4 Begrunnelse for vedtak 45
5.3.5 Opplysninger om hvilke tjenester som skal gis 45
5.3.6 Opplysninger om klageadgang og innsynsrett 46
5.4 Oppsummering, vurderinger og konklusjon *46*
6 ANBEFALINGER 49
7 UTTALELSE 50
8 REFERANSER 51
9 VEDLEGG ..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
Vedlegg 1. Utledning revisjonskriterier problemstilling 1 ..... *54*
Vedlegg 2. Utledning av revisjonskriterier til problemstilling 2 ..... *56*

1 INNLEDNING

1.1 Kontrollutvalgets bestilling

Kontrollutvalget i Hammerfest kommune vedtok å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot kommunens pleie- og omsorgstjenester. I Hammerfest kommunes plan for forvaltningsrevisjon for inneværende periode er hjemmetjenesten prioritert øverst, mens pleie og omsorg – institusjon er gitt tredje prioritet. Kontrollutvalget besluttet at de to nevnte forvaltningsrevisjonene skulle slås sammen til én forvaltningsrevisjon.[1]

KomRev Nord utarbeidet prosjektskisse med to ulike alternativer for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen, som ble behandlet av kontrollutvalget den 27.05.25, under sak 28/25. Kontrollutvalget vedtok prosjektskissens alternativ to. Forvaltningsrevisjonen omfatter både styringssystemet i hjemmetjenesten, og saksbehandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester.

Kontrollutvalgets formål med forvaltningsrevisjonen er:

> *«Formålet med forvaltningsrevisjonen vil være å belyse om kommunen har etablert systemer som skal bidra til å sikre at brukere mottar hjemmetjenester i henhold til vedtak. Formålet er også være å undersøke om kommunen overholder krav til saksbehandling ved behandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester.*

1.2 Om pleie- og omsorgstjenester

Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert i kapittel 3 i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunens overordnede ansvar fremgår av § 3-1. Etter bestemmelsen første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen tilby ulike typer tjenester, jf. § 3-2. Det fremgår også av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 at pasient og bruker har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Pleie- og omsorgstjenestene er en del av det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Pleie- og omsorgstjenestene kan defineres på følgende måte:

> *«..en samlebetegnelse på den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste som sørger for stell, pass og tilsyn med syke eller funksjonshemmede slik at de kan få nødvendige og forsvarlige tjenester og dessuten utført daglige gjøremål og om mulig også øke evnen til å ta vare på seg selv. I tillegg til institusjonsbaserte tjenester i sykehjem og andre boformer for heldøgns omsorg og pleie omfattes hjemmebaserte tjenester i tjenestemottakerens egen bolig, omsorgsboliger og andre botiltak. Tjenester utenfor institusjon ytes som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, vaktmestertjenester og så videre. Tjenestene omfatter også lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid»*[2]

[1] Møte 24.02.2025, sak 05/25

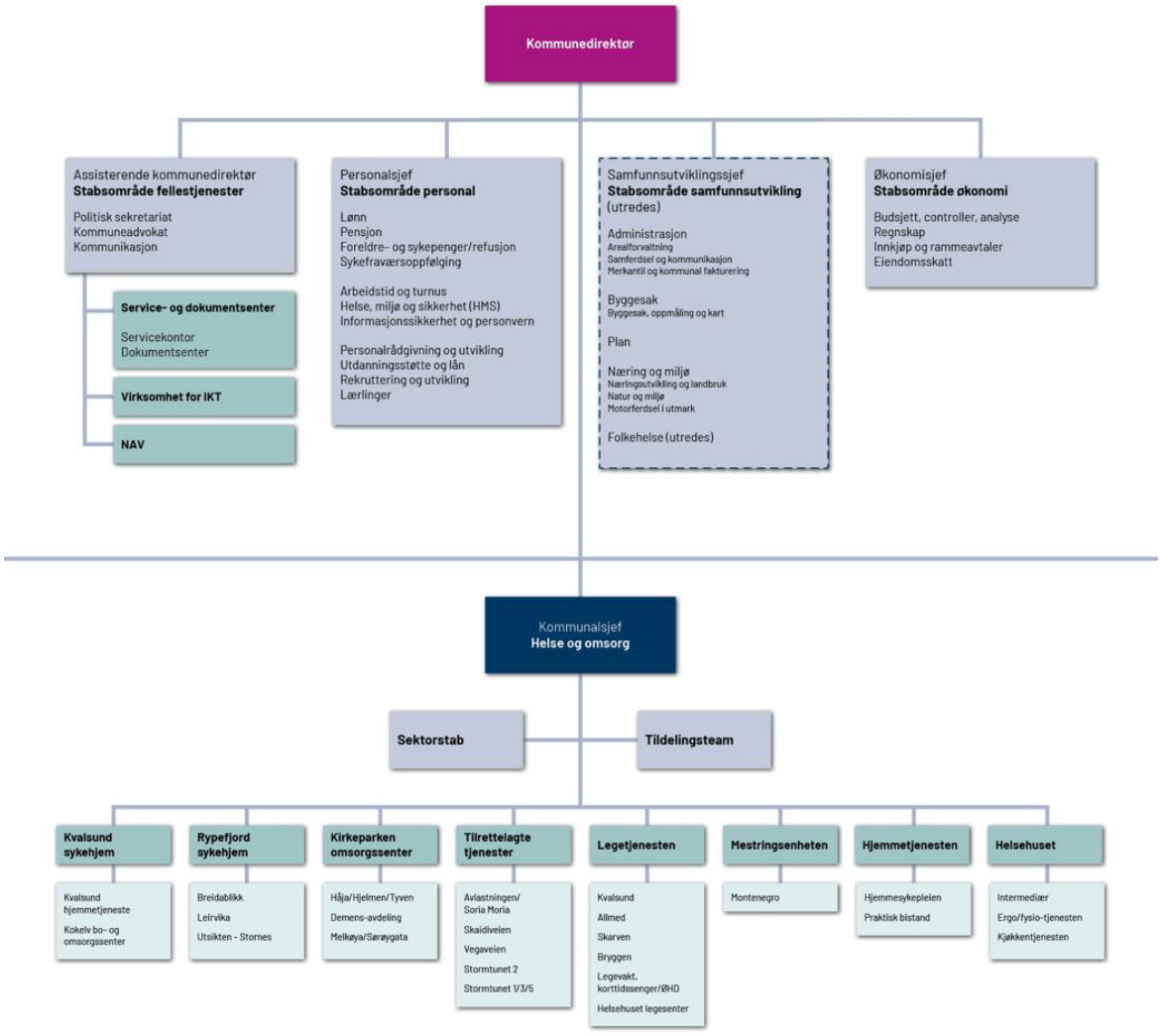
[2] *«Pleie- og omsorgstjeneste».* Store norske leksikon: https://sml.snl.no/pleie-_og_omsorgstjeneste

1.3 Pleie- og omsorgstjenester i Hammerfest kommune

Ny organisering for helse og omsorg ble vedtatt i juni 2024. Bakgrunnen var vedtatt omorganisering og omstillingsprosess i Hammerfest kommune.[3] Ny organisering ble iverksatt 1. mai 2025.[4]

Tjenesteområdet ledes av kommunalsjef for helse og omsorg, og er inndelt i åtte virksomheter med hver sin virksomhetsleder. Før omorganiseringen var det 19 virksomheter i helse og omsorg. I tillegg består helse og omsorg av en sektorstab og ett tildelingsteam, som har ansvar knyttet til saksbehandling og tildeling av tjenester.

Utklipp 1: Organisasjonskart helse og omsorg



[3] Kommunestyrets budsjettvedtak i sak 169/23 ba kommunedirektøren om å iverksette prosess om gjennomgang og endring av administrativ organisering. Det ble opprettet en prosjektgruppe for omstilling, som utarbeidet forslag til administrativ organisering som ble lagt fram våren 2024. For helse- og omsorgssektoren vedtok kommunestyret at organiseringen skal være slik det fremgikk av kommunedirektørens forslag til vedtak, med trenivåledelse. Videre fremgår det av vedtaket at senere prosess avklarer om øverste toppledelse i sektoren blir i form av kommunalsjef, helse- og omsorgssjef eller annen type organisering og benevnelse.

[4] Sak 19/25, behandlet i hovedutvalg for helse og omsorg 22.10.25.

Som det fremgår av organisasjonskartet over, er det åtte virksomheter innen helse og omsorg. I denne forvaltningsrevisjonen undersøkes systemer og rutiner for å sikre kvalitet i hjemmetjenester. *Hjemmetjenesten* er en egen virksomhet innen helse og omsorg. Også i virksomheten Kvalsund sykehjem er det avdeling for hjemmetjenester; *Kvalsund hjemmetjeneste*. Det er styringssystem og internkontroll ved disse to tjenestestedene som er undersøkt.

Hammerfest kommunes saksbehandling ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester er undersøkt i denne forvaltningsrevisjonen. Vi redegjør nærmere for organiseringen av arbeidet med tildeling av tjenester i kapittel 5.

For arbeidet med omstilling av helse og omsorg, ble det utarbeidet en egen plan; *«Plan for omstilling. Sektor for Helse og omsorg».* Innledningsvis vises det til at det er gjort en omfattende kartlegging og analyse av hele sektoren i perioden august 2023 til mars 2024. Målet med omstillingen er bærekraftig økonomisk styring, samtidig som man ivaretar god internkontroll, lovpålagte oppgaver og forsvarlighet i tjenester og drift. I planen beskrives begrunnelse for ny organisering, og omstillingstiltak.

Når det gjelder prosessen videre, står det at den må sees i sammenheng med prosess- og utviklingsarbeid som sektoren helse og omsorg gjennomfører i samarbeid med KS-konsulent og Oslo Economics. Bakgrunnen var økonomiske utfordringer, demografisk utvikling og bemanningsutfordringer i helse- og omsorgssektoren. I rapporten fra KS-konsulent fremgår det at Hammerfest kommune har svært høy ressursbruk til helse og omsorg, og at ressursbruken de siste årene har økt fra en allerede høy ressursbruk. Rapporten påpeker også at balanse mellom budsjett og regnskap innenfor helse og omsorg og realistisk budsjettering vil være avgjørende for at kommunen skulle bli meldt ut av ROBEK registeret. Kommunedirektøren har også påpekt at kommunen har hatt betydelige økonomiske utfordringer i helse- og omsorgssektoren.[5]

Det ble gjennom analysen og arbeidsverkstedene identifisert fire fokusområder som samlet er viktige kostnadsdrivere i kommunen: Tildelingsfunksjon, stillingshjemmelsregister, organisering og bemanningsrutiner. Ifølge rapporten var ikke systemene og rutinene på disse områdene tilstrekkelig gode til å sikre at helse- og omsorgstjenester leveres i henhold til faktiske behov. Dette svekker budsjettstyringen og tjenesteutføringen. I samråd med kommunalsjef ble det besluttet å opprette fire arbeidsgrupper for hvert av disse områdene, med ledere, tillitsvalgte og verneombud. De fikk i oppdrag å kartlegge nå-situasjonen, fastsette mål og foreslå konkrete aktiviteter som vil kunne bidra til endring.

Helse- og omsorgsutvalget ble i møte 22.10.25 orientert om *«Økonomisk status Helse og Omsorg pr september 2025»*, sak 19/25. Per september 2025 hadde helse- og omsorgstjenestene et betydelig merforbuk på 52 millioner kroner. Av saksfremlegget går det frem at dette hovedsakelig skyldes bruk av vikartjenester, overtid og ekstra innleie. Kommunedirektøren viser til omstillingsprosessen som har pågått i en periode på to år, og hvordan den har vist at flat struktur og mange virksomheter førte til store utfordringer i helhetlig tjenesteutførelse. I saksfremlegget opplyses det at sektoren har 589,9 årsverk, hvorav 164,5 er vakante. Kommunedirektøren vurderer dette til å være den mest sentrale utfordringen sektoren står ovenfor. I saken opplyses det om iverksatte tiltak høsten 2025, blant annet forarbeid med kommunedelplan, avslutning av vikarbyrå innen oktober og vedtakelse av ny overordnet

[5] Sak 36/25, behandlet i helse og omsorgsutvalget 19.11.25.

saksbehandlingsrutine. Saker om oppstart av kommunedelplan innen helse og omsorg og saksbehandlingsrutiner ble behandlet av helse- og omsorgsutvalget i november 2025.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 Problemstillinger

For denne forvaltningsrevisjonen gjelder følgende problemstillinger:

1. Har Hammerfest kommune dokumenterte systemer og rutiner som skal bidra til å sikre at kvaliteten i hjemmetjenesten er i samsvar med krav i regelverk, anbefalinger og retningslinjer?
2. Blir søknader om pleie- og omsorgstjenester behandlet i tråd med regelverk og gjeldende føringer?

Problemstilling 1 dreier seg om systemer og rutiner for å sikre kvalitet i tjenestene. Kommunen er pliktig å ha et *styringssystem* for helse- og omsorgstjenester. Styringssystem er definert på følgende måte i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring: Den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Det fremgår av forskriften hvilke oppgaver og aktiviteter som inngår i de forskjellige pliktene.

Problemstilling 2 gjelder kommunens saksbehandling av pleie- og omsorgstjenester, og om denne er i tråd med krav og føringer. Etter § 2-7 i pasient- og brukerrettighetsloven skal det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 som er ment til å vare mer enn to uker. De tjenestene som omfattes av dette er:

- helsetjenester i hjemmet
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem
- nødvendig pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad
- BPA (brukerstyrt personlig assistanse)

2.2 Revisjonskriterier

2.2.1 Kilder for utledning av revisjonskriterier

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

- Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Utgitt av Helsedirektoratet 17. februar 2017, oppdatert 29. oktober 2018
- Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Utgitt av Helsedirektoratet februar 2016, oppdatert 1.juli 2017

2.2.2 Utledning revisjonskriterier problemstilling 1

Vår utledning av revisjonskriterier til problemstillingen er i sin helhet i vedlegg 1 til denne rapporten. I det følgende gir vi en kort begrunnelse for revisjonskriteriene som vi har utledet.

Kommunen er etter § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven pliktig til å sørge for at virksomhetene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. For å sikre at befolkningen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester må kommunen planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1 tredje ledd. Dette er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og sikre at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen blir fulgt. Forskriften § 4 definerer styringssystem for helse- og omsorgstjenesten på følgende måte: For eksempel hvilke oppgaver/aktiviteter som inngår i plikten til å planlegge, og hvilke som inngår i plikten til å gjennomføre. Det er disse vi har tatt utgangspunkt i når vi har utledet revisjonskriterier.

Vi har utledet som revisjonskriterier at Hammerfest kommune v/hjemmetjenesten skal:

- *planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *evaluere sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*
- *korrigere sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*

Videre fremgår det av forskriften § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Forskriftskravene innebærer at Hammerfest kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha, og i hvor stor grad dette skal dokumenteres.

På bakgrunn av dette, utleder vi som revisjonskriterier at Hammerfest kommune for hjemmetjenestene skal ha:

- *et dokumentert styringssystem*
- *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig*

Revisjonskriteriene vi har utledet, oppgis i tekstboks innledningsvis i kapittel 5.

2.3.3 Utledning av revisjonskriterier problemstilling 2

Vår utledning av revisjonskriterier er i vedlegg 2 til denne rapporten. I det følgende gir vi en kort begrunnelse for revisjonskriteriene som vi har utledet.

Kommunens saksbehandling av helse- og omsorgstjenester er regulert av flere lover. For kommunens virksomhet etter helse- og omsorgstjenesteloven gjelder også forvaltningsloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

En grunnleggende plikt som påhviler kommunen som forvaltningsorgan, er å «påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes», jf. forvaltningsloven § 17 første ledd. Det må gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendige å innhente for å sikre at saken kan vurderes på en faglig forsvarlig måte. Forvaltningsloven § 11 a slår fast at forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. I saker som gjelder

enkeltvedtak skal det gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt.

Et enkeltvedtak skal begrunnes, jf. forvaltningsloven §§ 24 og 25. I begrunnelsen skal det vises til de regler vedtaket bygger på, de faktiske forholdene som vedtaket bygger på og en redegjørelse for de hovedhensynene som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen. Det følger av forvaltningsloven § 27 at vedtaket skal inneholde opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans, og hva som er riktig fremgangsmåte ved klage. Det skal opplyses om retten til å se sakens dokumenter.

Et sentralt prinsipp i forvaltningens saksbehandling er at partene skal gis mulighet til å bli hørt i spørsmål som berøre dem.[6] Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasient/bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-1.

På bakgrunn av relevante kilder utleder vi som revisjonskriterier at Hammerfest kommune skal ved behandling av pleie- og omsorgssøknader sørge for å:

- *behandle søknader om pleie- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold*
- *sende foreløpige svar i tråd med regelverket*
- *sørge for at brukernes behov er kartlagt*
- *sikre medvirkning*
- *fatte skriftlige vedtak som inneholder*
- *begrunnelse, herunder redegjørelse for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på*
- *opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtak gjelder*
- *opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for å klage og retten til å se sakens dokumenter*

[6] *«Veileder for saksbehandling»* side 5.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.[7]

Hammerfest kommune ble orientert om oppstart av forvaltningsrevisjon den 12.06.25. Vi fikk oppnevnt kommunalsjef helse som vår kontaktperson for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen. Den 27.08.25 gjennomførte vi oppstartsmøte, hvor vi informerte om forvaltningsrevisjonen og innhentet noe innledende informasjon.

3.1.1 Problemstilling 1 – Systemer og rutiner for å sikre kvalitet i hjemmetjenestene

Problemstillingen innebærer en undersøkelse av hvilke dokumenterte systemer og rutiner Hammerfest kommune har for å sikre tjenestekvalitet i hjemmetjenestene. Vi sendte en forespørsel om dokumentasjon hvor vi informerte om at vi legger til grunn *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten* sin definisjon på styringssystem, og forskriftens krav til hva dette skal inneholde. Eksempler på relevante dokumenter er dokumentasjon på hvordan ansvar og myndighet er fordelt, rutiner for melding av avvik og forskjellige rutiner, instrukser og prosedyrer som de ansatte skal benytte seg av. I referanselisten i kapittel 10 er en fullstendig oversikt over dokumentasjonen på styringssystemet som revisor har mottatt.

Vi har også fått informasjon om styringssystemet gjennom intervjuer. Følgende personer ble intervjuet: kommunalsjef, fagleder for hjemmebasert omsorg, virksomhetsleder hjemmetjenesten Hammerfest, fagsykepleier hjemmetjenesten Hammerfest og virksomhetsleder for Kvalsund hjemmetjeneste.[8] Da vi snakket med virksomhetsleder for Kvalsund hjemmetjeneste, hadde hun nettopp begynt i stillingen. Det er derfor naturlig nok ikke alle forhold hun hadde full oversikt over, og hun tok forbehold i noen av svarene. Vi gjør oppmerksom på dette, selv om vi vurderer at vi gjennom intervjuet fikk tilstrekkelig informasjon.

3.1.2 Problemstilling 2 – Saksbehandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester

Problemstillingen er besvart gjennom metodene dokumentanalyse, intervju og stikkprøvekontroll av den faktiske saksbehandlingen i et utvalg av enkeltsaker. Vi har gjennomgått rutiner og maler som kommunen benytter i sin saksbehandling. Fagansvarlig har gitt muntlige opplysninger om rutiner og praksis for saksbehandling. Når vi skriver kommuneadministrasjonen i kapittel 5 i rapporten, referer vi til fagansvarlig.

Gjennom stikkprøvekontrollen har vi undersøkt om kommunen har etterlevd sentrale krav i regelverket. Revisor har gjennomgått til sammen 27 saker som gjelder søknad om pleie- og omsorgstjenester. I enkelte saker har det ikke vært mulig å undersøke saksbehandlingstid, saksutredning, vedtak m.m. I en av sakene har vi fått opplyst at situasjonen til bruker endret seg, slik at det ikke lenger var aktuelt med tjenesten vedkommende først søkte på. I en annen sak har vi fått opplyst at saken ble avsluttet fordi det ikke lenger var aktuelt med tjeneste, noe som ble avklart etter en telefonsamtale. Revisor vil bemerke at det tok nesten et halvt år fra

[7] «*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

[8] Virksomhetsleder har ansvaret for Kvalsund sykehjem og Kokelv bo- og servicesenter i tillegg til hjemmetjenesten.

søknadstidspunktet til nevnte telefonsamtale. Kommuneadministrasjonen opplyser at de dessverre ikke kan finne årsaken til at saken ble liggende så lenge. I en tredje sak fant ikke revisor saksutredning eller vedtak. Saken gjaldt søknad om plass på dagsenter, og kommunen har opplyst at de legger til grunn at det ikke er krav til enkeltvedtak i slike saker. Dermed var det 24 saker som kunne gjennomgås og kontrolleres.

Vi gjennomgikk søknadsskjema, saksutredningsskjema og vedtak. Sakene ble valgt fra en liste over alle pleie- og omsorgssakene som har blitt registrert i perioden 01.08.24 til og med 02.08.25. Revisor ønsket å sikre at ulike sakstyper ble inkludert, og følgende sakstyper var med i utvalget: matombringing, trygghetsalarm, hjemmesykepleie, praktisk bistand, direkte hjelp i hjemmet, hverdagsmestring, dagopphold, korttidsopphold/avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold, omsorgsbolig og langtidsplass på sykehjem. I 21 av sakene ble søkerne tildelt tjenester, mens i to saker ble søker innvilget tjenester og satt på venteliste. I den siste saken ble det gitt avslag.

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 konkludere på problemstillingene. KomRev NORD vurderer at det datamaterialet som er presentert i rapporten, oppfyller dette gyldighetskravet.

Når det gjelder problemstilling 1 om det dokumenterte styringssystemet, har vi ingen grunn til å betvile at kommunen har oversendt dokumentasjonen som er av relevans. På bakgrunn av dette anser vi det skriftlige datamaterialet som tilstrekkelig og relevant. Vi har innhentet muntlig informasjon fra ledere og ansatte som er tillagt ansvar og oppgaver for styringssystemet, og som derfor må antas å ha god kjennskap til systemene og rutinene. De har verifisert opplysningene i intervjureferatene og korrigert der det har vært behov.

Problemstilling 2 er besvart gjennom dokumentanalyser, intervju og stikkprøvekontroll. Som grunnlag for utvelgelse av saker for nærmere gjennomgang, fikk vi fra Hammerfest kommune oversikt over alle pleie- og omsorgssakene som har blitt registrert i perioden 01.08.24 til og med 02.08.25. Det var i oversikten ført opp totalt om lag 990 saker. Av disse var flere strøket over av kommunen da de gjaldt eksempelvis samtykkeskjema, og gjaldt ikke søknad om tildeling av tjenester. Det gjenstod da om lag 760 saker som var aktuelle for utvelgelse. Ved nærmere gjennomgang av oversikten og enkeltsaker fant vi at ikke alle disse sakene gjaldt søknader om tjenester og var aktuelle for utvelgelse. Vi har derfor ikke sikker informasjon om det totale antallet aktuelle saker i tidsperioden. Det er imidlertid ikke tvil om at det var mange hundre saker.

I stikkprøvekontrollen inngikk i utgangspunktet 27 saker, og av disse kunne saksbehandlingen undersøkes i 24 av dem. Vi vurderer at utvalgsstørrelsen er tilstrekkelig i en stikkprøvekontroll, men presiserer at det ikke er et tilstrekkelig utvalg til å gjøre vurderinger eller konkludere på Hammerfest kommunes saksbehandling i *alle* saker om utredning og vedtak om pleie- og omsorgstjenester. Det vil si at stikkprøvekontrollen er egnet til å gi indikasjoner på kommunens saksbehandling, men at den ikke er representativ for kommunens saksbehandling i alle saker. Funn fra de undersøkte sakene kan ikke generaliseres til ikke-undersøkte saker. Et annet forhold som er relevant å påpeke er at kommunen nylig har endret organisering og rutiner for saksbehandling, og at sakene som revisor gjennomgikk ble behandlet før ny rutine ble innført. Vi redegjør for endringene i kapittel 5 i rapporten.

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 framlagt datamaterialet for kommunen, og innarbeidet eventuelle supplerende opplysninger fra kommunen i rapporten.

I denne rapporten er kunstig intelligens (KI) benyttet som skrive- og analysehjelpemiddel i deler av sammendraget og vurderingene. All KI-generert tekst og forslag er gjennomgått, kontrollert mot datagrunnlaget og kvalitetssikret av revisor.

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

3.3 Avgrensninger

Under problemstilling 1 har undersøkt kommunens systemer og rutiner for å sikre at det gis forsvarlige hjemmetjenester. Vi har ikke undersøkt om den enkelte bruker har fått tjenestene vedkommende har krav på eller hvordan brukerne opplever tjenestene. Under problemstilling 2 har vi undersøkt kommunens saksbehandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester. Vi har ikke undersøkt om den enkelte bruker har fått tjenester de har fått vedtak om.

4 STYRINGSSYSTEM HJEMMETJENESTEN

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

Revisjonskriterier

Hammerfest kommune v/hjemmetjenesten kommune skal:

- planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- evaluere sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- korrigere sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
- ha et dokumentert styringssystem
- ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig

Vi har undersøkt hvilket styringssystem Hammerfest kommune har for å gi innbyggerne hjemmetjenester i tråd med regelverket. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring skiller mellom å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Vi har for leservennlighetens skyld valgt å ikke strukturere kapittelet etter forskriften. Fremstillingen er delt inn i ulike temaer som er sentrale i forskriften.

4.1 Planer, mål og organisering

4.1.1 Organisering

Kapittel 1.3 i rapporten inneholder et organisasjonskart over helse- og omsorgstjenestene i Hammerfest kommune. Hjemmetjenesten i Hammerfest består av hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund, hvor hjemmetjenesten Hammerfest er desidert størst. Det er styringssystem og internkontroll ved disse to tjenestestedene som er undersøkt.

Ledelsen i hjemmetjenesten Hammerfest består av virksomhetsleder, avdelingsleder og nestleder. Det er også ansatt fagsykepleier i tjenesten. Virksomhetsleder har også ansvar for Sørøygata omsorgsbolig. Kvalsund hjemmetjeneste tilhører samme virksomhet som Kvalsund sykehjem og Kokelv bo- og servicesenter. Kvalsund har over en lengre periode vært preget av utskifting og fravær i ledelsen, og kommunalsjef har med bistand fra andre ivaretatt lederrollen i Kvalsund. Virksomhetsleder var ny i stillingen da vi gjennomførte forvaltningsrevisjonen. Før dette arbeidet vedkommende som avdelingsleder i Kvalsund i omentrent fem måneder. Virksomhetsleder opplyser at ansattgruppen preges av at det har vært fravær/endringer i ledelsen, og at det også har påvirket tjenestene.

Kommunalsjef har opplyst at det overordnede styringssystemet for hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund er likt. De skal benytte de samme digitale systemene, og får tilgang til rutinebeskrivelser som utarbeides sentralt. Det er også flere forskjeller mellom styringssystemene i de to virksomhetene.

Kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innebærer at Hammerfest kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha, og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Revisor har ikke fått informasjon som tilsier at det er gjort samlede vurderinger av hvilket styringssystem kommunen bør ha for hjemmetjenesten.

4.1.2 Tjenestetilbud

Hjemmetjenesten i Hammerfest gir tjenester til omtrent 250 tjenestemottakere, og består av 43 årsverk. Kvalsund gir tjenester til om lag 35 tjenestemottakere og det er åtte faste ansatte i tjenesten. Tjenestene som tilbys er matombringing, trygghetsalarm, praktisk bistand (også BPA) og hjemmesykepleie. Det er stor variasjon i brukergruppen med hensyn til diagnoser og funksjonsnivå. Hovedtyngden av tjenestemottakere er eldre.

4.1.3 Planverk

Hammerfest kommune har ikke en gjeldende plan for helse og omsorg. Forrige plan gjaldt for perioden 2018-2022. Kommunedirektøren vurderer at mangel på godt forankret planverk gir utfordringer med mål og strategier i sektoren.[9] Kommunalsjef opplyser at arbeidet med ny kommunedelplan ble utsatt på grunn av omstillingsprosessen, men at planprosessen er påstartet. Helse- og omsorgsutvalget ble orientert om oppstart av arbeidet med helse- og omsorgsplan i november 2025. Foreløpig tidsplan er at planen skal vedtas i juni 2026. Planen skal bidra til å sikre en rød tråd mellom overordnede mål og strategier i kommuneplanens samfunnsdel og konkrete tiltak i sektoren.[10] Det er ikke satt overordnede mål for hjemmetjenesten i Hammerfest kommunen. Hjemmetjenesten har ikke utarbeidet virksomhetsplan eller tilsvarende.

4.2. Fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver

4.2.1 Reglementer og fordeling av ansvar og myndighet

Hammerfest kommune har ikke et oppdatert administrativt delegeringsreglement. Politisk del av reglementet ble vedtatt av kommunestyret 28.11.24, men den administrative delen ble utsatt i påvente av omstillingsprosessen og ny administrativ organisasjonsstruktur. Kommuneadvokat opplyser at arbeidet er i sluttfasen, og at det forventes at nytt administrativt reglement vedtas av kommunedirektøren i løpet av januar 2026. I februar opplyser administrasjonen at delegeringsreglementet er ikke vedtatt enda, men at det er under siste revidering og snart klar for politisk behandling. På spørsmål om hvorvidt dette har hatt betydning for styringen, opplyste kommunalsjef for helse at det ikke har hatt praktisk betydning for styringen av sektoren.

Det fremgår av omstillingsplanen for helse og omsorg at tidligere organisering bidro til uklarhet i roller og myndighet, forventninger og utfordringer med å jobbe systematisk tverrfaglig. På bakgrunn av dette foreslås det i omstillingsplanen at fagansvarligrollen fjernes, og at antall virksomhetsledere reduseres fra 17 til 8 virksomhetsledere. Kommunalsjef og fagleder har utdypet dette i intervju. De opplyste at kommunen opplevde utfordringer knyttet til at fagansvarlige og virksomhetslederne hadde overlappende ansvarsområder. Fagansvarlige hadde delegert fagansvar for sine områder fra kommunalsjef, samtidig som det stod i stillingsbeskrivelsene til virksomhetslederne at de hadde faglig ansvar. Kommunalsjef opplyser at ny organisering skal bidra til tydeligere rolle- og ansvarsfordeling og bedre styring gjennom

[9] Sak 19/25, behandlet av hovedutvalget for helse og omsorg 22.10.25

[10] Sak 36/25, behandlet av hovedutvalget for helse og omsorg 19.11.25

færre virksomhetsledere, tydeligere definert ansvar og oppgaver for de ulike stillingene og oppdaterte stillingsbeskrivelser.

Stillingsbeskrivelsene ble gjennomgått og revidert samtidig med at forvaltningsrevisjonen pågikk. Kommunalsjef opplyser at det ikke er store endringer i stillingsbeskrivelsene, men at de inneholder viktige presiseringer. Revisor har mottatt de nye stillingsbeskrivelsene og gjennomgått disse. Enkelte av de gamle stillingsbeskrivelsene var svært kortfattet, og det framgikk ikke klart hvilke ansvars- og arbeidsoppgaver som inngikk i stillingen. Dette er mer detaljert beskrevet i de nye stillingsbeskrivelsene.

Virksomhetsleder i hjemmetjenesten Hammerfest forklarte at hun har det overordnede ansvaret for styringssystemet i hjemmetjenesten, og at oppgaver delegeres til avdelingsleder og fagsykepleier ved behov. På spørsmål om hvordan ansvaret for styringssystem/internkontroll har vært fordelt, opplyste virksomhetsleder Kvalsund at det etter hennes oppfatning ikke har vært en klar ansvarsfordeling mellom avdelingsleder og virksomhetsleder. Det som var definert, var at avdelingsleder hadde ansvaret for drift. Det vil fremover arbeides med å tydeliggjøre ansvar for dette. Det er ansatt fagsykepleier, som også vil få en rolle i arbeidet.

4.2.2 Nærmere om fordeling av ansvar og myndighet

Ansvarsbeskrivelser fremkommer også i andre dokumenter som revisor har mottatt. I hjemmetjenesten Hammerfest er det på hver vakt en ansatt som har ansvarsvakt. De har også arbeidsrutiner for dagvakt, aftenvakt, nattevakt og langvakter, samt en ukeplan. Ukeplanen viser faste arbeidsoppgaver og møter på ukedagene.

Etter det revisor har fått opplyst har ikke Kvalsund tilsvarende skriftlige rutiner. De har heller ikke definert ordning for ansvarsvakt, men det er sykepleier på vakt som har overordnet ansvar. Dette er kjent for de ansatte, og de vet at sykepleier på vakt kan kontaktes ved behov, opplyser virksomhetsleder.

Både hjemmetjenesten Hammerfest og Kvalsund benytter arbeidslister. Disse viser hvilke brukere ansatte skal til og hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres hos den enkelte. En forskjell er at hjemmetjenesten Kvalsund ikke har tatt i bruk Mobil Omsorg til å genere arbeidslister. Listene utarbeides derfor skriftlig, lagres på lukket område og skrives ut og oppbevares i perm.

Når det gjelder fordeling av ansvar og roller, er det også av relevans at hjemmetjenesten Hammerfest arbeider med å innføre system med primær- og sekundærkontakter som innebærer at tjenestemottakerne får kontaktpersoner med hovedansvar for oppfølgingen. Tjenesten har frem til nå vært organisert slik at alle ansatte har like stort ansvar for å følge opp den enkelte pasient. Målet er å sikre bedre pasientoppfølging, tydeligere ansvarsfordeling og påse at man fanger opp endringer hos pasienten. Systemet skal bidra til å skape kontinuitet og trygghet for pasientene. Hva gjelder hjemmetjenesten Kvalsund, har vi ikke fått opplysninger som tilsier at tjenesten planlegger å innføre primær- og sekundærkontakter.

I intervjuene stilte vi spørsmål om hva som gjøres for å sikre at det er kjent blant ansatte hvordan ansvar og myndighet er fordelt. Informantene opplyser at ansvarsfordelingen gjøres kjent på flere måter, blant annet gjennom opplæring og personalmøter. Ansatte er kjent med at virksomhetsleder i Hammerfest har det overordnede ansvaret, og at avdelingsleder er nærmeste leder. Hjemmetjenesten i Hammerfest utarbeidet i 2025 nye opplæringsplaner. Planene beskriver ansvarsfordelingen og alle ansatte, ikke bare nyansatte, har fått beskjed om å gjennomgå planen og gi tilbakemelding dersom de trenger mer opplæring.

4.3 Rutiner og prosedyrer

4.3.1 Innledning

Hjemmetjenesten har tilgang til skriftlige rutiner gjennom ulike systemer. I helse og omsorg er det ikke definert hvilke rutiner som skal oppbevares digitalt og hva som skal oppbevares i permer, og det er opp til hver virksomhet å organisere dette. Vi fikk opplyst at enkelte ledere og ansatte i hjemmetjenesten har gitt tilbakemeldinger på at det er utfordrende å finne frem til rutinene, og at det er behov for bedre internkontroll og opplæring i bruk av systemene. Det finnes mange skriftlige rutiner, men de er spredt på ulike steder, noe som kan gjøre det vanskelig å finne frem. En av informantene uttrykte at man ikke kan ta for gitt at ansatte som har jobbet i mange år vet hvor de finner de forskjellige rutinene. Dette er noe som må jobbes med kontinuerlig. I intervju ble det også vist til at de ansatte er forskjellige med hensyn til hvor mye tid de bruker på å oppdatere seg på tjenestens rutiner.

Ansatte gjøres kjent med kvalitetssystemene og rutinene på flere måter. Det skjer gjennom opplæring, i møter og per e-post. Det sendes ut referat fra personalmøtene og sykepleiermøtene. Hva gjelder Kvalsund, opplyser virksomhetsleder at det skjer gjennom personalmøter, samt også avdelingsmøter. Som nevnt innførte hjemmetjenesten Hammerfest i 2025 nye skriftlige rutiner for opplæring av nyansatte. Her er det presisert at nyansatte skal få opplæring i hvor de finner, og hvordan de bruker kunnskaps- og opplæringsverktøyene. I det videre beskriver vi de ulike systemene som er i bruk.

4.3.2 Quality Manager+

Kvalitets- og avvikssystemet Quality Manager+ (QM+) har vært i bruk i Hammerfest kommune siden 2010.[11] Kommunalsjef og fagleder opplyser at QM+ oppleves som utdatert og lite brukervennlig. Det er vanskelig å finne frem til informasjon i systemet. Noen virksomheter/avdelinger i helse- og omsorg bruker QM+ til oppbevaring av rutiner, mens andre har egne serverområder. Det er opp til virksomhetene selv å bestemme. Behovet for å bytte ut systemet har vært tatt opp flere ganger, både av ledere og ansatte. Saken har vært håndtert i AMU.

Hjemmetjenesten i Kvalsund benytter QM+ til å oppbevare skriftlige rutiner. Virksomhetsleder oppfatter at det er tydelig for de ansatte hvor de finner aktuelle rutiner og prosedyrer. Hjemmetjenesten Hammerfest benytter systemet til å melde avvik, men ikke til oppbevaring av rutiner. Kvalitetsrutinene er lagret digitalt i en mappe på helse- og omsorgsområdet som tilhører hjemmetjenesten. Mappen inneholder blant annet pasientrelaterte rutiner, saksbehandlingsrutiner, møtereferater og skjemaer. Etter det revisor har fått opplyst er ikke alle ansatte klar over innholdet i denne mappen.

Virksomhetsleder i Hammerfest hjemmetjeneste opplyser om at de planlegger å overføre rutinene til QM+. Fagsykepleier påpekte behov for en avklaring på hvilket system som skal benyttes fremover, og at rutiner må samles og oppdateres dersom QM+ skal være hovedsystemet. Oppsummert viser funnene at det er noe uklart hvorvidt QM+ fremover skal benyttes til oppbevaring av hjemmetjenesten Hammerfest sine rutiner. Administrasjonen opplyser at de nå har fått en forbedret versjon av at systemet som er skybasert og mer brukervennlig.

[11] Kommunens årsrapport 2024

4.3.3 Journalsystemet Profil

Hjemmetjenesten benytter journalsystemet Profil. Journalsystemet er sentralt for å sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om den enkelte pasient, og begge virksomhetene har tilgang på nettbrett som ansatte kan ta med seg når de reiser ut til brukerne. Vi har fått opplyst at i Kvalsund bruker ikke alle ansatte nettbrett, noe som betyr at de må ringe kollegaer dersom de har behov for opplysninger i Profil mens de er hos brukere.

I journalsystemet skal ansatte hake av for utførte tiltak. Fagsykepleier i hjemmetjenesten Hammerfest opplyser at de har hatt ganske mye fokus på at rapportene i noen tilfeller er for mangelfulle. Tiltaket er kvittert ut, men så viser det seg at det har vært andre ting som burde vært dokumentert. Det har vært tatt opp jevnlig i møter, og fagsykepleier har inntrykk av at dette har bedret seg. Hun er ofte er inne i journalen og leser rapporter og gir tilbakemeldinger til ansatte ved behov.

Hjemmetjenesten Hammerfest implementerte sommer/høst 2025 nye opplæringsplaner for nytilsatte. I henhold til opplæringsplanene skal nytilsatte få innføring i journalsystemet Profil, herunder hvordan skrive journalrapporter, tiltak/tiltaksbeskrivelse, mål- ressurser- evaluering og pasientavvik. Det stilles også krav om å gjennomføre tre ulike e-læringskurs om henholdsvis dokumentasjonsplikt, hvordan skrive journal og journalsnoking og innsynsrett.

I tillegg til journalsystemet, er også samtaler med pasienter, pårørende og samhandling med fastlege og sykehus viktige kilder til informasjon om brukerne. Revisor har mottatt rutinebeskrivelser for samhandlingen med fastlege og sykehus.

4.3.4 Øvrige systemer

Kvalitetssystemet VAR Healthcare er integrert med Profil, og gjennom dette systemet kan søke opp spesifikke helsefaglige prosedyrer ved behov. Både hjemmetjenesten Hammerfest og Kvalsund benytter VAR Healthcare. Kommunalsjef og fagansvarlig vurderer at det er behov for et nytt digitalt system som gir ansatte enkel tilgang til rutiner og prosedyrer, som for eksempel Digipro helse. Dette er noe de vil ha fokus på fremover.

Rutinene som de ansatte i hjemmetjenesten i Hammerfest har behov for i det daglige ligger i en fysisk mappe i arbeidssekken[12] som de tar med seg når de reiser hjem til brukerne. I arbeidssekken finnes også utstyr til å utføre målinger av pasienter. På kontoret har de også en endringsbok og «svarteboka» hvor de fører opp diverse beskjeder, for eksempel brukerne sine legetimer. Hjemmetjenesten Hammerfest oppbevarer også en del rutiner i fysiske permer. Vi fikk opplyst at i de fysiske permene ligger det rutiner og veiledere som også ligger elektronisk, for eksempel interne brannvernrutiner, utskrifter fra GLUP, og veiledning i bruk av velferdsteknologi. Dette er lagt i fysiske permer slik at det er lett tilgjengelig for de ansatte. Hjemmetjenesten i Kvalsund har også en slik arbeidssekk.

4.3.5 Utarbeidelse og oppdatering av rutiner og systemer

Det har ikke vært et formalisert samarbeid mellom hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund om å utarbeide rutiner og systemer som skal sikre kvalitet. Kvalsund har imidlertid fått tilsendt noen av rutinebeskrivelsene som er utarbeidet for Hammerfest. Til revisor opplyste kommunen at de planlegger å integrere Kvalsund i

[12] Arbeidssekken inneholder følgende rutiner: Systematisk pasientobservasjon, førstegangsbesøk, gangtest, rutinebeskrivelse TRY (trygghetsalarm), Sensio side 1-3, ProACT

møtestrukturene til Hammerfest i den hensikt å sikre at virksomhetene jobber mer likt, og kan lære av hverandre.

Virksomhetsleder for Kvalsund vurderer at de har en del å arbeide med knyttet til rutiner og faglige prosedyrer. Også for hjemmetjenesten Hammerfest, gis det uttrykk for at det er behov for forbedring på enkelte områder. Blant annet har de avdekket at ikke alle rutinene er godt nok innarbeidet i tjenesten. Rutiner knyttet til fallrisiko og ernæring ble nevnt som eksempler på områder hvor det er identifisert at rutiner ikke alltid følges. Målet er at dette skal bli bedre med innføring av primær- og sekundærkontakter ettersom kontaktpersonene vil få konkrete ansvarsområder å følge opp. Hjemmetjenesten Hammerfest opplyste at de skal jobbe systematisk med disse forbedringsområdene fremover, og at de vil begynne med temaet ernæring i januar 2026. Virksomhetsleder for Kvalsund viste også til at det er rutiner/systemer som ikke er fullt ut implementert, sånn som Mobil Omsorg.

Når det gjelder oppdatering av eksisterende rutiner, synes det ikke som det er et system for gjennomgang og oppdatering av skriftlige rutinebeskrivelser ved faste tidsintervaller, verken i Hammerfest eller i Kvalsund. De oppdateres når tjenesten identifiserer at det er behov for endringer. I hjemmetjenesten Hammerfest lagres rutiner på servere og i fysiske permer, noe som kan gi utfordringer med oversikt og oppdatering ifølge flere av informantene. Enkelte rutiner er tilgjengelig flere steder, noe som fordrer at de oppdateres begge steder.

Virksomhetsleder i hjemmetjenesten Hammerfest forklarte at hun har det overordnede ansvaret for styringssystemet, og at oppgaver delegeres til avdelingsleder og fagsykepleier etter behov. Fagsykepleier har ansvar for å oppdatere fagrutinene/prosedyrene som hjemmetjenesten skal følge. Det pågår arbeid med å revidere utdaterte skjemaer, blant annet søknadsskjemaer, samt rutiner knyttet til ansvarsområdene til primær- og sekundærkontaktene. Når det gjelder ansvaret for å utvikle og revidere skriftlige rutiner, ga fagsykepleier uttrykk for at hun opplever at det er klart hva hun har ansvar for. De rutinene som er utarbeidet for Kvalsund, er utarbeidet av tidligere virksomhetsleder.

Informantene fikk spørsmål om det er noen rutiner som de vurderer at hjemmetjenesten mangler. I hjemmetjenesten Hammerfest ble rutiner for primær- og sekundærkontakter og håndtering av bekymringsmeldinger trukket frem. I Kvalsund ble rutiner for avvik nevnt som et eksempel. Ansatte er usikre på når det er rett å melde avvik. Ny virksomhetsleder antar også at det er rutiner som foreligger som bør oppdateres. Hun har ikke funnet alle rutiner, og anser det som sannsynlig at disse rutinene også bør gjennomgås/oppdateres.

Vi har ikke fått opplysninger som tilsier at det har blitt gjort en systematisk gjennomgang av alle rutinene i løpet av de siste årene.

4.4 Kunnskap om virksomheten og risikovurdering

4.4.1 Risikovurdering

ROS-analyse (risiko- og sårbarhetsanalyse) er et verktøy for å identifisere uønskede hendelser og risikoen for at disse skal inntreffe. Kommunen har utarbeidet dokumentet *«Veiledning ROS-analyse»*, som er ment som et hjelpemiddel til ledere og andre som skal gjennomføre risikovurdering i virksomheten. Det foreligger også mal til ROS-analyse. Kommunalsjef og virksomhetsleder Hammerfest opplyser at det er en ansatt i kommunen som de kan kontakte hvis de har behov for veiledning når det gjelder ROS-analyser.

Virksomhetsleder for hjemmetjenesten Hammerfest er kjent med rutinen, og har blant annet benyttet den i forbindelse med stengning av et hjem. Revisor har mottatt ett eksempel på en gjennomført ROS-analyse som er skriftliggjort fra november 2023 som omhandler psykiske helseplager. I tillegg har kommunen oversendt *«Forsvarlighetsanalyse hjemmetjenesten»* som ble gjennomført i forbindelse med innføring av langvakter. Analysen beskriver mulige helse- og sikkerhetsmessige konsekvenser ved å innføre langvakter, og tiltak som skal gjennomføres for å redusere risiko og sikre en forsvarlig arbeidstidsordning. Virksomhetsleder for Kvalsund har påbegynt arbeidet med å utarbeide en ROS-analyse. Hun er ikke kjent med at det tidligere er utarbeidet skriftlige ROS-analyser for hjemmetjenesten Kvalsund.

I intervjuer har informantene redegjort for hva de vurderer som særskilte risikoområder i hjemmetjenesten. Risikoområder som ble trukket frem var smittevernrisiko, manglende kompetanse på samtykkevurdering og risiko forbundet med overganger. Overganger mellom sykehus, intermediær og hjemmetjeneste er kritiske punkter, og det er risiko for at informasjon ikke medfølger pasienten dersom man ikke har gode systemer. En annen risiko som ble nevnt, er risiko for at ikke alle ansatte får den samme informasjonen, og risiko for at rutiner ikke blir fulgt. Eksempler på rutiner som ikke alle ansatte har kjent til er rutiner for førstegangsbesøk og ProAct/News. På spørsmål om hva som kan være årsaken til at disse ikke har vært kjent, får revisor opplyst at årsaken kan være at det er vanskelig å nå alle i en hektisk arbeidshverdag, samt mangel på digitalt system for slike rutiner. Flere viste også til svakheter som Statsforvalteren påpeker i tilsynsrapport fra 2025, som vi omtaler nærmere under i delkapittel 4.4.4.

Informantene har også gitt opplysninger om planlagte og gjennomførte tiltak for å redusere risiko i hjemmetjenesten.

En særskilt risiko for Kvalsund er at de arbeider i distriktet med lange avstander, mye vær og stengte veier. Hjemmetjenesten betjener også trygghetsalarmer, og en risikofaktor er at responstid på trygghetsalarmer ikke blir tilfredsstillende. Disse forholdene skal inngå i ROS-analysen.

4.4.2 Rapportering og oppfølging av avvik og uønskede hendelser

Hammerfest kommune har skriftlige retningslinjer for registrering og håndtering av uønskede hendelser og avvik. Det går frem av retningslinjene at alle ansatte har ansvar for å melde fra om uønskede hendelser og avvik innenfor egen virksomhet, og et ansvar for å følge opp de tiltak som eventuelt blir iverksatt. Hjemmetjenesten i Hammerfest og Kvalsund benytter QM+ og Profil til å registrere og følge opp avvik.

Kommunens «hovedsystem» for å melde avvik er QM+. I rutinen står det at leder har ansvar for å behandle meldinger om uønskede hendelser og avvik innenfor egen virksomhet. Det er videre leder sitt ansvar å vurdere mulige tiltak, og bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes. Leder kan delegere oppgaver knyttet til meldings- og tiltaksbehandling til andre. Etter det revisor har fått opplyst, er det godt kjent blant ansatte i begge virksomhetene hvordan de melder avvik i QM+.

Pasientrelaterte avvik skal i tillegg meldes i journalsystemet Profil. Revisor fikk opplyst at rutinen innebærer at brudd på rutiner/prosedyrer som har gått ut over pasienten skal meldes i Profil i tillegg til QM+. Prosedyrefeil som ikke har gått ut over pasienten skal kun meldes i QM+. Enkelte avvik skal altså meldes begge steder. Melding av pasientrelaterte avvik er kort

omtalt i kommunens overordnede rutine.[13] Tabell 2 under viser meldte avvik i Profil i hjemmetjenesten i perioden 01.01.24 til og med 10.11.25.

Tabell 1: Meldte avvik i Profil i hjemmetjenesten Hammerfest og Kvalsund i perioden 01.01.24 - 10.11.25

Type avvik	Antall meldte avvik Hammerfest	Antall meldte avvik Kvalsund
Fallulykker	104	20
Skade	1	1
Prosedyreavvik	35	3
Medisinavvik	355	25
Avvik tiltaksbeskrivelse	7	1
Rutineavvik	28	5
Vold og trusler	6	1
Ulykke	2	0
Totalt	**538**	**56**

Totalt er det meldt 538 avvik i Profil i Hammerfest i perioden og 56 avvik i Kvalsund. Som tabellen viser, er det desidert flest medisinavvik ved begge tjenestestedene, etterfulgt av fallulykker. I avviksstatistikken som revisor har mottatt er det oppgitt underkategorier under hver avvikskategori, og spesifisert hvor mange avvik som er meldt i de ulike underkategoriene. Videre viser avviksstatistikken at 331 av de meldte avvikene er registrert med liten alvorlighetsgrad, 210 med middels og 53 med stor. Avviksstatistikken fra Profil inneholder ikke informasjon om hvor mange avvik som er til behandling og hvor mange som er lukket.

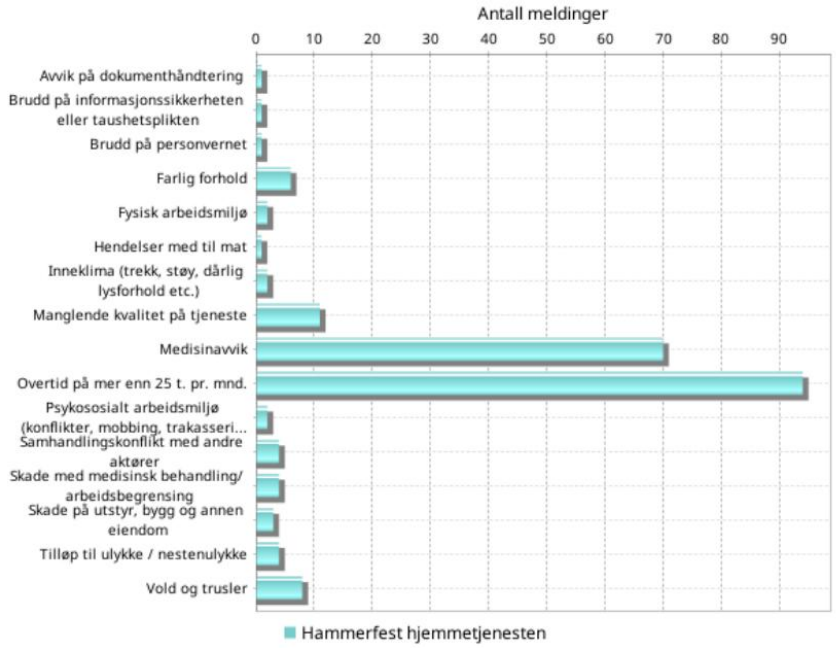
Kommunen har tatt ut rapporter[14] over uønskede hendelser og avvik i hjemmetjenesten som er meldt i QM+. Først omtaler vi avviksstatistikken fra hjemmetjenesten Hammerfest.

I perioden 01.01.24 til og med 31.10.25 er det registrert 373 avvik i QM+ i hjemmetjenesten Hammerfest. Utklippet nedenfor viser hvilke typer avvik som er registrert, og gjelder for perioden 01.01.25 til og med 31.10.25. Flertallet av avvikene gjelder overtid på mer enn 25 t. pr. måned. Deretter følger medisinavvik.

[13] Følgende står i rutinen: «Saker som gjelder pasienter som ikke er avvik på våre rutiner/retningslinjer meldes i pasientsystemet. Medisinavvik skal også meldes i QM+».

[14] Rapport 1 gjelder for perioden 01.01.24 til og med 31.12.24. Rapport 2 gjelder perioden 01.01.25 til og med 31.10.25

Utklipp 2: Utklipp fra *«Rapport over uønskede hendelser og avvik Hjemmetjenesten 01.01.25 – 31.10.25»*



Rapportene fra QM+ gir også annen informasjon om meldte avvik, herunder hvor mange avvik som er lukket/ferdigbehandlet. Det var kun to avvik fra 2025 som var under behandling, de resterende var lukket.

Hva gjelder Kvalsund, opplyser kommunen at det i perioden 2024 og hele 2025 er registrert 56 uønskede hendelser og avvik hos Kvalsund hjemmetjeneste. Av disse er 30 registrert i 2025. Revisor har ikke fått ytterligere opplysninger, og har derfor ikke innsikt i hvilke typer avvik som er meldt, hvor mange som er ferdigbehandlet o.l.

Vi har gjennom intervjuer fått flere opplysninger om registrering og oppfølging av avvik i begge virksomhetene. Det fremgår av opplæringsrutinene til hjemmetjenesten Hammerfest at ansatte skal få opplæring i avvikssystemet. Virksomhetsleder har ansvar for å følge opp og lukke avvik som meldes i QM+, og fagsykepleier har ansvar for å følge opp medisinavvikene som meldes i Profil. Revisor har fått motstridende opplysninger om hvorvidt fagsykepleier har ansvar for å følge opp alle avvikene som meldes i Profil eller kun medisinavvikene. I Kvalsund har praksis vært at avdelingsleder (nåværende virksomhetsleder) har fulgt opp og lukket avvikene i QM+ og Profil. Virksomhetsleder ga uttrykk for at det kanskje ikke er tydelig definert hvem som formelt har ansvaret for det.

Fra hjemmetjenesten Hammerfest fikk vi beskrevet utfordringer knyttet til avviksregistrering i Profil. Systemet oppleves som uoversiktlig dersom avvikene ikke er merket med avdeling og personen som skal behandle de. Videre opplyses det at avviksbehandlingen ikke blir håndtert som den skal i journalsystemet. I januar 2026 opplyste hjemmetjenesten at de jobber med å utarbeide mer detaljerte rutiner for pasientrelaterte avvik. Virksomhetsleder Kvalsund opplyste av pasientrelaterte avvik ikke alltid meldes i Profil. Oppsummert viser funnene problemer med registrering og oppfølging av pasientrelaterte avvik.

Flere av informantene har inntrykk av at ansatte er flinke til å melde avvik. I hjemmetjenesten Hammerfest har det vært en positiv utvikling, og det meldes flere avvik i dag sammenlignet med for noen år siden. Når det gjelder Kvalsund, har ansatte vært litt usikre på når det skal meldes avvik, og diskuterer gjerne med leder/andre før de melder. Terskelen for å melde har nok vært litt høy ifølge virksomhetsleder, men hun opplever at det er litt bedring nå. Det er ønskelig at avvik meldes, slik at forbedringsområder synliggjøres.

Ledelsen og fagsykepleier i hjemmetjenesten Hammerfest diskuterer avvik og mulig tiltak. Avvik er fast punkt på agendaen til personalmøter, HMS-møter og sykepleiermøter. Informantene understreker at de snakker om avvikene, og forsøker å identifisere fellesnevnere og iverksette riktige tiltak. Avvikssystemet er et læringsverktøy som de bruker til å bli bedre, og de oppfordrer ansatte til å skrive avvik. I Kvalsund har avvik blitt gjennomgått i HMS-gruppa, og sykepleiergruppa har hatt gjennomgang av alvorlige avvik. Det har ikke vært praksis for å gjennomgå avvik i plenum med alle ansatte.

Fagleder opplyser til revisor at de vil vurdere om det er behov for å innføre rutiner om at avvik gjennomgås i virksomhetsledergruppen. Det vil gi bedre totaloversikt over avvikene som meldes i helse og omsorg, slik at de vet hva som går igjen og hva de bør jobbe med, for eksempel hvor de bør prioritere kompetanseheving.

Verken virksomhetsleder eller fagsykepleier i Hammerfest er kjent med at det i løpet av de siste årene er avdekket uforsvarlige eller lovstridige forhold i tjenesten. De viste imidlertid til det som framkom i Statsforvalterens tilsyn. På spørsmål om det er avdekket slike forhold i Kvalsund, svarte virksomhetsleder at hun ikke er kjent med at det har skjedd. Imidlertid var det 1-2 nokså alvorlige medisinavvik som skjedde i forbindelse med flytting av lokaler.

4.4.3 Klager og tilbakemeldinger

Klager på tjenesteyting skal behandles av virksomhetslederne, mens klager på vedtak håndteres med bistand fra fagleder og annen konsulent i stab. For mer informasjon om behandling av klager på vedtak, se kapittel 5 i rapporten.

Revisor har ikke fått skriftlig rutine som beskriver håndtering av klage på tjenesteyting. Virksomhetsleder Hammerfest opplyser at formelle klager registreres og følges opp, og at det har vært noen klager de siste årene. Enkelte har vært til behandling hos Statsforvalteren. Virksomhetsleder for Kvalsund er som kjent ny i stillingen, og hun er ikke kjent med at det har vært formelle klager på tjenestetilbudet fra brukere/pårørende de siste to årene. Hvem som har ansvaret for å behandle eventuelle klager, har slik hun oppfatter det ikke vært klart definert.

På forespørsel om nærmere informasjon om antall klager og behandlingen av dem, opplyste hjemmetjenesten Hammerfest at det har vært én klage i perioden 2024 til starten av februar 2026. Virksomhetsleder i Kvalsund er ikke kjent med at det har kommet noen klager. Klagen til hjemmetjenesten Hammerfest dreide seg om feil utførelse av prosedyre, og resulterte i opplæring av alle ansatte i prosedyren. Vi har fått opplyst at dokumenter tilknyttet klagen ble lagt i pasientens journal. Videre har kommunen opplyst at dokumenter knyttet til eventuelle klager til Statsforvalteren går via kommunens saks- og arkivsystem. Kommunen har ikke opplyst å ha samlet oversikt over klager.

Videre fikk vi opplyst at tilbakemeldinger fra pårørende eller brukere som ikke er formelle klager, ofte blir nedskrevet i pasientjournalen. Det kan også komme fram i avviksmeldinger i

QM+ eller avvik i journal. Det drøftes gjerne i rapporter/overlapping mellom vakter og også med virksomhetsleder og avdelingsleder slik at det gjøres kjent, og forbedringer kan gjøres.

4.4.4 Evaluering av tjenestilbudet til brukerne

Statsforvalteren i Trom og Finnmark gjennomført i 2025 tilsyn med hjemmetjenesten i Hammerfest kommune. De undersøkte om kommunen sikrer at hjemmetjenesten identifiserer forverring i helse- og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre og at det ved forverring blir fulgt opp med nødvendige tiltak. Kvalsund var ikke omfattet av tilsynet. En del av konklusjonen er at kommunen ikke evaluerer tjenestene til hjemmeboende eldre systematisk. Når det ikke er klare rutiner for systematisk evaluering, reduseres muligheten til å sette inn tiltak i tide. Dette kan føre til forverret tilstand hos brukere og svekket livskvalitet.

Informantene opplyser om at tjenesten er godt i gang med å gjøre tiltak. De har opprettet soner, noe som betyr at de ansatte kun skal gå til tjenestemottakerne som tilhører sonen de jobber i.[15] Innføringen av primær- og sekundærkontakter var et resultat av tilsynet. Hjemmetjenesten har også opprettet egne arbeidslister for pasienter som trenger at hjemmetjenesten bruker lengre tid hos dem. I intervjuene viste også flere av informantene til kartleggingen av saksbehandlingspraksis, og at de ikke har vært gode nok på å fange opp behov for endringsvedtak. For mer informasjon om saksbehandling og tildeling, se kapittel 5 i rapporten.

I tillegg til disse endringene, skal også videreføring av eksisterende rutiner bidra til å sikre evaluering av tjenestetilbudet til brukerne. Vi fikk opplyst at tiltak som iverksettes overfor pasienter evalueres i sykepleiemøter.

4.4.5 Evaluering av styringssystemet

Informasjonen vi har fått viser at det ikke er gjennomført en samlet, systematisk vurdering av hele styringssystemet, selv om de ulike delelementene i systemet på ulike tidspunkter er vurdert. Informantene fikk spørsmål om hva de mener fungerer bra ved dagens styringssystem, og hva som bør bli bedre. Flere pekte på svakhetene som Statsforvalteren fant i tilsynet. For lite ressurser og mangelfulle systemer til å ivareta saksbehandling og oppfølging av endringsvedtak ble også nevnt. For mer informasjon om dette, se kapittel 5 i rapporten. Andre trakk fram behovet for å få et bedre system for å sikre lik praksis.

4.5 Kompetanse og opplæring

4.5.1 Kompetanseplan og rekruttering

Hammerfest kommune har strategisk kompetanseplan.[16] Helse- og omsorgstjenestene har ikke rekrutterings- og kompetanseplan for helse- og omsorg, og etter Statsforvalterens vurdering arbeider ikke kommunen langsiktig, systematisk og planmessig med kompetanse og

[15] Kommunen opplyste følgende: Tidligere var hjemmetjenesten i Hammerfest inndelt i fire soner, noe som skapte utfordringer med for tette skott mellom sonene. Derfor ble soneinndelingen fjernet. Det var positivt, men hadde også den baksiden at pasienter får hjelp av veldig mange forskjellige ansatte i løpet av en uke. Under Covid var det nødvending med oppdeling/kohorter, og de fikk gode tilbakemeldinger på dette fra brukere og pårørende. For å få kontroll på antall hjelpere hos brukeren har de innført soner igjen.

[16] Som ble vedtatt 14.02.19, og oppdatert 25.08.20. Lenke til planen: https://pub.framsikt.net/planoverview/hammerfest/planoverview-po/content/data/planmetadata-8a677be7-bc9a-4427-bda1-7489a09856c9/strategisk%20kompetanseplan.pdf

rekruttering.[17] Kommunedirektøren vurderer at rekrutterings- og kompetanseplan må prioriteres i sektoren.[18] Det arbeides med å utarbeide ny helse- og omsorgsplan inkludert kompetanseplan, men per nå mangler det overordnede føringer for kompetanseutvikling i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten Kvalsund har nylig ansatt fagsykepleier, slik at de også har denne funksjonen som hjemmetjenesten Hammerfest har. Kommunen planlegger å etablere et fagsykepleier-nettverk med alle fagsykepleierne i helse og omsorg, som vedkommende i Kvalsund da vil bli en del av. Fagsykepleier-nettverket er et tiltak for å styrke kvaliteten, opplyste kommunalsjef.

I en rapport fra 2024 utarbeidet av KS-Konsulent påpekes det at kommunen opplever betydelige utfordringer i rekruttering av helsepersonell. Til revisor opplyste informantene at dette ikke er tilfelle for hjemmetjenesten. Det har ikke vært spesielle rekrutteringstiltak eller tilskudd for hjemmetjenesten, men det har vært god tilgang på kvalifiserte søkere og alle stillinger har vært besatt de siste årene. Det fremgår også av tilsynsrapporten fra Statsforvalteren 2025 at kommunedirektør og kommunalsjef har opplyst at kommunen har høy kompetanse i hjemmetjenesten, og ikke har hatt utfordringer med å rekruttere ansatte med fagkompetanse. Hjemmetjenesten har ikke hatt behov for å benytte vikarbyrå på flere år. Virksomhetsleder i Kvalsund opplyste at det er mer utfordrende å rekruttere til distriktet enn til Hammerfest. Per i dag har tjenesten tilstrekkelig sykepleiedekning.

Kommunalsjef opplyser at hjemmetjenesten Hammerfest har jobbet godt med arbeidsmiljø og alternative turnusordninger, noe som har bidratt til god rekruttering. En annen informant opplyser at mange ansatte gir tilbakemeldinger på at de trives godt. Det skal utarbeides ny turnus for Kvalsund. Virksomhetsleder opplyser at turnusen ikke har vært hensiktsmessig, og at det tidvis har vært relativt mange på jobb på dagtid og for få på ettermiddag/kveld.

4.5.2 Oversikt over ansattes kompetanse og kompetansebehov

Hjemmetjenesten har ikke en fullstendig oversikt over ansattes kompetanse utover utdanningsbakgrunn. Tidligere var det krav til ansatte i helse- og omsorg om å registrere kompetansen sin i Visma. På grunn av dette er det registrert for enkelte ansatte, men ikke for alle.[19]

Helse- og omsorgstjenestene benytter programmet Glup, som er en digital læringsplattform utviklet i samarbeid med norske kommuner og kursleverandører. Glup er en plattform for å kunne planlegge, tilrettelegge, gjennomføre og dokumentere kompetanse på ett og samme sted.[20] Ledelsen kan for eksempel få oversikt over hvem som har gjennomført de forskjellige kursene. Kommunalsjef opplyser at det ikke er stilt krav til helse- og omsorgstjenestene om å

[17] *«Områdebilde: Omsorgstjenestene».* Fra Statsforvalterenes kommunebilde av Hammerfest fra april 2025: https://kommunebilde.statsforvalteren.no/publisert/54/5603/274251ef-4dc2-4bb5-9add-119a3872780d/84f3706f-6c62-4299-a1da-f4427131b0d4

[18] Sak 19/25, behandlet av helse og omsorgsutvalget 22.10.25

[19] Helse- og omsorgstjenestene i Hammerfest kommune startet for flere år siden med å registrere ansattes kompetanse i Visma. Det er mulig å legge inn CV, påbegynt videreutdanning, og hvilken kompetanse den ansatte ønsker. Den ansatte selv må legge dette inn. Vi fikk opplyst at personalavdelingen i kommunen overtok prosjektet fordi det ble vurdert som fordelaktig at alle ansatte i kommunen registrerer sin kompetanse. Det ble stans i prosjektet da Covid-19-pandemien inntraff.

[20] *«Hva er Glup?»* Fra smartskill.no: https://www.smartskill.no/glup/kom-i-gang

ha en samlet oversikt over kompetanse i dette systemet. Revisor har heller ikke fått annen informasjon som tilsier at Glup benyttes til å holde en samlet oversikt over kompetansen til ansatte i hjemmetjenesten.

Kommunen har oversendt et Excel-dokument over gjennomførte kurs blant ansatte i hjemmetjenesten, virksomhet Hammerfest. Vi har imidlertid fått motstridende opplysninger om hvem som har ansvaret for å oppdatere dokumentet. Derfor er det usikkert om oversikten er oppdatert og korrekt. Når det gjelder Kvalsund, er det usikkert om det finnes en slik type oversikt.

Det finnes som nevnt ikke en overordnet kompetanseplan for sektoren. Hjemmetjenesten har heller ikke utarbeidet en samlet oversikt over behov for opplæring og kompetanseheving, men fagsykepleier i Hammerfest understreker at de diskuterer hva som er kompetansebehovene, selv om de ikke har et fast system for dette. Ifølge fagsykepleier kan det være hensiktsmessig å lage en definert plan for hvilke kompetanseområder de skal ha fokus på fremover.

4.5.3 Rutiner og systemer for kompetanseheving

Flere ledere og ansatte har ansvar og arbeidsoppgaver knyttet til kompetanseutvikling. Koordinatorer for kreft, demens og velferdsteknologi har ansvar for kompetanseheving innen sine områder i sektoren, og fagsykepleiere har ansvar for fagutvikling i tjenestene hvor de jobber. Kommunalsjef og fagleder er av den oppfatning at koordinering og tydelig ansvarsfordeling hva gjelder kompetanseutvikling har blitt bedre med ny organisering og nye stillingsbeskrivelser, og at det vil bli enda bedre når det får en overordet plan for kompetanseheving.

I hjemmetjenesten Hammerfest er det ikke fastsatt tid i turnus til fagutvikling for alle ansatte, men det legges til rette for kurs og møter. I ukeplanene er det satt av tid til den typen arbeid, for eksempel sykepleiermøter. Fagutviklingssykepleier har avsatt tid til å drive med fagutvikling. Fagutviklingssykepleier opplever at det kan være krevende å samle hjemmetjenesten til slike typer oppgaver. Det krever en del organisering å få det til i en såpass stor tjeneste hvor alle jobber ute. Enkelte kurs er obligatoriske, mens andre er frivillige. Det varierer hvor flinke ansatte er til å benytte seg av disse ressursene. Ansatte tilbys kurs i form av e-læring og webinarer, men flere etterspør fysiske kurs, som var mer vanlig før. Tilbud om kurs informeres om i ulike kanaler, som e-post, facebook og fysisk oppslagstavle. Det er mulig å benytte Glup til å sende ut kursinvitasjoner, men denne funksjonen benyttes ikke. I Kvalsund blir tilbud om kurs sendt ut til de ansatte i hjemmetjenesten per e-post, som kan melde interesse om de ønsker. De ønsker å innføre fagdager, hvor kompetansen de har internt kan deles i personalet. Kvalsund har nylig ansatt fagutviklingssykepleier, og vedkommende vil få en rolle i dette arbeidet.

Læringsplattformen Glup benyttes på en systematisk måte til opplæring av nyansatte i Hammerfest. Hjemmetjenesten Hammerfest har som nevnt utarbeidet nye opplæringsrutiner i 2025, hvor det er spesifisert hvilke kurs nyansatte skal gjennomføre. Kravene til hvilke kurs som skal gjennomføres varierer avhengig av om den ansatte er sykepleier, helsefagarbeider eller assistent eller ferievikar. Glup benyttes også av øvrige ansatte, men ikke på en like systematisk måte. Fagsykepleier er av den oppfatning at kompetanseheving kanskje blir litt for mye opp til den enkelte. Det kan være hensiktsmessig å sette det mer i system, for eksempel sette av konkrete tidspunkter for når en ansatt skal gjennomføre et kurs i Glup. Det eneste kurset som det er stilt krav om ansatte må oppfriske/gjennomføre med jevne mellomrom er kurs i legemiddelhåndtering. Kurset må gjennomføres annethvert år. Dersom den ansatte ikke gjennomfører kurset innen fastsatt frist kan ikke vedkommende levere ut medisiner.

Virksomhetsleder i Kvalsund opplyser at de også benytter GLUP til gjennomføring av kurs, herunder også medisinkurs. Leder er usikker på om medisinkurs har blitt gjennomført annethvert år, men rutiner for å sikre dette er nylig igangsatt.

Vi har også innhentet opplysninger om hvilke områder det er gjennomført kompetanseheving innen i løpet av de siste årene. Kommunen tilbyr ABC-opplæring innen ulike fagområder, og i år (2025) er det fem/seks ansatte i hjemmetjenesten Hammerfest som gjennomfører demensomsorgens ABC. Et annet eksempel er diabeteskurs i samarbeid med Finnmarkssykehuset. Ansatte i hjemmetjenesten har gjennomført proACT[21]. Hjemmetjenesten benytter flere velferdsteknologiske løsninger, både medisindispensere, GPS og RoomMate. De skal også ta i bruk velferdsteknologi knyttet til pasientens legemiddelliste, og koordinator for velferdsteknologi deltar i dette prosjektet. Andre eksempler på kompetanseheving som har vært gjennomført i hjemmetjenesten de siste årene er innenfor områdene saksbehandling, lindring og Durewall.[22]

Informantene fikk spørsmål om det er områder hvor det er behov for å styrke kompetansen. Oppsummert svarte de at det er ønskelig med flere ansatte med videreutdanning og kompetanse innen følgende områder: kreft, demens, diabetes, sår, velferdsteknologi, atferd og psykisk helse. Samtidig understrekte de at det er mye kompetanse i hjemmetjenesten, og en høy andel fagutdannede. På spørsmål om hvilke kurs/kompetanseheving ansatte gir tilbakemelding på at de ønsker, fikk vi opplyst at både proACT-kurs og HLR[23] etterspørres. Dette skal gjennomføres jevnlig, men kommunen har i en omstillingsperiode ikke hatt instruktører.

4.5.4 Opplæring av nyansatte

Hjemmetjenesten Hammerfest har utarbeidet skriftlig opplæringsplan, som ble tatt i bruk sommer/høst 2025. Tidligere har det ikke vært et godt nok system for opplæring av nyansatte, fortalte virksomhetsleder. Virksomhetsleder i Kvalsund informerte om at de har planer/sjekklister for opplæring av nyansatte. De har fått tilsendt de nye opplæringsrutinene til Hammerfest, men har ikke tatt dem i bruk.

Den nye opplæringsplanen inneholder en grunnpakke som alle skal nyansatte skal gjennomføre, og en del som er spesifikk utfra vedkommende sin stilling og ansvarsområde. Hjemmetjenesten har forskjellige opplæringsplaner for sykepleiere, saksbehandlere, helsefagarbeidere, assistenter og vikarer, og sommervikarer. Det er sjekklister i opplæringsplanen som angir frister for når de ulike opplæringsaktivitetene skal gjennomføres, hvem som er ansvarlig og dato for når det ble utført. Planene inkluderer krav til gjennomføring av bestemte kurs.

I tillegg blir nyansatte i hjemmetjenesten en del av kommunens mentordning for helse og omsorg. Mentorordningen er et supplement til den enkelte virksomhets opplæringsplaner. Informantene opplyser at ansatte i hjemmetjenesten gir gode tilbakemeldinger på ordningen, og at den bidrar til at de føler seg ivaretatt og får god oppfølging.

[21] Metodikk for ivaretakelse av pasienter slik at det så tidlig som mulig blir avdekket forverrede tilstander hos de som bor hjemme.

[22] Handler om å forebygge og håndtere konflikter.

[23] Hjerte- og lungeredning.

4.5 Medvirkning

4.5.1 Brukermedvirkning

Når det gjelder systemer for å sikre brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene, har det tidligere vært planer om å opprette brukerutvalg, men det ble utsatt. Kommunalsjef opplyser at brukerutvalg skal forankres i ny helse- og omsorgsplan. Videre opplyser kommunalsjef at det er nødvendig å etablere rutiner for gjennomføring av brukerundersøkelser i helse og omsorg.[24]

Informantene har redegjort for hvordan brukermedvirkning på individnivå sikres i hjemmetjenesten i Hammerfest og i Kvalsund gjennom dialog med brukere og pårørende. Det fremgår av opplæringsplanene til nyansatte i hjemmetjenesten at *«Tjenesten er opptatt av å ha pasienten i sentrum og verdsetter viktigheten av brukermedvirkning og hva som er viktig for den enkelte».* Alle nytilsatte skal gjennomføre et kort e-læringskurs på seks minutter om brukermedvirkning.

En av informantene uttrykte at tjenesten frem til nå ikke har hatt systematisk brukermedvirkning, men at dette vil endre seg med innføringen av primær- og sekundærkontaker. Ordningen vil gjøre det enklere for tjenestemottakere og pårørende å medvirke siden de får faste kontaktpersoner å forholde seg til.

4.5.2 Medvirkning fra ansatte

Hammerfest kommune gjennomførte i 2024 medarbeiderundersøkelsen 10-FAKTOR. Svarprosenten i hjemmetjenesten var 62,5. Det er til sammen 10 faktorer som måles i undersøkelsen.[25] Hjemmetjenesten scoret lavest på faktorene *relevant kompetanseutvikling* og *mestringsorientert ledelse,* og høyest på faktoren *prososial motivasjon.*

Utklipp 3: Resultater fra medarbeiderundersøkelsen 10-faktor gjennomført i 2024.

Hjemmesykepleien

Oversikt og sammenligning av alle faktorer.
Tabellen viser resultater for valgt enhet, organisasjonen, landssnittet for tjenestetype og landssnitt generelt.

Faktor	Hjemmesykepleien	Hammerfest	PLO Hjemmetjeneste	Norge
1. Indre motivasjon	3.8	4.0	4.0	4.1
2. Mestringstro	4.1	4.1	4.1	4.1
3. Autonomi	4.1	4.0	3.9	4.1
4. Bruk av kompetanse	4.0	4.0	4.0	4.0
5. Mestringsorientert ledelse	3.7	3.7	3.7	3.8
6. Rolleklarhet	4.1	4.0	4.1	4.0
7. Relevant kompetanseutvikling	3.6	3.4	3.6	3.6
8. Fleksibilitetsvilje	4.2	4.2	4.1	4.2
9. Mestringsklima	3.9	3.8	3.9	4.0
10. Prososial motivasjon	4.4	4.4	4.4	4.4

[24] Kommunalsjef opplyser at innen helse- og omsorg har rus og psykisk helsetjeneste hatt praksis for å gjennomføre brukerundersøkelser, men at det ikke har blitt prioritert de siste årene.

[25] Disse faktorene er indre motivasjon, mestringstro, autonomi, bruk av kompetanse, mestringsorientert ledelse, rolleklarhet, relevant kompetanseutvikling, fleksibilitetsvilje, mestringsklima og prososial motivasjon.

Hammerfest kommuner har systemer for systematisk HMS-arbeid. I 2024 ble hjemmetjenesten tildelt kommunens HMS-pris. Begrunnelsen var *«deres gode arbeid med å skape trivsel og godt HMS arbeid ved å ha fokus på nærværsarbeid, gode arbeidsforhold og trivselstiltak».*[26]

Administrasjonen viste til at ledermøter er en arena for medvirkning. Det er ukentlig ledermøter for virksomhetslederne, og månedlige møter der både avdelings- og virksomhetslederne deltar. Informantene i virksomhet Hammerfest har redegjort for hvordan ansatte medvirker ved å komme med innspill i personalmøter, sykepleiemøter, HMS-møter og direkte til ledere og ressurspersoner. Det ble vist til at ansatte i hjemmetjenesten er vant til å jobbe selvstendig, og medvirke til gode tjenester. Nyansatte orienteres om arbeidstakerorganisasjonene, og tjenestens verneombud og tillitsvalgt i opplæringen.

Virksomhetsleder Kvalsund opplyste at hjemmetjenesten har det siste året byttet lokaler 3-5 ganger. Dette har påvirket ansattgruppen mye, og skapt frustrasjon. Hjemmetjenesten er nå lokalisert der de skal være. I forbindelse med alle flyttingene har det ikke vært systemer for medvirkning. Ansatte ble ikke involvert og hørt. Strukturer for medvirkning fra ansatte skal arbeides med fremover.

4.6 Vurderinger og konklusjon

Revisjonskriteriene for å besvare problemstilling 1 er utledet fra forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. I forskriften defineres styringssystem som den delen av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Styringssystemet skal være et effektivt verktøy som skal passe best mulig til den enkelte virksomhet. Det fremgår av forskriften at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og skal ha det omfang som vurderes som nødvendig. Det innebærer at revisor ikke kan stille helt konkrete krav til omfanget av styringssystemet, og heller ikke helt konkrete krav til i hvor stor grad dette skal dokumenteres, da det beror på kommunens egne vurderinger. Likevel gir bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring klare føringer for hvilke hensyn et styringssystem skal ivareta. I det videre presenterer vi våre vurderinger av de enkelte revisjonskriteriene.

<u>Planlegge</u>

Revisors vurdering er at Hammerfest kommune ***til dels oppfyller revisjonskriteriet*** *om å sørge for at hjemmetjenestene planlegger sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Funnene viser at kommunen på flere områder ikke fullt ut oppfyller kravene til planlegging etter forskriften. Hammerfest kommune har ikke helse- og omsorgsplan, og det gir utfordringer med mål og strategier i sektoren. Arbeidet med å lage ny helse- og omsorgsplan var påbegynt på tidspunktet for denne forvaltningsrevisjonen. Det er heller ikke utarbeidet virksomhetsplaner eller lignende for hjemmetjenesten. På bakgrunn av skriftlige og muntlige opplysninger vurderer revisor at det ikke fremgår klart hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i hjemmetjenesten.

[26] Årsrapport 2024

Forskriften stiller krav om at det tydelig skal fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det går frem av omstillingsplanen for helse og omsorg at tidligere organisering bidro til uklarhet i roller og myndighet, og at en av utfordringene var at virksomhetsledere og fagansvarlige hadde overlappende ansvarsområder. Det er gjort tiltak for å bedre dette, blant annet oppdaterte stillingsbeskrivelser. Etter revisors vurdering er det for tidlig å vurdere effekten av tiltakene, men det er positivt at det er gjort grep. Når det gjelder fordeling av ansvar og oppgaver, er det også av relevans at hjemmetjenesten har flere rutiner som beskrive dette nærmere.

Etter vår vurdering har ikke kommunen et godt nok system for å holde oversikt over regelverk, retningslinjer og prosedyrer som hjemmetjenesten har bruk for i sitt arbeid. Det begrunner vi med muntlige opplysninger fra helse- og omsorgsadministrasjonen om at det er behov for et nytt digitalt system som gir ansatte enkel tilgang til rutiner og prosedyrer. Hammerfest kommune har et digitalt kvalitets- og avvikssystem QM+, men etter det vi har fått opplyst er systemet utdatert og lite brukervennlig. Systemet fordrer også at kommunen selv utarbeider og legger inn dokumentene de har bruk for, til forskjell fra andre systemer hvor leverandøren sørger for dette. Hjemmetjenesten i Kvalsund benytter QM+, mens hjemmetjenesten i Hammerfest oppbevarer per i dag rutinene på eget serverområde og i fysisk papirformat.

Helse- og omsorgsvirksomheter er pliktige til å ha oversikt over avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten er faglige forsvarlige og overholder helse- og omsorgslovgivningen, jf. forskriften § 6. Det er positivt at kommunen har tilgang til ROS-verktøy, og det er en ansatt i kommunen som kan kontaktes ved spørsmål. Det er også positivt at kommunen har et system for å melde avvik, og avviksstatistikk viser at ansatte i hjemmetjenesten rapporterer avvik. Funnene viser også enkelte svakheter ved avvikssystemet knyttet til registrering og oppfølging av pasientrelaterte avvik. Når det gjelder oversikt over brukererfaringer, viser våre undersøkelser at det ikke finnes et formalisert system for innhenting av brukerfaringer. Kommunen har ikke en skriftlig rutine for behandling av klager på tjenesteyting, men har redegjort for hvordan en slik klage ble behandlet.

Videre er det et krav om å ha oversikt over medarbeiderens kompetanse og behov for opplæring, noe vi vurderer at kommunen delvis har. Hjemmetjenesten Hammerfest har en oversikt over kurs som ansatte har gjennomført, men denne er sannsynligvis ikke helt oppdatert. Det er uvisst om Kvalsund har en slik oversikt. Helse- og omsorgstjenestene har tilgang til et digitalt kompetansesystem som gjør det mulig å ha en samlet oversikt over ansattes kompetanse, men etter det revisor oppfatter er ikke denne funksjonen tatt i bruk.

Gjennomføre

Revisors vurdering er at Hammerfest kommune ***til dels oppfyller revisjonskriteriet*** *om å sørge for at hjemmetjenestene gjennomfører sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Ansatte gjøres kjent med oppgaver, organisering og planer blant annet gjennom opplæringsvakter og ulike møter. Det finnes en rekke rutiner og systemer for daglig drift og oppfølging av brukere, og dette har vi vektlagt som positivt i vår vurdering. Samtidig viser funnene at prosedyrer og rutiner ikke alltid etterleves, blant annet innen områdene ernæring og fallrisiko. Dette er noe hjemmetjenesten jobber med å forbedre. Vi vurderer det som positivt at det er innført nye opplæringsrutiner i hjemmetjenesten Hammerfest som tydeliggjør hva de ansatte skal være kjent med, og system med primær- og sekundærkontakter som skal gjøre det tydeligere hvem som har ansvar for å utføre de forskjellige arbeidsoppgavene.

Enkelte ledere og ansatte i hjemmetjenesten Hammerfest rapporterer om utfordringer med å finne fram i systemene, og det varierer hvilke rutiner som benyttes og hvor de er lagret. Revisor understreker at vi ikke vurderer at det i seg selv er galt å dokumentere styringssystemet på denne måten; det er ofte nødvendig med flere systemer som fyller ulike behov. Poenget er at bruk av flere ulike systemer, herunder både digitale og fysiske, krever at de ansatte vet hvor de finner hva. Et styringssystem må fungere samlet sett, og verktøyene i styringssystemet må oppfattes som tilgjengelige og enkle å bruke for ledere og ansatte. Det fremstår som at kommunen har forbedringspotensial på dette området.

Riktig kompetanse hos ansatte er viktig for å sikre forsvarlig tjenesteleveranse. Vi har fått opplyst at hjemmetjenesten har hatt god tilgang på kvalifiserte søkere, og at det er høy kompetanse i tjenesten. Hjemmetjenesten har ikke hatt behov for å benytte vikarbyrå på flere år. Disse funnene er positive, og relevante for kravet i forskriften om å sørge for at medarbeidere har kompetanse i det aktuelle fagfeltet. Begge virksomhetene har fagutviklingssykepleiere, som bidrar med å legge til rette for kompetanseutvikling.

Når det gjelder medvirkning fra medarbeiderne, har de intervjuede redegjort for hvordan ansatte medvirker ved å komme med innspill i personalmøter, sykepleiermøter, HMS- møter og direkte til ledere og ressurspersoner. Kommunen gjennomførte i 2024 en medarbeiderundersøkelse. Imidlertid tilsier muntlige opplysninger at ansatte i Kvalsund ikke har fått medvirke i forbindelse med flytting.

Revisor vurderer at kommunen ikke i tilstrekkelig grad sørger for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. I hjemmetjenesten er det ikke etablert brukerutvalg, og det gjennomføres ikke brukerundersøkelser eller andre formaliserte tiltak for å innhente brukererfaringer. Funnene viser at tjenestetilbudet ikke vurderes på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer på en systematisk måte. Revisor understreker at informantene har redegjort for hvordan brukermedvirkning på individnivå sikres i hjemmetjenesten i Hammerfest og i Kvalsund gjennom dialog med brukere og pårørende

<u>Evaluere</u>
Revisors vurdering er at Hammerfest kommune ***i liten grad oppfyller revisjonskriteriet*** *om å sørge for at hjemmetjenesten evalueres sine aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

I henhold til forskriften må virksomhetene vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen Tjenestetilbudet til brukerne evalueres blant annet i møter. Det er ikke satt i system hvor ofte tjenestetilbudet skal evalueres, eller utarbeidet skriftlige rutiner for dette. Statsforvalterenes tilsyn fra 2025 peker også på manglende systematisk evaluering av tjenester til hjemmeboende eldre. Kommunen har gjort tiltak for å bedre dette.

Når det gjelder overordnede evalueringer som ikke knytter seg til enkeltbrukere, er det av relevans at det i forbindelse med omstillingen er gjennomført flere kartlegginger og analyser som har gitt innsikt i helse- og omsorgsvirksomhetene, herunder hjemmetjenesten. Det er også av relevans at det er gjennomført enkelte ROS-analyser, og at avvik gjennomgås i møter. Å diskutere og analysere hva som er årsak til hendelser vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Som nevnt mangler det faste rutiner for systematisk innhenting av brukererfaringer.

Det mangler også et system for regelmessig revisjon og oppdatering av rutiner, noe som øker risikoen for at rutiner blir utdaterte. Planer, rutiner og systemer oppbevares ulike steder, og det er ikke innebygde mekanismer for varsling om oppdatering av rutiner, slik enkelte systemer har.

I forskriften er det krav om å minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet. Styringssystemet skal gjennomgås mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Innenfor helse og omsorg er det ikke etablert rutiner for årlig gjennomgang og evaluering av styringssystemet. Etter vårt syn gir dette en risiko for at svikt på ulike områder ikke avdekkes og følges opp.

Korrigere

Revisors vurdering er at Hammerfest kommune ***til dels oppfyller revisjonskriteriet*** *om å sørge for at hjemmetjenestene korrigerer sine aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

Plikten til å korrigere innebærer at uforsvarlige forhold og andre lovstridige forhold må rettes opp. Flere av funnene og vurderingene som vi allerede har beskrevet, er også relevante for plikten til å korrigere. Kommunen har iverksatt korrigerende tiltak som innføring av soner og primær-/sekundærkontakter i hjemmetjenesten Hammerfest, men disse er relativt nye, og det er for tidlig å vurdere effekten. Andre svakheter ved systemet har ikke blitt korrigert, som manglende integrering mellom Hammerfest og Kvalsund og svakheter ved digitalt kvalitetssystem.

Vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig

Hammerfest kommune ***har ikke oppfylt revisjonskriteriet*** *om å ha vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig*.

Selv om det er vurdert at det er behov for å utvikle styringssystemet, fremstår det ikke for revisor som at det er gjort en systematisk vurdering av hele styringssystemet. Kommunen har ikke dokumentert at det er gjort vurderinger av hvilket omfang styringssystemet skal ha, eller hvordan dette skal være tilpasset virksomhetens risiko, egenart og størrelse. Våre undersøkelser viser mangler når det kommer til planlegging av hvilket kvalitetssystem som skal gjelde for kommunens hjemmetjenester.

Vi finner at det er forskjeller i styring og rutiner mellom hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund. Det har ikke vært et formalisert samarbeid mellom virksomhetene om å utarbeide rutiner og systemer som skal sikre kvalitet, men det forelå planer om å endre på dette. Revisors vurdering er at kommunen ikke har planlagt godt nok hva som skal være felles for de to virksomhetene. Selv om virksomhetene er forskjellige og har noe ulike behov, er det sannsynligvis mye som kan være likt. Samarbeid kan dessuten bidra til å sikre likere tjenesteutførelse i kommunens hjemmetjenester. I den forbindelse kan det at virksomhetene ikke benytter samme system for oppbevaring av rutiner være et hinder for samarbeid.

Ha et dokumentert styringssystem

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

Dokumentasjon av styringssystemet er et virkemiddel for å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt, og at lovpålagte krav overholdes. Kommunen v/hjemmetjenesten har flere elementer som skal inngå i et styringssystem, men systemet som helhet er ikke dokumentert på en måte som oppfyller forskriftens krav. Våre undersøkelser viser at flere deler av styringssystemet er dokumentert. Blant annet foreligger det stillingsbeskrivelser, opplæringsrutiner og rutine for avviksrapportering. Det er ikke etablert en felles struktur for hvordan styringssystemet skal dokumenteres. Revisor vurderer at manglene ved det dokumenterte styringssystemet i særlig grad knytter seg til tilgjengeligheten til oppdaterte og relevante rutiner og fagprosedyrer. Det er ikke i tråd med § 5 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring om at dokumentasjonen på styringssystemet til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig. I vår vurdering har vi vektlagt at kommunen selv har vurdert at det er behov for forbedringer.

Konklusjon: Hammerfest kommune har flere elementer som skal inngå i et styringssystem, men systemet som helhet er ikke tilstrekkelig utviklet eller dokumentert til å oppfylle kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Samlet sett vurderer revisor at kommunen delvis oppfyller flere av revisjonskriteriene. Kommunen mangler et oppdatert planverk, og enhetlige rutiner og system for kommunens hjemmetjenester. Forvaltningsrevisjonen har avdekket svakheter knyttet til systematisk arbeid med rutiner, evaluering og kvalitetsforbedring.

5 SAKSBEHANDLING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENSTER

Blir søknader om pleie- og omsorgstjenester behandlet i tråd med regelverk og gjeldende føringer?

Revisjonskriterier

Hammerfest skal ved behandling av pleie- og omsorgssøknader sørge for å:

- behandle søknader om pleie- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold
- sende foreløpige svar i tråd med regelverket
- sørge for at brukerens behov er kartlagt
- sikre medvirkning
- fatte skriftlige vedtak som inneholder
- begrunnelse, herunder redegjørelse for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på
- opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtak gjelder
- opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for å klage og retten til å se sakens dokumenter

5.1 Organisering, ansvar og rutiner

5.1.1 Kartlegging av organisering og praksis

Som redegjort for i kapittel 1 i rapporten ble det vedtatt ny organisering for sektoren helse og omsorg, og fattet ulike omstillingsvedtak. I forbindelse med omstillingen er det gjort gjennomganger av blant annet forvaltningsrutiner, tjenester og kriterier.

Hammerfest kommune gjennomført i 2024 prosess- og utviklingsarbeid for sektoren helse og omsorg i samarbeid med KS-konsulent og Oslo Economics. Et av fokusområdene som ble identifisert var tildelingsfunksjonen, og det går frem av rapporten at kommunen har høy ressursbruk på området. Blant annet at kommunen tildeler relativt sett tjenester til mange, og at det er en stor andel som får hjemmetjenester uten at det forklares med større objektive behov i brukergruppen. Analysen som er gjennomført, viser også at på tross av at kommunen har en relativt høy institusjonsdekning, tildeles det mer hjelp til hjemmeboende enn landsgjennomsnittet.

Basert på kartleggingen og analysen hadde KS-konsulent forslag til innhold i strategi- og handlingsplan. Målet er å redusere fragmenteringen i tildelingen i tjenester, og sikre at tildelte tjenester bedre samsvarer med faktiske behov. Forslag til tiltak inkluderte:

- *Standardisering av kriterier:* Utvikle klare, standardiserte kriterier for tildeling av tjenester basert på brukernes faktiske behov.
- *Saksbehandlingsrutiner:* Styrke rutiner for saksbehandling som inkluderer periodisk evaluering av vedtak og behovsjustering.
- *Integrert rapportering:* Etablere bedre rapporterings- og evalueringsrutine for å sikre at vedtak følges opp og at tildelte tjenester utføres i samsvar med vedtakene.

Første kvartal 2024 gjennomførte kommunen en egen kartlegging. Formålet var å avdekke praksis og utfordringer i saksbehandlingen. Ledere og saksbehandlere for alle helse- og

omsorgstjenester fortalte om sin praksis, og besvarte spørreskjema. Kommuneadministrasjonen opplyser til revisor at de kjente til flere av utfordringene, men at det ble sett på som hensiktsmessig å gjøre en systematisk kartlegging.

Kartleggingen avdekket blant annet at de ikke var tilstrekkelig gode på å sende ut foreløpige svar på søknader, og at de ikke klarte å overholde frister for saksbehandling og endringsvedtak. Kommunen brukte for lite ressurser på saksbehandling, og arbeidsoppgavene var ikke hensiktsmessig fordelt. Dette førte til opphoping av arbeidsoppgaver innen saksbehandling i hjemmetjenesten, som igjen medførte at kommunen ikke alltid klarte å overholde frister, og gi innbyggere svar på søknadene innen fristen. Utfordringer med å sikre likeverdig behandling av søknader og tildeling av tjenester i distriktene (Kokelv og Kvalsund) ble også identifisert. Kommuneadministrasjonen forklarte dette med at det krever en del mengdetrening å bli god på saksbehandling, og at omfanget av saker i distriktene var for lavt.

De fant også ut at de ikke var gode nok til å følge opp endringsvedtak.[27] Tjenestene hadde ulik praksis. For eksempel har rus og psykisk helsetjeneste lenge hatt en god rutine for å følge opp endringsvedtak, mens hjemmetjenesten har manglet rutiner for dette. Flere av informantene fra hjemmetjenesten som revisor intervjuet for å besvare problemstillingen om styringssystemet i hjemmetjenesten, opplyste også om denne svakheten. Rapporten fra KS-konsulent påpeker også at rutiner for omgjøringsvedtak/endringsvedtak ikke er tilstrekkelig ivaretatt i kommunen. I rapporten opplyses det om at det ikke foreligger klare retningslinjer og tilstrekkelig opplæring av de som gjør denne type vedtak.

I etterkant av kartleggingen ble det etablert en arbeidsgruppe som utarbeidet forslag til nye tildelingskriterier og overordnet saksbehandlingsrutine. Forslagene ble sendt på høring, og innspill fra virksomhetsledere og saksbehandlere ble innarbeidet før rutinen ble vedtatt i møte med kommunalsjef, fagleder og virksomhetsledere.

5.1.2 Ny organisering og overordnet rutine

Rutinen *«Overordnede saksbehandling og tildelingsrutiner»* har vært gjeldende siden 15.09.25. Helse- og omsorgsutvalget ble orientert om rutinen i møte 19.11.25. Den var fremdeles under innføring da forvaltningsrevisjonen ble gjennomført, og ikke alle endringer var implementert. Kommuneadministrasjonen opplyser at det er lagt opp til hyppig evaluering av rutinen i tiden fremover. De må gjøre seg noen erfaringer, og justere underveis.

Av dokumentet går det frem at kommunalsjef helse og omsorg er overordnet ansvarlig for rutinen. Rutinen er utarbeidet av fagansvarlig og arbeidsgruppe forvaltning etter delegasjon fra kommunalsjef. Målgruppen er saksbehandlere i sektor og helse som saksutreder, og virksomheter og administrasjonen som fatter vedtak om omsorgstjenester og andre typer vedtak. Hovedmålet med rutinen er:

- Verktøy for systematisk prioriteringsbeslutninger
- Sikre likeverdige tjenester
- Støtte faglig forsvarlige vurderinger
- Pasienter skal få tjenester på rett nivå i omsorgstrappa
- Ingen pasienter skal ha institusjonsplass eller heldøgnsbemannet omsorgsbolig i mangel av at hjemmetjenester er prøvd

[27] Helsedirektoratet skriver i veileder for saksbehandling at et enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester er i utgangspunktet bindende for kommunen, og at endring av et løpende tjenestetilbud krever derfor et omgjøringsvedtak. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler gjelder fullt ut for omgjøringsvedtak, og stiller blant annet krav til forhåndsvarsling, jf. forvaltningsloven § 16.

Det er etablert flere team med ulike ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Formålet med teamet Tildeling og koordinerende enhet er å sikre et samordnet inntak av alle innkomne søknader/saker til helse og omsorg, og teamet tildeler saker til rett saksbehandler og/eller virksomhet for videre oppfølging. De har i tillegg ansvar for saksbehandling av blant annet langtidsplasser, tidsbegrenset opphold og avlastningsplasser. Fagleder har foreløpig hovedansvaret for dette teamet, men planen er å opprette en egen forvaltningsansvarlig-stilling. I tillegg til dette «paraplyteamet» er det etablert fem tildelingsteam, med ansvar for ulike sakstyper.[28] Formålet og hvem som er medlemmer i de ulike teamene, fremgår av overordnet rutine. Enkelte team har faste ukentlige møter, mens andre møtes ved behov. I tillegg til overordnet saksbehandlingsrutine, har revisor mottatt mer detaljerte rutinebeskrivelser for noen av teamene. Det skal utarbeides slike rutinebeskrivelser for alle teamene. Kommuneadministrasjonen opplyser at Hammerfest kommune med dette har etablert en hybridmodell hvor noen saksbehandlingsoppgaver utføres sentralt i det overordnede teamet, mens andre fortatt håndteres ute i virksomhetene, avhengig av tjenestetype.

Ansvaret for saksbehandling og tildeling i Hammerfest kommune var tidligere delt mellom et tildelingsteam og hjemmetjenesten.[29] Hjemmetjenesten hadde ansvar for å saksutrede søknader om hjemmetjenester og institusjonsplasser, og to ansatte i hjemmetjenesten hadde fulltidsstillinger som saksbehandlere. Selve tildelingen av institusjonsplasser ble gjort av et inntaksteam. Kommunens tildelingsteam hadde ansvar for å saksbehandle øvrige sakstyper som for eksempel støttekontakt og omsorgsstønad. Teamet møttes en gang i uken, og ble ledet av fagansvarlig i stab for helse og omsorg.

Som nevnt hadde ikke kommunen innført alle elementene av ny rutine da forvaltningsrevisjonen pågikk, men en del var iverksatt. For eksempel har hjemmetjenesten startet med ukentlige inntaksmøter hvor de gjennomgår sakene, avgjør hvem som skal saksbehandle, vurderer om det er behov for å sende ut foreløpig svar, og følger opp behov for endringsvedtak. En viktig endring er at det skal tilsettes to nye saksbehandlere i fagstab for helse og omsorg under *Tildeling og koordinerende enhet*, som skal være i tillegg til de to saksbehandlerne som allerede jobber i hjemmetjenesten. Bakgrunnen er kartleggingen som viste at kommunen brukte for lite ressurser på saksbehandling. Saksbehandlerne skal ha som hovedoppgave å saksbehandle søknader om langtidsplass, tidsbegrenset opphold og heldøgnsbemannede omsorgsboliger. De skal også følge opp meldingene om innlagte og utskrivningsklare pasienter. Per i dag er det hjemmetjenesten som har ansvar for å følge opp meldinger om innlagte og utskrivningsklare pasienter, og saksbehandle disse sakene. Status per desember 2025 var at stillingene var klare til å bli lyst ut. Kommuneadministrasjonen opplyser at tilsettingen er avgjørende for at kommunen skal kunne ta i bruk alle deler av den nye rutinen. Hva gjelder kompetanseheving, opplyser kommuneadministrasjonen at alle som jobber med saksbehandling, både i hjemmetjenesten og øvrige, nylig har vært på saksbehandlingskurs i regi av Statsforvalteren.

[28] Disse tildelingsteamene er: Oppfølging av saksbehandling av hjemmebaserte tjenester og rus/psykiatritjenester, tildeling av tjenester til utviklingshemmede/personer med funksjonsnedsettelser inkludert dagtilbud Soria Moria, tildeling av tjenester til eldre i heldøgnsbemannede omsorgsboliger, tildeling av institusjonsplasser, tidsbegrensete plasser og dagplasser eldre, heldøgnsbemannede omsorgsboliger eldre, tildeling av heldøgnsbemannede omsorgsboliger for pasienter rus/psykiatri lidelser og for pasienter i tilrettelagte tjenester.

[29] Revisor har ikke mottatt dokumenter som beskriver organiseringen, men fått dette muntlig beskrevet.

5.1.3 Tildelingskriterier og prioriteringskriterier

Tildelingskriterier beskriver hvilke kriterier søker må oppfylle for å ha krav på en tjeneste. Kartleggingen avdekket mangelfulle kriterier/rutiner, og at det for noen tjenester ikke var utarbeidet tildelingskriterier. Det resulterte i at det i mange saker ble opp til saksbehandler å vurdere saken uten klare retningslinjer.[30]

Tildelingskriteriene i Hammerfest kommune har nylig blitt gjennomgått og oppdatert. Kommuneadministrasjonen viser til at det ikke er vesentlige endringer i innhold, men at det er tydeligere krav om at hjemmetjenester og lavterskeltilbud skal være prøvd før mer ressurskrevende tjenester tildeles. I de reviderte tildelingskriteriene er det lagt opp til at flere skal ivaretas lengre i eget hjem. Tildelingskriterier gir saksbehandlere og vedtaksmyndige klare føringer for tildeling av riktig tjeneste på riktig nivå i omsorgstrappa. [31] Revisor har mottatt tildelingskriteriene for de ulike helse- og omsorgstjenestene.

Kommunen har utarbeidet ny forskrift for tildeling av sykehjem og tilsvarende bolig. Status per desember 2025 var at den hadde vært på høring hos virksomhetslederne, og at administrasjonen skulle jobbe med tilbakemeldingene før den ble behandlet av kommunestyret.

I rutinen *«Overordnede saksbehandling og tildelingskriterier»* vises det til Helsedirektoratet sin veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester, som ble utgitt i april 2025.[32] Saksbehandlere i kommunen er en av målgruppene, og i veilederen beskrives det hvordan prioriteringsindikatorene nytte, ressurs og alvorlighet kan benyttes i saksbehandlingen. Kommuneadministrasjonen planlegger å gi saksbehandlere opplæring i å bruke prioriteringskriteriene til å begrunne vedtak, og sikre riktig prioritering.

5.2 Saksbehandlingsprosess

Saksbehandlingsprosessen er beskrevet i den overordnede rutinen, og andre dokumenter som revisor har gjennomgått. Kommuneadministrasjonen har supplert med muntlige opplysninger.

5.2.1 Mottak og registrering av søknad

Hammerfest kommune har informasjon på hjemmesiden om søknadsprosess. Innbyggere kan søke digitalt eller benytte papirskjema, og i skjemaet krysser søker av for hvilke helse- og omsorgstjenester han/hun søker om. Kommuneadministrasjonen opplyser at de har planer om å endre på dette, og heller legge opp til at søker i større grad beskriver situasjonen og behovene. Erfaringer tilsier at det kan være vanskelig for innbyggeren å vite hvilken tjeneste de bør søke.

Først skal søknad eller henvendelse registreres av Tildeling og koordinerende enhet, og skannes inn i postjournalen. I journal- og saksbehandlingssystemet Profil registreres opplysninger som adresse, nærmeste pårørende, telefonnummer m.m. Etter registrering skal det sendes e-post til riktig instans som skal saksutrede saken.

---

[30] Fra dokumentet *«Oppsummering årsverk Forvaltning Pleie og Omsorg»*

[31] Sak 34/25, behandlet av helse- og omsorgsutvalget 19.11.25

[32] *«Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester».* Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/bakgrunn-og-metode

På kommunens nettside informeres det om at kommunen skal behandle saken så snart som mulig. Videre opplyses det om at dersom saken ikke kan avgjøres innen én måned, skal søker få skriftlig beskjed om grunnen til det. Søker skal samtidig få opplyst når det antas at vedtaket blir fattet.

Kartleggingen som ble gjennomført viste blant annet at kommunen ikke alltid klarte å overholde saksbehandlingsfristene. Kommunen har heller ikke hatt en samlet oversikt over saksbehandlingstid for behandling av søknader. De øker nå saksbehandlingskapasiteten ved å tilsette to nye saksbehandlere, og gjør også andre endringer for å få bedre kontroll over saksbehandlingen. Tjenestene skal ta i bruk IKOS, som er en digital samhandlingstavle. IKOS skal blant annet gjøre det enklere å holde oversikt over sakene som er til behandling. For eksempel markeres det hvis det er en sak som krever snarlig oppfølging. Systemet vil erstatte manuelle lister, opplyser kommuneadministrasjonen.

Faste møtestrukturer skal også bidra til bedre oversikt og kontroll. Som beskrevet i kapittel 5.1.2 har noen av teamene ukentlige møter, mens andre har møter ved behov. Kommuneadministrasjonen opplyser at ukentlige møter i kombinasjon med IKOS-tavle vil gi bedre oversikt og gjøre det enklere for saksbehandlerne å prioritere.

5.2.2 Kartlegging og saksutredning

Det fremgår av overordnet saksbehandlingsrutine at ansvaret for utredningsfasen er fordelt mellom følgende: saksbehandlere i hjemmesykepleien i Hammerfest, psykiatriske sykepleiere og ruskonsulenter i Mestringsenheten og saksbehandlere i Tildeling og koordinerende enhet. Rutinen angir hvilke tjenester de ulike saksbehandlerne har ansvar for å saksutrede. Saksbehandlere i hjemmetjenesten hadde tidligere ansvar for å saksutrede i saker om institusjonsplasser, men dette er nå lagt til saksbehandlere i Tildeling og koordinerende enhet. I henhold til rutinen er det saksutreder sitt ansvar å sende ut foreløpig svar dersom saken ikke kan behandles innen fire uker.

Saksutreder skal avtale vurderingsbesøk, og ifølge rutinen skal det alltid gjennomføres fysisk møte med nye brukere. Kommuneadministrasjonen opplyser imidlertid at det ikke alltid er behov for vurderingsbesøk for de «minste» tjenestene, for eksempel matombringing. I enkelte tilfeller er det tilstrekkelig at saksbehandler tar en telefon til søker. Kommunen planlegger å utarbeide en rutine for forenklet saksbehandling for disse sakene.

I vurderingsbesøket skal det avklares om det foreligger et hjelpebehov, og om parten har samtykkekompetanse. Dersom søker mangler samtykkekompetanse, må det oppnevnes en partsrepresentant. Under vurderingsbesøket skal også parten informeres om hvilke tjenester som finnes, og egenbetalingsordninger. Saksutreder skal innhente nødvendige opplysninger, deriblant Iplos-kartlegging, og fylle ut saksutredningsskjemaet elektronisk. Revisor har mottatt saksutredningsskjemaet som inneholder flere sjekkpunkter, blant annet for samtykke. Kommuneadministrasjonen opplyser at de er klar over at skjemaet mangler sjekkpunkt for å vurdere egen habilitet. Utklippet nedenfor viser et utdrag fra saksutredningsskjemaet.

Utklipp 4: Utklipp fra «Vurderingssamtale/saksutredning – elektronisk utgave».

SJEKKLISTE	
Sjekkpunkter:	**DATO:**
1. Dersom saken ikke forventes behandlet innen 4 uker. Er det sendt ut forhåndsvarsel?	
2. Registrert iplos-data på brukerkortet i Profil	
3. Registrert bistand og assistansebehov (iplos)	
4. Lagt inn tjenester med timer etc	
5. Er diagnoseskjema sendt fastlegen per post eller elektronisk?	
6. Tatt utskrift av saksutredning og lagt ved søknaden	
7. Er det registrert i profil dersom søkeren har omsorg for barn under 18 år	

Videre fremgår det av skjemaet at saksbehandler skal fylle inn faktaopplysninger, målsetninger for tjenesten, forslag til begrunnelse for vedtak og innstilling fra saksbehandler.

Vi har fått opplyst at saksbehandlerne benytter ulike kartleggingsverktøy som 4-meters gangtest, fallkartlegging, ernæringsscreening, pårørendebelastning m.m. Det er saksbehandler som vurderer hvilke som er relevante i den konkrete saken. Virksomhetene har egne fagutviklingssykepleiere, som blant annet har ansvar knyttet til dette. Kommuneadministrasjonen opplyser at de ønsker å forbedre saksutredningsskjemaet, og sørge for at saksbehandlerne får en mer detaljert sjekkliste. For eksempel hvis det kommer inn en søknad om matombringing, da bør saksbehandler med en gang tenke at de burde sette i gang en ernæringsscreening. Det er ikke nødvendigvis saksbehandleren som skal utføre den, men saksbehandler skal sørge for at det blir gjort, og da må det være rutiner for dette i avdelingen.

Det fremgår av den skriftlige rutinen at saksbehandler under vurderingsbesøket skal ta stilling til om det er behov for å innhente supplerende opplysninger fra andre, for eksempel fastlege. Søker har i søknadsskjemaet gitt samtykke til hvilke opplysninger kommunen kan innhente.

Når det gjelder rutiner for å sikre brukermedvirkning, viser kommuneadministrasjonen til at saksbehandler har samtale med søker for å avklare behov og ønsker. Det skal dokumenteres i saksutredningen og vedtakene at brukerne har medvirket, med henvisning til dato og type kontakt med søker. Kommuneadministrasjonen opplyser at de er konsekvente på dette, og at det kun er i tilfeller hvor bruker ikke er vurdert som samtykkekompetent de eventuelt ikke er i kontakt med bruker.

Kommunen har tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenestene, og disse er styrende for saksbehandlerne når de skal vurdere om søkeren oppfyller kriteriene for å få innvilget tjenesten. Saksbehandlerne skal i tillegg bruke prioriteringskriteriene nytte, ressurs, og alvorlighet som et hjelpemiddel til å gjøre vurderinger. Videre fremgår det av rutinen at:

> *«Når alle opplysninger er innhentet vurderer saksutreder om vilkårene for å tildele tjenester er oppfylt. Avveie søkers funksjonsnivå opp imot kriterier for de ulike tjenester. Det er som regel nødvendig å utøve skjønn når en skal foreta denne vurderingen. Dersom vilkårene er oppfylt blir neste trinn å vurdere hvilke tjenester som skal tildeles, og omfanget av de ulike tjenester. Hovedregel er at det er kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal gis, men det skal også legges betydelig vekt på hva parten selv mener».*

5.2.3 Vedtaksfasen

Deretter skal innstilling med forslag til vedtak påføres saksutredningsskjemaet i Profil. Innstillingen skal beskrive de faktiske forhold, og konkret beskrive den skjønnsutøvelsen som er lagt til grunn i begrunnelsen. Ferdig saksutredning tas opp i de ulike team for tildeling, og deretter sender leder for teamet e-post med løpenummer til vedtaksskriver i tildeling og koordinerende enhet om at saken er klar til skriving.

Det foreligger vedtaksmaler for pleie- og omsorgstjenestene som kommunen tildeler. Disse er kvalitetssikret av fagperson som jobber i staben, opplyser kommuneadministrasjonen. Vedkommende er også systemansvarlig for Profil. Revisor har gjennomgått malene som kommunen har oversendt.[33] Det er litt ulikt innhold i vedtaksmalene avhengig av hvilken type tjeneste de gjelder. Felles for alle malene er at de inneholder felter for informasjon og hva som er innvilget/avslått, begrunnelse for lovgrunnlag, lovhjemler, faktiske forhold, innsynsrett og informasjon om klageadgang.

Ifølge ny rutine skal saksbehandlerne benytte seg av SMART-mål i vedtak[34], som er ett verktøy som blant annet skal bidra til tydeligere og tidsbestemte vedtak. Ifølge kommuneadministrasjonen vil tidsbestemte vedtak føre til hyppigere evalueringer, noe som kan bidra til å forhindre at kommunen gir tjenester i et større omfang enn det som er nødvendig. For brukerne er det også en fordel å få evaluert om de får den riktige hjelpen.

Neste steg er at vedtaksskriver sender e-post til vedtaksmyndighet om at vedtaket er klart til godkjenning og utsendelse. Saken er da ferdigbehandlet. Det understrekes i rutinen at alle dokumenter arkiveres elektronisk, og ikke fysisk. For noen av tjenestene er det virksomhetsleder som er vedtaksmyndighet, mens for enkelte tjenester, som langtidsplasser, er det leder for det overordnede teamet Tildeling og koordinerende som har vedtaksmyndighet. Bakgrunnen for denne inndelingen er at kommuneadministrasjonen har vurdert at det er viktig at virksomhetslederne er vedtaksmyndighet for det de har budsjettansvar for. Imidlertid er det også andre hensyns som må ivaretas, som å sikre uavhengighet og objektivitet i tildelingen. En uavhengig person i Tildeling og koordinerende enhet har ikke tilknytning til én bestemt institusjon og kan derfor vurdere alle søkere objektivt, og ivareta helheten. Dette skal bidra til at tildelingen skjer på bakgrunn av behov og kriterier, ikke lokale hensyn eller kapasitet, opplyser kommuneadministrasjonen.

5.2.4 Klagebehandling

Overordnet rutine beskriver også rutiner for klagebehandling. Klager sendes til sektor helse og omsorg, og konsulent i Tildeling og koordinerende enhet sender e-post med løpenummer til virksomhetsleder/evt. andre som har fattet vedtaket, forvaltningsansvarlig og rådgiver. Vedtaksmyndig skal i samråd med forvaltningsansvarlig vurdere om det er grunn til å omgjøre vedtaket. Videre prosess fremgår av utklippet under:

---

[33] Følgende vedtaksmaler: Hjemmetjenester, dagopphold, hverdagsmestring, korttidsopphold, omsorgsbolig, langtidsopphold, avslag langtidsopphold – satt på venteliste.

[34] **S**pesifikke: Konkrete og tydelige
Målbare: Kan evalueres objektivt
Akseptерte/oppnåelige: Realistiske for brukeren
Relevante: Knyttet til brukerens behov og ønsker
Tidsbestemte: Med klar tidsramme

Utklipp 5: Utklipp fra *«Overordnede saksbehandling og tildelingsrutiner»*

6. Omgjøres vedtaket, fatter vedtaksmyndige ett nytt vedtak.

7. Dersom deler av vedtaket blir omgjort gjøres følgende:
   a. Det fattes et nytt vedtak til klager vedr. det som er omgjort.
   b. Samtidig sendes saken over til Statsforvalteren i Finnmark med en begrunnelse for den del av vedtaket som er opprettholdt. Kopi sendes klageren. Det skal settes opp dokumentliste som skal følge saken.

8. Opprettholdes vedtaket sendes den i sin helhet til klageinstansen (Statsforvalteren i Finnmark). Husk begrunnelse, se pkt. 10.

9. Klager vedr. ikke lovpålagte tjenester sendes klagenemnda i kommunen til behandling. (eks. boliger).

10. Forvaltningsansvarlig i Sektor helse og omsorg i samråd med berørt virksomhet, skal lage et saksfremlegg av saken, der det fremkommer en sammenfatning av hva som er skjedd og hva det klages på. Samtlige saksdokumenter i saken skal det lages en kronologisk dokumentliste på, før det sendes klageinstansen.

Kommuneadministrasjonen opplyser at det er bestemt at rutinen for klagebehandling skal skilles ut i egen rutine. De vil samtidig vurdere om den kan gjøres enda mer konkret.

Revisor har gjennomgått vedtaksmalene, og disse inneholder informasjon om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for å klage og retten til å se sakens dokumenter. I en av malene er det imidlertid feilinformasjon, da det står at vedtaket kan påklages til Fylkesmannen istedenfor Statsforvalteren. Dette gjelder malen for «Avslag på søknad om langtidsopphold i institusjon (sykehjem). Tildeling av rett til å få stå på venteliste for langtidsopphold».

5.3 Funn fra gjennomgang av et utvalg av saker

Revisor har undersøkt kommunens dokumentasjon i til sammen 24 saker om pleie- og omsorgstjenester fra perioden 01.08.24 til og med 02.08.25. Søknadene gjaldt matombringing, trygghetsalarm, hjemmesykepleie, praktisk bistand, direkte hjelp i hjemmet, hverdagsmestring, dagopphold, korttidsopphold/avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold, omsorgsbolig og langtidsplass på sykehjem. I én av sakene var det gitt avslag, og i to av sakene fikk søker vedtak om å bli satt på venteliste.

5.3.1 Behandle søknader om pleie- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold og sende foreløpig svar

Totalt 15 av sakene var behandlet innen en måned etter at søknaden var fremsatt. Saksbehandlingstiden var lengre enn en måned i ni av sakene. En av sakene anser revisor som et tvilstilfelle. Ikke i noen av sakene hvor behandlingstiden var mer enn en måned, kunne revisor finne informasjon om årsaken til tidsbruken i saksutredningsskjemaet eller i vedtaket. I en av sakene var saksbehandlingstiden svært lang, over et år. Kommunen har opplyst at søker ombestemte seg om hjelp etter søknaden var sendt. Saken ble ikke avsluttet, og ble senere gjenopptatt når søker ønsket hjelp.

Vi har undersøkt om det er gitt foreløpig svar i de tilfellene hvor søknaden ikke er besvart i løpet av måned etter at den er mottatt. I kun en av disse ni sakene finner revisor at det er sendt foreløpig svar.

5.3.2 Kartlegging av brukernes behov

I samtlige 24 saker forelå det saksutredningsskjema. I skjemaet var det skrevet informasjon om søkeren under feltet «faktaopplysninger», dvs. om helsetilstand og andre relevante forhold som for eksempel om boligen er tilrettelagt, hvor mye hjelp får fra pårørende, søker sine behov og ønsker m.m. I alle de undersøkte sakene var det gjort individuelle vurderinger av søkers situasjon og behov.

Som redegjort for i kapittel 5.2.2 inneholder også saksutredningsskjemaet flere sjekkpunkter. I flertallet av sakene som vi gjennomgikk var ingen av sjekkpunktene fylt ut. I enkelte saker var det registrert dato bak enkelte sjekkpunkter. Vi har stilt spørsmål til kommunen vedrørende dette, og i sitt svar viser de til at saksutredningsskjemaet er et internt verktøy til hjelp for saksbehandlerne. De vurderer hva de har behov for å registrere/fylle ut. Videre opplyser kommuneadministrasjonen at det som de er konsekvente på, er at dato for samtale og hvem som deltok i samtalen skal fylles ut.

5.3.3 Medvirkning fra bruker

I 19 av 24 saker viste sakens dokumenter at brukermedvirkning var sikret. Eksempler på formuleringer er *«du ønsker trygghetsalarm fordi du er mye alene»* eller *«du ønsker matombringing to ganger i uken».* I disse sakene er det tydelig at det er gjennomført samtale med søker og i noen tilfeller også pårørende, og at søker har uttrykt hva han/hun ønsker. I fem av sakene var det ikke dokumentasjon på brukermedvirkning. I fire av disse sakene fremgikk ikke årsak til manglende brukermedvirkning, for eksempel at bruker ikke var samtykkekompetent. I den femte saken ser det ut fra korrespondansen i saken ut som bruker representeres av pårørende, uten at dette klart framkommer av vedtaket.

5.3.4 Begrunnelse for vedtak

De faktiske forholdene som vedtaket bygget på, fremkom i alle undersøkte saker utenom en. I vedtakene framgikk det beskrivelser av søkers helsetilstand og hvilket behov for bistand dette medførte. Revisors generelle inntrykk er at beskrivelsene av de faktiske forholdene fremstår som grundige.

Når det gjelder redegjørelse for de reglene vedtaket bygger på, inneholdt 21 av 24 vedtak henvisning til korrekte lovhjemler. I de to sakene som gjelder omsorgsbolig henvises det til § 3-7 i helse- og omsorgstjenesteloven, men bestemmelsen ble opphevet 20.desember 2022. Det kan virke som kommunen i ettertid har oppdatert vedtaksmalene. Vedtaksmalen for omsorgsbolig som revisor har mottatt, referer ikke til denne bestemmelsen. I tillegg til disse to sakene var det henvisning til feil lovhjemmel i en sak som gjaldt praktisk bistand.

Revisor fant i sin gjennomgang at 23 av 24 vedtak inneholdt en begrunnelse i den forstand at de inneholdt en redegjørelse for hvorfor kommuneadministrasjonen hadde kommet frem til den avgjørelsen som fremgikk av enkeltvedtaket. Vedtakene inneholdt også et avsnitt om hvilke hovedhensyn som hadde vært avgjørende for skjønnsutøvelsen. I det ene vedtaket som revisor har vurdert at ikke inneholdt en begrunnelse, fremgikk det ikke av vedtaket hvilke faktiske forhold saken bygget på.

5.3.5 Opplysninger om hvilke tjenester som skal gis

I 21 av sakene ble søkerne tildelt tjenester, mens i to saker ble søker innvilget tjenester og satt på venteliste. I alle 21 sakene der søker ble tildelt tjenester uten å bli satt på venteliste, framgikk det opplysninger om hvilke helse- og omsorgstjenester som var innvilget, omfang av tjenester og til hvilken tid tjenestene skulle gis. I fem saker framgikk vedtakets varighet.

5.3.6 Opplysninger om klageadgang og innsynsrett

Informasjon om klageadgang, klagefrist og framgangsmåte ved klage framgikk i 21 av 24 saker. I tre av sakene var ikke all informasjonen knyttet til klage korrekt. I to av disse kan det se ut til at det er benyttet gammel standardtekst ettersom det refereres til Fylkesmannen istedenfor Statsforvalteren. I det tredje vedtaket står det at en eventuell klage fremsettes for sektor og helse og omsorg, som sender saken til Statsforvalteren for endelig vurdering og avgjørelse. Dermed fremgår det ikke at det er kun er i tilfeller hvor det ikke gis medhold i første instans, at klagen blir sendt videre til Statsforvalteren for endelig vurdering og avgjørelse. Informasjon om innsynsrett var gitt i alle vedtakene, men i en av sakene er det feil informasjon om hvor en slik henvendelse skal rettes.

5.4 Oppsummering, vurderinger og konklusjon

Hammerfest kommune har gjennom undersøkelser identifisert svakheter i kommunens behandling av helse- og omsorgssøknader, og på bakgrunn av dette gjort endringer i organisering og rutiner. Som vår gjennomgang viser, er ikke alle endringene iverksatt på tidspunktet for forvaltningsrevisjonen. Våre vurderinger baserer seg gjeldende organisering og rutiner på tidspunktet vi gjennomførte våre undersøkelser. I vurderingene har vi kommentert planlagte endringer, selv om det ikke er tillagt vekt i vurderingene. Våre vurderinger bygger på funn fra dokumentanalyse, muntlig informasjon og resultater fra stikkprøvekontroll. Når det gjelder stikkprøvekontrollen, presiserer revisor at sakene i utvalget er fra perioden før ny rutine ble innført. I det videre presenteres vurderingene av de enkelte revisjonskriteriene.

Gjennom en kartlegging fant kommunen ut at de ikke alltid var tilstrekkelig gode på å sende ut foreløpige svar på søknader, og at de ikke alltid klarte å overholde frister for saksbehandling og endringsvedtak. Dette skyldtes mangelfulle rutiner/strukturer og for lav saksbehandlingskapasitet. Revisor oppfatter at ansettelse av to nye saksbehandlere er sentralt for at kommunen skal klare å overholde frister for saksbehandling, men per desember 2025 var ikke stillingene lyst ut. I tillegg skal innføring av digital samhandlingsavtale og faste ukentlige møter bidra til bedre oversikt og kontroll over sakene, og dette var under innføring da forvaltningsrevisjonen ble gjennomført. Resultatene fra stikkprøvekontrollen viser at en relativ høy andel av sakene som revisor gjennomgikk hadde lengre behandlingstid enn en måned, uten at revisor kan se at det forelå særskilt grunn/prioritering. I kun en av disse sakene var det sendt foreløpig svar til søker. På bakgrunn av disse funnene er revisors vurdering at kommunen ***til dels har oppfylt revisjonskriteriet*** *om å behandle søknader om pleie- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold.* Videre vurderer vi at kommunen ***i liten grad har oppfylt revisjonskriteriet*** *om å sende foreløpige svar i tråd med regelverket.*

Når det gjelder kartlegging av brukerens behov, har kommunen et saksutredningsskjema som de benytter. I samtlige saker som revisor gjennomgikk var skjemaet benyttet, og det var registrert faktaopplysninger om søkeren. I alle de undersøkte sakene var det gjort individuelle vurderinger av søkers situasjon og behov, og revisor vurderer kartleggingen som tilstrekkelig. Saksutredningsskjemaet inneholder også flere sjekkpunkter, men i flertallet av sakene var ikke disse fylt ut. Administrasjonen forklarer dette med at saksutredningsskjemaet er et internt verktøy til hjelp for saksbehandlerne, og at de vurderer selv hva de har behov for å registrere. Etter vår vurdering er det derfor ikke grunn til «gi trekk» i vurderingen på bakgrunn av dette funnet. Vi har valgt å vektlegge at det i alle sakene var gjort individuelle vurderinger av søkerne og at disse fremstod som tilstrekkelig. Revisors vurdering er dermed at kommunen ***har oppfylt revisjonskriteriet*** *om å sørge for at brukerens behov er kartlagt.*

Kommunen har redegjort for hvordan de jobber for å sikre brukermedvirkning. I 19 av 24 saker viste sakens dokumenter at brukermedvirkning var sikret. Det var tydelig at det er gjennomført samtale med søker og i noen tilfeller også pårørende, og at søker har uttrykt hva han/hun ønsker. I de resterende sakene kunne ikke revisor finne dokumentasjon på brukermedvirkning. Vi vurderer at kommunen ***ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet*** *om å sikre medvirkning fra bruker.*

Videre har vi undersøkt om kommunen fatter skriftlige vedtak som inneholder en begrunnelse, herunder redegjørelse for de faktiske forholdene og reglene vedtaket bygger på. Vi finner at kommunen har rutiner og vedtaksmaler som skal sikre at vedtakene inneholder beskrivelser av de faktiske forholdene som vedtaket bygger på. I stikkprøvekontrollen fant vi at de faktiske forholdene fremkom i alle saker utenom en. Revisors generelle inntrykk er at beskrivelsene av de faktiske forholdene fremstår som grundig. Det at kommunen har vedtaksmaler for de ulike helse- og omsorgstjenestene, er med på å sikre at vedtakene inneholder informasjon om hvilke lovhjemler som er lagt til grunn i vurderingen. Ansvar for å sikre at vedtaksmalene er oppdaterte og korrekte er delegert til en bestemt ansatt i administrasjonen. Alle vedtakene som vi gjennomgikk, inneholdt henvisninger til lovhjemler. Imidlertid vurderer vi at tre av vedtakene ikke henviser til korrekt hjemmel. I henhold til kommunens vedtaksmaler skal alle vedtak begrunnes, og de hovedhensyn som har vært avgjørende ved skjønnsutøvelsen skal klart fremkomme. Her fant vi at 23 av 24 vedtak inneholdt en begrunnelse i den forstand at de inneholdt en redegjørelse for hvorfor kommuneadministrasjonen hadde kommet frem til den avgjørelsen som fremgikk av enkeltvedtaket. Vedtakene inneholdt også et avsnitt om hvilke hovedhensyn som hadde vært avgjørende for skjønnsutøvelsen. I det ene vedtaket som revisor har vurdert at ikke inneholdt en begrunnelse, fremgikk det ikke av vedtaket hvilke faktiske forhold saken bygget på. Revisor legger til grunn at et vedtak ikke inneholder en tilstrekkelig god nok begrunnelse når det ikke fremgår hvilke faktiske forhold som er vurdert. På bakgrunn av det ovennevnte er vår samlede vurdering at kommunen ***i stor grad, men ikke fullt ut har oppfylt revisjonskriteriet*** *om å fatte skriftlige vedtak som inneholder begrunnelse, herunder redegjørelse for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på.*

Et vedtak skal inneholde informasjon om hvilke tjenester som skal gis. I alle sakene hvor det var aktuelt å opplyse om hvilke helse- og omsorgstjenester som var innvilget, framgikk slike opplysninger. I enkelte saker var det også informasjon om vedtakets varighet. Revisor vurderer at vi ikke kan stille som krav at alle vedtak skal inneholde informasjon om vedtakets varighet, da det i mange tilfeller er noe som må vurderes fortløpende. I tilfeller hvor det framstod som relevant, var det angitt varighet. På bakgrunn av disse funnene og vurderingene, er vår vurdering at kommunen ***har oppfylt revisjonskriteriet*** *om å fatte vedtak som inneholder opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtak gjelder.*

Kommunen har vedtaksmaler som inneholder informasjon om klageadgang. Informasjon om klageadgang, klagefrist og framgangsmåte ved klage framgikk i 21 av 24 saker. De resterende tre sakene inneholdt også noe informasjon om klageadgang, men den var ikke helt korrekt/noe ufullstendig. Informasjon om innsynsrett var gitt i alle vedtakene, men i en av sakene er det feil informasjon om hvor en slik henvendelse skal rettes. Vår vurdering er at kommunen ***i stor grad, men ikke fullt har oppfylt revisjonskriteriet*** *om å fatte skriftlige vedtak som inneholder opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for å klage og retten til å se sakens dokumenter*.

Revisor bemerker også at vår undersøkelse viser mangelfull oversikt og kontroll i kommunen over sakene som er til behandling.

Konkusjon: Hammerfest kommune har ved behandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester ivaretatt flere sentrale krav i regelverket, men ikke oppfylt alle krav. Blant sentrale krav som er ivaretatt er kartlegging av tjenestemottakers behov og innhold i/kvalitet på vedtakene. Det er betydelige mangler knyttet til lang saksbehandlingstid, og praksis for å sende foreløpige svar.

Kommunen har iverksatt tiltak som forventes å styrke praksis fremover, men det er for tidlig å vurdere effekten av disse tiltakene.

6 ANBEFALINGER

På bakgrunn i våre funn, vurderinger og konkusjoner på problemstilling 1 har vi anbefalinger til Hammerfest kommune. Vår overordnede anbefaling til Hammerfest kommune er å:

- Foreta en samlet og systematisk vurdering av hvilket styringssystem kommunen trenger for hjemmetjenesten, herunder vurdere hva som kan være felles for hjemmetjenesten Hammerfest og hjemmetjenesten Kvalsund, og deretter etablere et slikt system

Videre anbefaler vi kommunen å:

- Utarbeide og forankre planverk for hjemmetjenesten
- Utarbeide oversikt over ansattes kompetanse og opplæringsbehov
- Gjøre det enklere for ansatte å finne frem til oppdaterte og relevante rutinebeskrivelser
- Etablere systemer for å systematisk innhente brukererfaringer eksempelvis gjennom brukerundersøkelser
- Sørge for at alle pasientrelaterte avvik registreres og følges opp
- Sikre regelmessig evaluering av tjenestetilbudet til brukerne
- Etablere rutiner for årlig gjennomgang av hele styringssystemet

Med bakgrunn i våre funn, vurderinger og konkusjoner på problemstilling 2, anbefaler vi Hammerfest kommune å gjennomføre tiltak som sikrer at:

- Søknader om pleie- og omsorgstjenester behandles uten ugrunnet opphold, og at det sendes foreløpige svar i tråd med regelverket i de sakene hvor det er relevant
- Brukermedvirkning ivaretas i alle saker

7 UTTALELSE

Revisor sendte rapportutkast til kommunedirektøren for uttalelse den 17.02.26. Vi mottok uttalelse den 19.02.26, som gjengis nedenfor.

Hammerfest kommune
Hámmerfeastta suohkan

Kommunedirektør

Sandra Fredriksen

Dato: 19.02.2026
Vår ref: 25/6298- 6
Deres ref:
Saksbehandler: Elisabeth Paulsen
Telefon: 78 40 25 05

Rapport fra forvaltningsrevisjon "pleie og omsorgstjenester"- kommunedirektørens uttalelse

Vi viser til mottatt rapport fra forvaltningsrevisjon med tema pleie og omsorgstjenester.

Kommunedirektøren har gjennomgått rapporten og har ingen ytterligere merknader.

Kommunedirektøren kjenner seg igjen i beskrivelsen og gir sin tilslutning til KomRev NORD sine vurderinger og rapportens hovedkonklusjoner.

Vi takker for lærerikt samarbeid.

Med hilsen

Elisabeth Paulsen
kommunedirektør

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Kopi til
Astrid Indrebø
Tove Kronstad Sundstrøm

8 REFERANSER

Lov og forskrift

- Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Veiledere

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Utgitt av Helsedirektoratet 17. februar 2017, oppdatert 29. oktober 2018
- Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Utgitt av Helsedirektoratet februar 2016, oppdatert 1.juli 2017

Kommunale dokumenter

Overordnet:

- *«Rapport Hammerfest kommune prosess- og utviklingsarbeid for sektoren helse- og omsorg. 2. september».* Utarbeidet av KS konsulent
- *«Plan for omstilling. Sektor for Helse og omsorg»* Utarbeidet av Hammerfest kommune
- Kommunens årsrapport 2024
- Strategisk kompetanseplan for Hammerfest kommune

Saker til behandling i politiske utvalg:

- Kommunestyret, sak 169/23, *«Økonomiplan 2024-2027 og årsbudsjett for 2024, samfunnsplanens handlingsdel 2024-2027»*, møtedato 14.12.23
- Hovedutvalget for helse og omsorg, sak 19/25, *«Økonomisk status helse og omsorg pr september 2025»,* møtedato 22.10.25
- Hovedutvalget for helse og omsorg, sak 33/25, *«Overordnet saksbehandlingsrutine Helse og omsorg»,* møtedato 19.11.25
- Hovedutvalget for helse og omsorg, sak 34/25, *«Kriterier for tildeling av Helse og omsorgstjenester»,* møtedato 19.11.25
- Hovedutvalget for helse og omsorg, sak 36/25, *«Oppstart kommunedelplan for helse og omsorg»,* møtedato 19.11.25

Dokumentasjon på styringssystemet hjemmetjenesten:

- *«Arbeidsrutiner»* for dag, aften, natt- og langvakter i hjemmetjenesten
- *«Avviksstatistikk pasientjournal sone Byen».* For perioden 01.10.24 til og med 10.11.25
- *«Avviksstatistikk pasientjournal sone Fjor'n»*- For perioden 01.01.24 til og med 10.11.25
- *«Bemanningsplan hjemmetjenesten»*
- *«Brukerveiledning Sensio».* Gjelder trygghetsalarm
- *«Fire meter gangtest»*
- *«Forsvarlighetsanalyse hjemmetjenesten».* Utarbeidet i forbindelse med arbeid med ny turnus
- *«Førstegangsbesøk etter utskrivelse fra sykehus»*

- *«Helhetlig pasientforløp (HP) i et samarbeid mellom Hammerfest kommune og Klinikk Hammerfest»*
- *«Kommentarrapport for hjemmesykepleien».* Fritekstkommentarer til ansatte
- *«Kopi av ROS-analyse Hjemmetjenesten – psykiske plager 10.11.23»*
- *«Kursoversikt».* Oversikt over hvilke kurs den enkelte ansatte i hjemmetjenesten har startet, og om kurset er fullført
- *«Mentorprogram sektor for Helse og Omsorg Hammerfest kommune»*
- *«Primær- og sekundærkontakt»*
- *«ProAct. Forebygge og behandler livstruende tilstander».*
- *«Rapport uønskede hendelser og avvik Hjemmetjenesten 01.01.24 -31.12.24».* Avviksstatistikk fra QM+
- *«Rapport uønskede hendelser og avvik Hjemmetjenesten 01.01.25 – 31.10.25».* Avviksstatistikk fra QM+
- *«Retningslinjer for registrering og håndtering av uønskede hendelser og avvik i Kvalitet- og avvikssystemet».*
- *«Rutinebeskrivelse for fallforebygging i hjemmetjenesten»*
- *«Rutinebeskrivelser for dialog med fastleger og spesialisthelsetjeneste»*
- *«Rutinebeskrivelse for identifisering og oppfølging av nedsatt funksjonsnivå/forverring av tilstand»*
- *«Rutinebeskrivelse for samhandling mellom fastleger/legevaktsleger og saksbehandler/teamsykepleiere om pasienter med mulig behov for tidsbegrensede opphold»*
- *«Rutinebeskrivelse ved situasjon hvor trygghetsalarmer i hjemmetjenesten er ute av drift»*
- *«Systematisk pasientobservasjon»*
- *«Ukeplan hjemmetjenesten»*
- *«Veiledning ROS-analyse»*
- *«Vurdering av samtykkekompetanse til helsehjelp»*
- *«10-faktor: KS's medarbeiderundersøkelse».* Resultater fra medarbeiderundersøkelsen presentert i PowerPoint.
- Fem ulike opplæringsplaner for nyansatte i hjemmetjenesten: Assistenter og vikarer, ferievikarer, helsefagarbeidere, sykepleiere, saksbehandlere
- Stillingsbeskrivelser for følgende stillinger: fagansvarlig hjemmebasert omsorg, demenskoordinator, virksomhetsleder, avdelingsleder, nestleder, fagsykepleier hjemmetjenesten, sykepleier, helsefagarbeider, pleiemedarbeider, sykepleier med saksbehandlingsansvar

Rutiner og maler saksbehandling:

- *«Overordnede saksbehandling og tildelingsrutiner»*, gyldig fra 15.09.
- *«Søknad om helse- og omsorgstjenester».* Hammerfest kommune: https://hammerfest.kommune.no/_f/p1/ifb417c70-9f5d-4702-a8df-1bfde12646ed/soknadsskjema-helse-og-omsorgstjenester-2023-01-03.pdf
- *«Oppsummering årsverk Forvaltning pleie og Omsorg»*
- *«Saksutredningsskjema – Profil»*
- *«Rutinebeskrivelse for oppfølging saksbehandling hjemmetjenesten»,* gyldig fra 01.11.25
- *«Rutinebeskrivelse inntaksteam»,* gyldig fra 11.09.20.

- *«Rutinebeskrivelse tildelingsteam for institusjonsplasser, tidsbegrensede plasser, dagplasser eldre og heldøgnsbemmanede omsorgsboliger eldre»,* gyldig fra 01.02.26. Samt mal for referat fra møte.
- Tidligere tildelingskriterier/rutiner: Rutinebeskrivelse A.5.2 Praktisk bistand og opplæring (miljøarbeid), rutinebeskrivelse A.6.5 Matombringing, kriterier ved tildeling av brukerstyrt personlig assistanse (BPA),
- Nye og/eller reviderte tildelingskriterier/rutiner: Kriterier for innvilgelse av hjemmesykepleie, kriterier for ulike tidsbegrensede opphold i institusjon, kriterier for langtidsopphold i institusjon, kriterier for tildeling av støttekontakttjeneste til barn og unge, kriterier for tildeling av støttekontakt til voksne, kriterier for ulike heldøgnsbemannede omsorgsboliger, rutine inntak nye henvisninger mestringsenheten, rutine henvisning og henvendelser til mestringsenheten,
- Vedtaksmaler: Hjemmetjenester, korttidsopphold, langtidsopphold, dagopphold i institusjon, hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering, individuell plan, omsorgsboligavslag på søknad om langtidsopphold i institusjon (sykehjem). Tildeling av rett til å få stå på venteliste for langtidsopphold,
- Diverse ventelister og oversikter over ledige plasser og tildelinger
- *«Vurdering av samtykkekompetanse til helsehjelp»*

Diverse nettsider

- *«Hva er Glup?»:* Fra smartskill.no: https://www.smartskill.no/glup/kom-i-gang
- *«Pleie- og omsorgstjeneste».* Store norske leksikon: https://sml.snl.no/pleie-_og_omsorgstjeneste
- *«Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester».* Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/bakgrunn-og-metode
- *«Områdebilde: Omsorgstjenestene».* Fra Statsforvalterenes kommunebilde av Hammerfest fra april 2025: https://kommunebilde.statsforvalteren.no/publisert/54/5603/274251ef-4dc2-4bb5-9add-119a3872780d/84f3706f-6c62-4299-a1da-f4427131b0d4

Vedlegg 1. Utledning revisjonskriterier problemstilling 1

For å sikre at befolkningen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester må kommunen planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1, tredje ledd. Etter § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven er enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter loven pliktig til å sørge for at virksomhetene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Dette er nærmere regulert i forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften beskriver hvordan helse- og omsorgstjenestene skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine virksomheter slik at de oppfyller krav i lovverket. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og sikre at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen blir fulgt. Forskriften gjelder for virksomheter på ulike nivå i helse- og omsorgssektoren, inkludert de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften.

Et relevant begrep i denne sammenhengen er *styringssystem*. Forskriften § 4 definerer styringssystem for helse- og omsorgstjenesten som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Ifølge veilederen til forskriften består styringssystemet av de aktivitetene, systemene og prosessene som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Det argumenteres i veilederen for at begrepet styringssystem, slik det er brukt i forskriften, i stor grad er sammenfallende med kravene til internkontroll. Intensjonen med å benytte styringssystem istedenfor internkontroll er å synliggjøre at internkontrollen skal inngå som en del av den daglige driften av virksomheten.

Etter § 3 i forskriften er det den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som har ansvaret for styringssystemet. Dette ansvaret innebærer på et overordnet plan å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og sørge for at medarbeiderne medvirker til dette. Det følger av forskriften § 5 at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Kravene i forskriften er altså forholdsmessige. Styringssystemet skal ha det omfang som er nødvendig og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det innebærer at hvilket omfang av styringssystemet som er nødvendig vil variere mellom virksomheter. Også kravet til dokumentasjon av styringssystemet er forholdsmessig; det skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig. 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 Hammerfest kommune må ha gjort en vurdering av hvilket omfang styringssystemet skal ha og i hvor stor grad dette skal dokumenteres. Vurderingene skal baseres på virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og innebærer at kommunen må ha oversikt over dette. Forskriften stiller også krav om at dokumentasjonen til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig. Videre må Hammerfest kommune sørge for at styringssystemet ivaretar kravene som følger videre av forskriften. Disse gjennomgår vi i det følgende.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 til 9 beskriver nærmere kravene til innholdet i styringssystemet. Bestemmelsene gjelder henholdsvis plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter. Vi har tatt utgangspunkt i disse, og utledet revisjonskriterier som er direkte knyttet til innholdet i forskriften.

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

a. ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
b. innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
c. ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og 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 d 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.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Hammerfest kommune v/hjemmetjenesten skal planlegge sine aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*.

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter følger av forskriften § 7, og innebærer følgende oppgaver.

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

Vi utleder som revisjonskriterium at *Hammerfest kommune v/hjemmetjenesten skal gjennomføre sine aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*.

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

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

Vi utleder som revisjonskriterium at *Hammerfest kommune v/hjemmetjenesten skal evaluere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

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

a. rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
b. sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
c. forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, 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.

Vi utleder som revisjonskriterium at *Hammerfest kommune v/hjemmetjenesten skal korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.*

I tillegg utleder vi som revisjonskriterier at *Hammerfest kommune v/hjemmetjenesten skal ha:*

- *et dokumentert styringssystem*
- *vurdert hvor omfattende styringssystem som er nødvendig*

Vedlegg 2. Utledning av revisjonskriterier til problemstilling 2

Ved behandling av saker knyttet til tjenesteområdet pleie- og omsorg er det spesielt tre lover som kommunen må følge; lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker og lov om pasient- og brukerrettigheter. Vi har med utgangspunkt i disse lovene utledet revisjonskriterier. I tillegg har vi benyttet Helsedirektoratet sin veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.[35]

Etter § 2-7 i pasient- og brukerrettighetsloven skal det fattes enkeltvedtak ved tildeling, endring eller avslag på tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 som er ment til å vare mer enn to uker. De tjenestene som omfattes av dette er:

- helsetjenester i hjemmet
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem

[35] Dvs. tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

- nødvendig pårørendestøtte, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad
- BPA (brukerstyrt personlig assistanse)

Målet for saksbehandling og tildeling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenester er ifølge Helsedirektoratet sin veileder at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.[36] En grunnleggende plikt som påhviler kommunen som forvaltningsorgan, er å «påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes», jf. forvaltningsloven § 17 første ledd. Det må gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendige å innhente for å sikre at saken kan vurderes på en faglig forsvarlig måte. Helsedirektoratet gir noen eksempler i sin veileder:

> *«Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente ulike opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv. Det vil for eksempel kunne være aktuelt å innhente opplysninger fra pasienten/brukeren selv, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barnevernstjenesten, NAV mv».*[37]

Revisor har ikke anledning til å overprøve kommuneadministrasjonens helsefaglige vurderinger, men revisor kan gjøre vurderinger av informasjons- og vurderingsgrunnlaget som fremgår av den enkelte saksutredning.

Det følger av § 23 i forvaltningsloven at et enkeltvedtak skal være skriftlig, så fremst det ikke av praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet. Unntaket er lite aktuelt for kommunale helse- og omsorgstjenester, presiserer Helsedirektoratet.[38] Forvaltningsloven inneholder flere lovhjemler som sier noe om hva et vedtak skal inneholde. Et enkeltvedtak skal begrunnes, jf. §§ 24 og 25. I begrunnelsen skal det vises til de regler vedtaket bygger på, de faktiske forholdene som vedtaket bygger på og en redegjørelse for de hovedhensynene som har vært avgjørende i skjønnsutøvelsen.

Helsedirektoratet understreker i veilederen at det er pasientens/brukeres hjelpebehov etter en helse- og sosialfaglig vurdering som styrer hvilke tjenester han eller hun har rett til, og i hvilket omfang. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 er det rettslige utgangspunktet for vurderingen av den enkeltes rett til kommunale helse- og omsorgstjenester.[39] Videre legger Helsedirektoratet til grunn at vedtaket *«..skal utformes slik at mottakeren vet hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, samt for hvor lang tid vedtaket gjelder».*[40]

Forvaltningsloven § 11 a slår fast at forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en henvendelse kan besvares, skal det forvaltningsorganet som mottok henvendelsen snarest mulig gi et foreløpig svar. I saker som gjelder enkeltvedtak skal det gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt. Helsedirektoratet skriver i sin veileder at saksbehandlingstiden og prioriteringen mellom sakene må ivareta kravet om faglig forsvarlighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.[41] Enkelte ganger må et

[36] *«Veileder for saksbehandling»* s. 2
[37] *«Veileder for saksbehandling»* s. 33
[38] *«Veileder for saksbehandling»* s. 46
[39] *«Veileder for saksbehandling»* s. 8 og 9
[40] *«Veileder for saksbehandling»* s. 50
[41] *«Veileder for saksbehandling»* s. 29

hjelpebehov dekkes umiddelbart, som betyr at kommunen må begynne å gi tjenester først og eventuelt senere igangsette utredning og utforming av vedtak.[42] Helsedirektoratet legger i saksbehandlingsveilederen til grunn at:
«[n]år helse- og omsorgstjenesten blir oppmerksom på et mulig hjelpebehov, for eksempel ved mottak av søknad, må det gjøres en utredning og vurdering av hvor raskt pasienten/brukeren har behov for hjelp. Av og til må et hjelpebehov dekkes umiddelbart, uten at det er tid til å gjøre en grundig utredning og fatte et vedtak om tildeling av tjenester. I slike tilfeller må kommunen begynne å gi tjenester først, og eventuelt igangsette utredning og utforming av vedtak etterpå.»[43]

Sakens parter[44] skal underrettes om vedtaket så snart som mulig, jf. forvaltningsloven § 27. Det følger av forvaltningsloven § 27 at vedtaket skal inneholde opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans, og hva som er riktig fremgangsmåte ved klage. Det skal opplyses om retten til å se sakens dokumenter. Klagefristen etter pasient- og brukerrettighetsloven er fire uker, jf. § 7-5. Helsedirektoratet viser til at i tilfeller der det haster å iverksette tjenester, kan underretning om vedtaket gis muntlig.

Et sentralt prinsipp i forvaltningens saksbehandling er at partene skal gis mulighet til å bli hørt i spørsmål som berører dem.[45] Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasient/bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. § 3-1. De har blant rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker.

Problemstillingen er om søknader om pleie- og omsorgstjenester blir behandlet i tråd med regelverk og *gjeldende føringer*. Gjeldende føringer kan være kommunens egne rutiner, som kan være kilder til revisjonskriterier. Hammerfest kommune endret høsten 2025 tildelingskriterier og rutiner for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester. Vi har vurdert at det ikke er hensiktsmessig å utlede kriterier fra rutiner som nylig har blitt innført, og sjekke etterlevelsen av disse. Som vi redegjør nærmere for i metodekapitlet har vi gjennomført en stikkprøvekontroll av et utvalg av saker, og nesten alle vedtakene er fra perioden før den nye rutinen ble innført.

På bakgrunn av ovenstående redegjørelse for gjeldende regelverk og anbefalinger, utleder vi som revisjonskriterier at Hammerfest kommune skal ved behandling av pleie- og omsorgssøknader sørge for å:

- *behandle søknader uten ugrunnet opphold*
- *sende foreløpige svar i tråd med regelverket*
- *sørge for at brukernes behov er kartlagt*
- *sikre medvirkning*
- *fatte skriftlige vedtak som inneholder*
- *begrunnelse, herunder redegjørelse for de faktiske forhold og reglene vedtaket bygger på*

[42] *«Veileder for saksbehandling»* s. 29
[43] *«Veileder for saksbehandling»* s. 29
[44] Som part regnes en person som en avgjørelse retter seg mot, eller som saken ellers direkte gjelder, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav e.
[45] *«Veileder for saksbehandling»* s. 5.

- *opplysninger om hvilke tjenester som skal gis, i hvilket omfang, og til hvilken tid, samt for hvor lang tid vedtak gjelder*
- *opplysninger om klageadgang, klagefrist, fremgangsmåte for å klage og retten til å se sakens dokumenter*

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 de tre nordligste fylkeskommunene.

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

Vi har 55 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

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

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av 16 medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner, eierskapskontroller og undersøkelser i Hammerfest kommune:

Kommunens eierstyring,	2025
Avvik og varsling,	2024
Undersøkelser i Hammerfest Parkering KF,	2024