



Utvalg: Levekårsutvalget
Møtested: Kommunestyresalen, Loppa rådhus
Dato: 31.08.2021
Tid: 16:15

Forfall meldes til utvalgssekretær som sørger for innkalling av varamenn. Varamenn møter kun ved spesiell innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Ann Johansen	LEDER	AP
Kim Pedersen	MEDL	AP
Torill Myreng Martinsen	MEDL	H
Hege Martinsen Krøyserth	MEDL	H
Hanne Nyheim	NESTL	SP
Orinta Kersnauskaite	MEDL	SV
Turid Berge Grønbech	MEDL	U

UTVALGSLEDER: Ann Johansen
UTVALGSSEKRETÆR: Anders Tyborgnes

Saksnr	Innhold	Lukket
PS 2021/40	Merknad til innkalling	
PS 2021/41	Merknad til saksliste	
PS 2021/42	Flaggreglement for Loppa kommune	
PS 2021/43	Tildeling av idrettsmidler	
PS 2021/44	Tildeling av midler til allmenne kulturformål	
PS 2021/45	Avtale om vertskommunesamarbeid om barnevern med Alta kommune	
RS 2021/27	Forvaltningsrevisjonsrapport - Loppa kommune - Kvalitet i pleie og omsorg	
RS 2021/28	Orientering/Eventuelt	

PS 2021/40 Merknad til innkalling
PS 2021/41 Merknad til sakliste



Dato: 11.08.2021
Arkivref: 2021/930-1 /

Elin M. Olsen

elin.m.olsen@loppa.kommune.no

Saknsnr	Utvalg	Møtedato
2021/42	Levekårsutvalget	31.08.2021
	Loppa formannskap	
	Kommunestyret	

Flaggreglement for Loppa kommune

Sammendrag

Det fremmes med dette forslag til flaggreglement for Loppa kommune. Flaggreglementet for Loppa kommune angir hvilke dager kommunen tillater/ønsker flagging. Et slikt reglement er hjemlet i Lov om flagging på kommunens offentlige bygninger (vedlagt).

Administrasjonssjefens forslag til vedtak:

Kommunestyret vedtar at det flagges på offentlige flaggdager. Kommunestyret vedtar videre at

- Det flagges også på skolene med det samiske flagget på samefolkets dag
- Det flagges ved årlige Pride arrangement/markering i Loppa. Regnbueflagget brukes da.
- Det flagges på kvinnedagen 8. mars
- Det flagges ved kommunevalg og Sametingsvalg.

Vedlegg:

Vedlegg

- 1 Lov om flagging på kommunens offentlige bygninger
- 2 Forskrift angående bruk av statsflagget og handelsflagget
- 3 Forskrift om bruk av det samiske flagget

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Saksutredning:

Offentlig flagging er pålagt på offisielle flaggdager. Dersom Loppa kommune ønsker å flagge ut over disse dagene, må det vedtas av kommunestyret. Dette framgår av Lov om flagging på kommunens offentlige bygninger.

Det skal flagges fra offentlige bygninger på de offentlige flaggdagene. Disse dagene er

Offentlige flaggdager	Hvorfor offentlig flaggdag?
1. januar	1. nyttårsdag
21. januar	Prinsesse Ingrid Alexandras bursdag
6. februar	Samefolkets dag
21. februar	Kong Haralds bursdag
1. mai	Arbeidernes dag
8. mai	Frigjøringsdatoen av 1945
17. mai	Norges nasjonaldag
7. juni	Norges uavhengighetsdag 1905
4. juli	Dronning Sonjas bursdag
20. juli	Kronprins Haakon Magnus bursdag
29. juli	Olsok
19. august	Kronprinsesse Mette-Marits bursdag
25. desember	1. juledag
Flytende	1. påskedag
Flytende	1. pinsedag
Flytende	Stortingsvalg

Utover dette kan kommunen selv bestemme flagging på andre dager. Det heter i § 1 i Lov om flagging på kommunens offentlige bygninger:

På eller fra kommunenes offentlige bygninger, eiendommer og kommunale institusjoner må kun brukes flagg som nevnt i [lov 10. desember 1898 nr. 1](#) om Norges Flag [§ 1](#) (uten splitt og tunge), det samiske flagget eller kommune- eller fylkesflagg. Som offentlige bygninger og kommunale institusjoner regnes bygninger med tilhørende grunn som kommunen råder over som eier, leier eller lignende og som hovedsakelig brukes i forbindelse med kommunens offentlige oppgaver eller av kommunale institusjoner. Forbudet i første punktum gjelder ikke i forbindelse med arrangement, markering eller merkedag av allmenn interesse. Det samme gjelder frittstående kommunale flaggstenger på torg, bruer, plasser eller lignende som ikke framstår som en integrert del av et kommunalt bygningskompleks eller et bygningskompleks som for den vesentligste del benyttes av kommunale institusjoner.

Det er tredje ledd i §1 som åpner for flagging utover de offisielle flaggdagene. Man kan vedta flagging utover de offisielle flaggdagene for arrangement, markering eller merkedag av allmenn interesse.

Det har framkommet ønske om flagging ved følgende anledninger i Loppa utover de offentlige flaggdagene:

- På skolene med det samiske flagget på samefolkets dag
- Ved årlige Pride arrangement/markering i Loppa. Regnbueflagget brukes da.
- På kvinnedagen 8. mars
- Ved kommunevalg og Sametingsvalg.

Vurdering:



LOVDATA

Lov om flagging på kommunenes offentlige bygninger

Dato	LOV-1933-06-29-2
Departement	Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Sist endret	LOV-2021-06-04-56
Ikrafttredelse	29.06.1933
Rettet	15.04.2021 (struktur)
Korttittel	Lov om flagging på kommunale bygninger

§ 1.

På eller fra kommunenes offentlige bygninger, eiendommer og kommunale institusjoner må kun brukes flagg som nevnt i [lov 10. desember 1898 nr. 1 om Norges Flag § 1](#) (uten splitt og tunge), det samiske flagget eller kommune- eller fylkesflagg. Som offentlige bygninger og kommunale institusjoner regnes bygninger med tilhørende grunn som kommunen råder over som eier, leier eller lignende og som hovedsakelig brukes i forbindelse med kommunens offentlige oppgaver eller av kommunale institusjoner. Forbudet i første punktum gjelder ikke i forbindelse med arrangement, markering eller merkedag av allmenn interesse. Det samme gjelder frittstående kommunale flaggstenger på torg, bruer, plasser eller lignende som ikke framstår som en integrert del av et kommunalt bygningskompleks eller et bygningskompleks som for den vesentligste del benyttes av kommunale institusjoner.

Dog kan Kongen utferdige bestemmelser om adgang til i særlige tilfelle å benytte et fremmed lands flagg ved siden av det norske.

Overtredelse av denne lov straffes med bøter eller fengsel i inntil 3 måneder.

Loven gjelder på Svalbard, og gis tilsvarende anvendelse for Longyearbyen lokalstyre som for kommunene.

0 Endret ved [lover 11 apr 2003 nr. 22](#), [21 mars 2014 nr. 8](#), [19 juni 2015 nr. 65](#) (ikr. 1 okt 2015), [15 des 2017 nr. 109](#) (ikr. 1 jan 2018 iflg. [res. 15 des 2017 nr. 2118](#), var tidligere del I), [4 juni 2021 nr. 56](#) (ikr. 4 juni 2021 iflg. [res. 4 juni 2021 nr. 1765](#)).

§ 2.

Denne lov trer i kraft straks.

0 Endret ved [lov 15 des 2017 nr. 109](#) (ikr. 1 jan 2018 iflg. [res. 15 des 2017 nr. 2118](#), var tidligere del II).



LOVDATA

Forskrift angående bruk av statsflagget og handelsflagget.

Dato	FOR-1927-10-21-9733
Departement	Utenriksdepartementet
Publisert	II 1927 s 835
Ikrafttredelse	21.10.1927
Sist endret	<u>FOR-2004-12-03-1542</u> fra 01.01.2005
Gjelder for	Norge
Hjemmel	<u>LOV-1898-12-10-1</u>
Rettet	10.12.2003 (§ 4)
Korttittel	Forskrift om bruk av flagg [flaggforskriften]

Endret ved vedtak 2 juli 1948, 3 des 2004 nr. 1542.

§ 1. I henhold til lov om Norges flagg av 10. desember 1898 § 1 skal Norges handelsflagg være høirdødt og delt i fire rettvinklede firkanter ved et mørkeblått kors der er adskilt fra de røde firkanter ved en hvit bord.

Flaggets bredde skal forholde seg til dets lengde som 16 til 22. De to røde firkanter nærmest flaggstangen skal være kvadratiske og hvert av dem innta $6/16$ av flaggets bredde eller $6/22$ av dets lengde. De to ytre firkanter som er av samme bredde som de kvadratiske, skal innta $12/22$ av flaggets lengde.

Bredden av det blå kors skal utgjøre $2/16$ av flaggets bredde eller $2/22$ av dets lengde, og bredden av den hvite bord $1/16$ av flaggets bredde eller $1/22$ av dets lengde.

§ 2. I samme lovs § 2 er det bestemt at nevnte flagg skal benyttes på handelsfartøier når de i utenlandsk havn ønsker å erholde beskyttelse og bistand av Norges legasjoner, konsulater eller handelsagenter.

Videre er det bestemt at samme flagg med splitt og tunge benyttes på statens offentlige bygninger, post- og tollfartøier, dog således at i postflaggets og tollflaggets midte anbringes et hvitt felt hvori ordene «Post» eller «Toll» med krone over.

§ 3. I henhold til lovens § 2 bør anvendelsen av flagg med splitt og tunge, forsåvidt bygninger angår, være innskrenket til kun å gjelde de av statens offentlige institusjoner benyttede bygninger der enten er statens (statskirkenes) eiendom eller som er leiet av staten og for den vesentligste del benyttes av vedkommende statsinstitusjoner.

Denne innskrenkning gjelder dog ikke forsåvidt angår Norges utenrikske stasjoner. Derimot er der ikke adgang til å anvende splittflagg på hus som er statseiendom, når bygningen helt eller for den vesentligste del er bortleiet til private.

Videre bør fartøier, leiet av tollvesenet og av statens havnevesen være berettiget til under sin tjeneste å føre splittflagg.

Postførende fartøier kan bruke postflagg bare når skibet er norsk og rederiet har kontrakt med staten om postførsel, og kun i de ruter kontrakten om postførselen gjelder. Skib som bare fører skibsbrev eller kun har postkasse ombord, må bare bruke postflagg efter poststyrets spesielle tillatelse.

Ved utstillinger, dyrskuer, fester o.lign., som ikke arrangeres av staten, må statsflagg ikke benyttes.

§ 4. Det skal flagges ved statlige virksomheter på de offisielle flaggdager. Flagging skal skje ved bruk av statsflagget.

De offisielle flaggdager er:

1. januar	1. nyttårsdag
21. januar	H.K.H. Prinsesse Ingrid Alexandras fødselsdag
6. februar	Samefolkets dag
21. februar	H.M. Kong Harald Vs fødselsdag
1. mai	Offentlig høytidsdag
8. mai	Frigjøringsdagen 1945
17. mai	Grunnlovsdagen
7. juni	Unionsoppløsningen 1905
4. juli	H.M. Dronning Sonjas fødselsdag
20. juli	H.K.H. Kronprins Haakon Magnus' fødselsdag
29. juli	Olsokdagen
19. august	H.K.H. Kronprinsesse Mette-Marits fødselsdag
25. desember	1. juledag
<i>Bevegelig</i>	1. påskedag
<i>Bevegelig</i>	1. pinsedag
<i>Bevegelig</i>	Dagen for Stortingsvalg

Dessuten kan der også flagges med statsflagg ved andre høytidelige og festlige anledninger innen nasjonen eller kongehuset og ved offisielle besøk av medlemmer av kongehuset og av utenlandske statsoverhoder og fyrstelige personer, samt når det av hensyn til vedkommende statsinstitusjon utøvende virksomhet anses særlig viktig eller ønskelig.

Derimot må statsflagget ikke heises ved høytideligheter av helt privat karakter uten i forbindelse med vedkommende statsinstitusjons utøvende virksomhet.

0 Endret ved forskrift 3 des 2004 nr. 1542 (i kraft 1 jan 2005).

§ 5. Flagget heises på stang på taket eller fra siden av bygningen eller på frittstående stang; på fartøi på flaggspill akter eller under gaffelen.

§ 6. Flagget heises i månedene mars til og med oktober kl. 0800, i månedene november til og med februar kl. 0900. Flagget hales ved solnedgang, dog ikke senere enn kl. 2100 hvis solen går ned etter denne tid.

I fylkene Nordland, Troms og Finnmark heises flagget i månedene november til og med februar kl. 1000 og hales kl. 1500.

Flagning på fartøier retter sig efter de almindelige regler for flagning til sjøs.

På tollvesenets bygninger og fartøier samt på havnevesenets fartøier kan der også flagges utenfor de ovennevnte tider. Nærmere bestemmelser herfor gis av vedkommende departement.

0 Endret ved forskrift 2 juli 1948.

§ 7. Alle spørsmål om bruk av statsflagg på offentlige bygninger blir i tvilstilfelle gjennom vedkommende fagdepartement å forelegge for Utenriksdepartementet.



LOVDATA

Forskrift om bruk av det samiske flagget

Dato	FOR-2004-05-27-1087
Departement	Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Publisert	I 2004 hefte 11
Ikrafttredelse	27.05.2004
Gjelder for	Norge
Hjemmel	<u>LOV-1987-06-12-56-§1-6</u>
Kunngjort	09.07.2004
Korttittel	Forskrift om bruk av det samiske flagget

Hjemmel: Fastsatt av Sametinget 27. mai 2004, i medhold av Sametingets selvbestemmelsesrett, og med hjemmel i lov 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven) § 1-6 annet ledd.

§ 1. Det samiske flagget er felles for samene i Norge, Sverige, Finland og Russland og dermed et felles nasjonalsymbol for hele det samiske folket.

§ 2. Sametinget i Norge gir ved denne forskrift bindende regler for bruk av det samiske flagget på territoriet som omfattes av staten Norge.

§ 3. Bruken av det samiske flagget skal gjenspeile den respekt som tilkommer enhver bruk av nasjonale symboler.

§ 4. Det samiske flagget kan brukes på de fastsatte samiske flaggdagene og ved offisielle samiske anledninger og markeringer. Flagget kan brukes ved andre høytider og festlige anledninger for det samiske folket.

De samiske flaggdagene er:

- 6. februar (Det samiske folkets nasjonaldag),
- 2. mars (Dagen da Sametinget i Finland ble åpnet – 2. mars 1996),
- 25. mars (Marimesse – Maria bebudelsesdag. Tradisjonell samisk merkedag),

24. juni (Midtsommersdagen – St. Hansdagen. Tradisjonell samisk merkedag),
9. august (FNs internasjonale urfolksdag),
15. august (Dagen da det samiske flagget ble godkjent – 15. august 1986),
18. august (Dagen da Sameråd ble opprettet – 18. august 1956),
26. august (Dagen da Sametinget i Sverige ble åpnet – 26. august 1993),
9. oktober (Dagen da Sametinget i Norge ble åpnet – 9. oktober 1989),
9. november (Dagen da Sameparlamentet i Finland ble opprettet – 9. november 1973).
15. november (Dagen da Isak Saba ble født – 15. november 1875).

Flagget kan også brukes ved offisielle norske flaggdager, ved offisielle norske anledninger og ved høytider og festlige anledninger for det norske folket, samt når det av forskjellige hensyn er spesielt viktig eller ønskelig.

Det samiske flagget kan også benyttes ved høytider av privat karakter.

§ 5. Det samiske flagget kan brukes alene eller sammen med det norske statsflagget, det norske handelsflagget, andre nasjoners flagg og andre typer flagg.

§ 6. Ved bruk av det samiske flagget ved offisielle norske flaggdager og ved offisielle norske anledninger, skal det samiske flagget plasseres på plassen til høyre for det norske flagget.

Ved bruk av det samiske flagget sammen med det norske flagget på samiske flaggdager og ved samiske anledninger, skal flaggene plasseres som nevnt i første ledd.

§ 7. Flagget heises i tidsrommet mars-oktober kl. 08.00 og hales ved solnedgang, dog ikke senere enn kl. 21.00. I tidsrommet november-februar heises flagget kl. 10.00 og hales kl. 15.00. I områdene sør for Nordland fylke heises flagget kl. 09.00 i tidsrommet november-februar og hales ved solnedgang, dog ikke senere enn kl. 21.00.

§ 8. Sametinget kan i særlige tilfeller tillate bruk av det samiske flagget på annen måte enn hva som framgår av disse regler.

§ 9. Alle spørsmål om bruk av det samiske flagget på eller fra offentlige bygninger blir i tvilstilfeller å forelegge for Sametinget for avgjørelse.

§ 10. Denne forskriften trer straks i kraft.



Dato: 21.08.2021
Arkivref: 2021/666-4 / 243

Elin M. Olsen

elin.m.olsen@loppa.kommune.no

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2021/43	Levekårsutvalget	31.08.2021

Tildeling av idrettsmidler

Sammendrag

Det skal tildeles idrettsmidler for 2021, totalt kr 50 000. Det er Idrettsrådet som innstiller på tildeling til Levekårsutvalget. Tildeling vurderes ut fra kriterier vedtatt av Levekårsutvalget 02.03.02015. Innstillingen følger som vedlegg

Administrasjonssjefens forslag til vedtak:

Idrettsmidler for 2021 tildeles i henhold til Idrettsrådets innstilling:

Bergsfjord Ungdoms- og idrettslag	kr. 8 491
Øksfjord atletklubb	kr.17 558
Øksfjord idrettslag	kr 23 952

Vedlegg:

Vedlegg

1 Idrettsmidler-2021innstilling fra Idrettsrådet

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Saksutredning:

Det skal fordeles kr 50 000 i tilskudd til idrettsformål. Det er kommet inn tre søknader om tilskudd til idrettsformål innen fristen, som ble utvidet til 15. juni pga Koronasituasjonen. Kriteriene som brukes ble vedtatt av Levekårsutvalget 02.03.02015, og Loppa Idrettsråd gir innstilling til tildeling av tilskuddet.

Idrettsmidlene tildeles i henhold til vedtatt fordelingsnøkkel:

- 25 % av totalbevilgningen fordeles som grunnbeløp mellom lagene tilsluttet NIF
- 25 % av totalbevilgningen i forhold til medlemsmassen
- 50 % ut fra regnskapet

Følgende lag har søkt om idrettsmidler:

BUIL	Hans Roald Johnsen	9580 Bergsfjord
Medlemmer	37 medlemmer	
Søker om:	åpen søknad	
Søker tilskudd til:	Materialer til Gapahuk i Dalen og kultiveringsgarn	

Øksfjord atletklubb	Olav Henning Trondal	9550 Øksfjord
Medlemmer	145 medlemmer	
Søker om:	kr 50 000	
Søker tilskudd til:	Driftsutgifter og reiseutgifter	

Øksfjord idrettslag		9550 Øksfjord
Medlemmer	109 medlemmer	
Søker om:	kr 27 000	
Søker tilskudd til:	Drift og investeringer	

Vurdering:

lag	Medl	Regnskap-20	Medl	Grunnbeløp	Regnskap	Tildeling
BUIL	37	78660.90	1589	4167	2735	8491
ØA	145	206016.07	6229	4167	7162	17558
ØIL	109	434417.66	4682	4167	15103	23952
Sum	291	719094.63	12500	12500	25000	50000
Medlemmer		12500				
Grunnbeløp		12500				
Regnskap		25000				
Alle registrerte idrettslag/foreninger som er tilsluttet NIF tildeles idrettsmidler						
fra Loppa kommune etter følgende nøkkel:						
Grunnbeløp		25%	av totalbevilgningen			
Medlemmer		25%	av totalbevilgningen			
Regnskap		50%	av totalbevilgningen			
	MVH					
	Hans Roald Johnsen		Øksfjord 21-06-2021			
	leder					



Dato: 21.08.2021
Arkivref: 2021/591-4 / 243

Elin M. Olsen

elin.m.olsen@loppa.kommune.no

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2021/44	Levekårsutvalget	31.08.2021

Tildeling av midler til allmenne kulturformål

Sammendrag

Det skal tildeles kr. 50. 000,- til allment kulturformål. Søknadsfristen er 1. mai. Det var kommet inn to søknader innen fristen.

Administrasjonssjefens forslag til vedtak:

Tilskudd til allemenne kulturformål tildeles som følger for 2021:

- Øksfjord og omegn pensjonistforening tildeles kr 10 000.
- Øksfjord sanitetsforening tildeles kr 20 000.
- Andsnes velforening tildeles kr 20 000

Vedlegg:

ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Søknader med revidert regnskap fra de to søkerne

Saksutredning:

Tilskudd til allment kulturformål: Det er satt av Kr. 50 000,-

Tilskudd til allment kulturformål tildeles i henhold til vedtatte kriterier:

1. Tildeling av kulturmidler foretas en gang i året med ordinær søknadsfrist 1.mai.
2. Det gis tilskudd til organisasjoner som er åpne for alle, og som er organisert etter demokratiske prinsipper.
3. Lag og organisasjoner som mottar kulturmidler må akseptere bruk av ledsagerbevis. Årsmelding og revidert regnskap fra siste driftsår skal være tilgjengelig.
4. Kulturmidlene tildeles frivillig kulturarbeid innen hele kulturfeltet og som har arrangement/aktivitet i Loppa kommune.
5. Kulturmidlene skal i hovedsak brukes til aktiviteter.
6. Tiltak for barn, unge, eldre og andre grupper med særskilte behov skal prioriteres.

Det var kommet inn fire søknader innen fristen:

- Øksfjord og omegn pensjonistforening, har søkt kr 10 000. Revidert regnskap og aktivitetsplan er vedlagt søknaden og kan legges fram på møtet
- Øksfjord sanitetsforening har søkt om kr 20 000. Revidert regnskap og aktivitetsplan er vedlagt søknaden
- Andsnes velforening har søkt om kr 20 000. Revidert regnskap og aktivitetsplan er vedlagt søknaden
- Bergsfjord Jeger og fisk har søkt om kr 10 000. Her er ikke lagt ved regnskap og aktivitetsplan. Det er videre litt usikkert ut fra søknaden om det er en privatperson som søker eller om Bergsfjord Jeger og fisk søker.

Vurdering:

Det er kommet inn søknader på totalt kr 60 000 til kulturformål for inneværende år. Det er satt av kr 50 000 til formålet. Administrasjonen vurderer det slik at Bergsfjord jeger og fisk ikke tildeles støtte da det ikke foreligger årsmelding og regnskap fra foreningen. Det betyr at det omsøkte beløp tildeles de øvrige foreningene tildeles søknadsbeløpet.

Vurdering:



Dato: 23.08.2021
Arkivref: 2021/965-2 /

Elin M. Olsen

elin.m.olsen@loppa.kommune.no

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2021/45	Levekårsutvalget Loppa formannskap Kommunestyret	31.08.2021

Avtale om vertskommunesamarbeid om barnevern med Alta kommune

Sammendrag

Alta-kommune ved avdeling for oppvekst har i samarbeid med administrasjonen i Loppa kommune utformet et felles forslag til avtale mellom kommunene for vertskommunesamarbeid for barnevern. Administrasjonen legger fram forslaget for politisk beslutning i Loppa nå, og avtalen vil bli behandlet av Kommunestyret i Alta i etterkant av Loppa kommunes behandling.

Administrasjonssjefens forslag til vedtak:

Loppa kommunestyre vedtar vedlagt forslag til avtale for inngåelse av vertskommunesamarbeid med Alta kommune innen barnevern. Avtalen skal tre i kraft fra 1. januar 2021

Vedlegg:

Vedlegg

- 1 Samarb bv Alta-Loppa 2022 utkast

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

- 1 Orientering om barnevernsreformen (Kommunestyrets sak 2020/880)
- 2 Kontrollutvalgets risiko- og vesentlighetsanalyse i forbindelse med plan for forvaltningsrevisjon 2020-2024

Saksutredning:

Organisering av barneverntjenesten i Loppa

Lov om barnevernstjenester skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid (Jf lov om barnevernstjenester § 1-1). Det er det kommunale barnevernet som har ansvaret for å utføre alle oppgavene som ikke er lagt til et statlig organ. Lov om barnevernstjenester er nå under revidering, og flere av de oppgavene som i dag er statlige, vil fra ny lov trer i kraft i 2023 bli

overført til kommunene. Ny reform trer i kraft fra nyttår, og ny barnevernlov trer i kraft i januar 2023.

Spørsmålet er om Loppa kommune er skodd for de endringene som kommer.

Barnevernstjenesten i Loppa er etter 2019 bygd ut med 1 stilling, slik at det i dag er 2 stillinger – en barnevernsleder og 1 konsulent. Stillingen som barnevernskonsulent er per nå delvis statlig finansiert gjennom tilskudd fra Statsforvalteren. I 2019 og 2020 ble det gjennomført en stor opprydding i barnevernet i Loppa. Dette omhandler oppdatering og gjennomgang i saksbehandlingsprogram, rutinebeskrivelser, internkontroll og arkiv.

Loppa kommune har vært i en prosess tidligere for å se på muligheter for vertskommunesamarbeid med andre kommuner. I 2019 gikk man bort fra dette med bakgrunn i at de ansatte i barnevernet mente det var hensiktsmessig med kontroll over eget tjenestested, kostnad, tilstedeværelse og tilgjengelighet. Den akutte beredskapen ble ivaretatt gjennom samarbeidet med Alta kommune.

Det ble fra 01.01.2019 inngått en avtale om akuttsamarbeid for barnevern med Alta kommune der barneverntjenesten i Alta skal bistå og gjennomføre akuttarbeid i barneversaker som omhandler vold, rus og andre forhold der barn plutselig og over kortere eller lengre tid står uten forsvarlig omsorg. Akutt-telefonen er bemannet i Alta, og gjelder alle dager utenom kontortid og ved evt. fravær ved barneverntjenesten i Loppa. I 2019 og 2020 har det ikke vært tilfeller av akuttsaker for barnevern i Loppa kommune. I forslaget som legges fram i dag videreføres den gjeldende avtalen om akuttsamarbeid

Sårbarhet i tjenesten

I etterkant har Kontrollutvalget kommet med sin risiko- og vesentlighetsanalyse. De særlige risikoforhold som Kontrollutvalget peker på, er at det er stor utskifting av personell, tjenesten er liten og sårbar, både ved planlagt fravær og spesielt ved uforutsette hendelser. Det betyr at tjenesten kan gå fra å fungere godt til å ligge brakk i løpet av kort tid. Kontrollutvalget mener at denne risikoen kan reduseres ved enten å øke bemanningen eller ved å inngå et forpliktende samarbeid med andre kommuner. Man vil ikke kunne øke bemanningen slik at risikoen blir vesentlig lavere enn den er med dagens bemanning.

I juni ble det på nytt skifte i barnevernlederstillingen. Administrasjonen valgte å ikke lyse ut stillingen, men ansatte vikaren fast som barnevernleder. I ettertid har vi også mistet vikar for barnevernkonsulent.

Administrasjonen vil også påpeke risikoen det er med kompetanse når tjenesten er så liten som den er. Man har få saker og dermed et smalt erfaringsgrunnlag for arbeidet som gjøres og vedtak som skal fattes. For en tjeneste som kan være veldig inngripende for enkeltmennesker og familier, må man ta dette med i vurderingen.

Tjenestens sårbarhet både i forhold til bemanning og kompetanse viser at Loppa kommune ikke klarer å ivareta behovene for de aller mest sårbare barna. Administrasjonen mener denne sårbarheten gjør at vi ikke har en tjeneste hvor barns beste er i fokus.

Nye kompetansekrav

I forbindelse med barnevernsreformen, vil det også komme nye kompetansekrav for tjenesten. Det vil være en overgangsperiode hvor de som er ansatte i tjenesten vil få mulighet til

kompetanseutvikling. Fra 2031 vil det være krav til mastergrad for å ha vedtaksmyndighet i barnevern-saker. Det er gode planer om kompetanseutvikling i det ledernettverket barneverntjenesten i Finnmark har. Men dette løser slik administrasjonen ser det, ikke de kompetanseutfordringene tjenesten står overfor når det gjelder kravene fra 2031. Det er fare for at Loppa kommune blir en førstegangsarbeidsplass for uerfarne barnevernutdannede som får sin kompetanseutvikling her i kommunen, men forsvinner når de er ferdig med utdanningen.

Vertskommunesamarbeid versus lokalt barnevern

For å møte nye kompetansekrav og ivareta økte kommunale oppgaver med ny barnevernlov, må Loppa kommune ha minst tre stillinger i barnevernet. Vi vil likevel ikke klare å løse problemene rund sårbarheten i tjenesten vesentlig. Avtalen med Alta kommune innebærer at vi at vi betaler for tre stillinger, hvor noe av kapasiteten vil brukes til å behandle saker fra Alta. Men samtidig vil jo barnevernleder i Alta være barnevernleder for både Alta og Loppa barnevern.

Vi har hatt en omfattende prosess sammen med nåværende barnevernleder når det gjelder framtidig organisering av barnevernet i Loppa. Det er mange gode argumenter for at det er hensiktsmessig med et lokalt barnevern. Men den prosessen vi har hatt viser at vi gjennom samarbeidet med Alta kan ivareta både det lokale perspektivet og få en mindre sårbar tjeneste. Den avtalen vi har jobbet med og de prosessene vi har hatt i samarbeid med Alta, har ført til at barnevernlederen aksepterer og vil jobbe under en annen organisering.

Loppa kommune var med i arbeidet som ledet fram til et vertskommunesamarbeid mellom Alta og Kvæningen kommuner. Oppvekstetaten har vært i kontakt med Kvæningen kommune for å få innspill på hvordan dette samarbeidet etter deres mening har fungert. I en epost fra Etatsleder for oppvekst og kultur i Kvæningen kommune sier etatslederen:

«Kvæningen kommune har samarbeidsavtale med Alta barnevern på akutt beredskap, og et vertskommunesamarbeid på barnevern. Alta kommune har i avtalen forpliktet seg til 3 kontordager i uka i Kvæningen. Dette har de opprettholdt, og har i perioder vært 4 dager ved behov. Oppvekstleder i Kvæningen har hatt jevnlig møter med koordinator for barnevernet, som også har informert oss fortløpende ved endringer eller andre uforutsette ting underveis. Koordinator og barnevernleder har vært i kommunestyret og informert politisk eier to ganger i løpet av første året. Virksomhetsleder og barnevernsleder har faste møter med etatsleder, rektor og andre i organisasjon. (3 – 4 møter første året) Tjenesten har bidratt til faglig utvikling hos ansatte i skolen og barnehage. De deltar også på våre kurs der det passer. Dette får å skape felles forståelser for problemstillinger. De er også bidragsyter til en fagsamling/ felles fagdag for skolen og barnehagen til høsten 2021 De deler med oss planer og fagdokumenter de har utarbeidet. Samtidig som de er opptatt av at Kvæningen skal ha sin barneverntjeneste, Kvæningen skal ikke være en kopi av Alta. Jeg opplever barnevernet i Alta som en ryddig, profesjonell og inkluderende samarbeidspartner for Kvæningen kommune.»

Ut fra den erfaringen Kvæningen kommune har når det gjelder samarbeidet med Alta kommune, ser det ut til at Alta kommune i svært stor grad klarer å ivareta lokalkunnskap på en god måte med stor tilstedeværelse i kommunen og bredt samarbeid med ansatte i Kvæningen

kommune. Administrasjonen har framforhandlet en avtale som i hovedsak er sammenfallende med avtalen Kvæningen kommune har inngått. Dersom kommunestyret godkjenner avtalen, vil administrasjonen sammen med barnevernleder arbeide videre med praktiske og organisatoriske spørsmål.

Loppa kommune har hatt et godt samarbeid innenfor PPT og har nytt godt av den brede kompetansen Alta kommune har innenfor oppvekstsektoren på dette området. Vi har opplevd Alta kommune som en god og konstruktiv samarbeidspartner på flere områder innen oppvekstsektoren.

Vurdering:

Ut fra Risiko og vesentlighetsanalysen til kontrollutvalget, og de bekymringene som Statsforvalteren ved flere anledninger har gitt uttrykk for når det gjelder Loppa kommunes organisering av barnevernet, vil administrasjonen invitere kommunestyret til å inngå et samarbeid med Alta kommune når det gjelder barnevern.

Administrasjonen har tilrettelagt for et slikt samarbeid gjennom forhandlinger med Alta kommune, og legger med dette fram forslag til samarbeidsavtale om den ordinære driften av barnevernet. Hovedbegrunnelsen for å inngå dette samarbeidet er å minske sårbarheten i tjenesten og legge forholdene til rette for faglig utvikling for øvrige deler av oppvekstsektoren. Det er viktig å ivareta et lokalt perspektiv i barnevernet, og vi mener at Alta kommune gjennom sitt samarbeid med Kvæningen kommune har vist at de mestrer å ta med seg det lokale perspektivet i arbeid og organisering.

Samarbeidsavtale barnevern for Alta og Loppa kommune

1. Innledning / Parter:

Det inngås etter dette avtale om vertskommunesamarbeid i medhold av kapittel 20 i KommuneLoven av 2. juni 2018 mellom Alta og Loppa kommune. Vertskommunen i samarbeidet er Alta kommune, heretter kalt Vertskommunen.

Vertskommunesamarbeidet bygger på vedtak i Alta kommune [dato/saksnummer på vedtaket](#) og Loppa kommune [dato/saksnummer på vedtaket](#).

2. Oppgaver og avgjørelsesmyndighet som legges til vertskommunen.

2.1 For å ivareta Loppa kommunes oppgaver i medhold av Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 (heretter benevnt bvl.) ovenfor sine innbyggere legges nærmere bestemte oppgaver og myndighet etter loven til Alta kommune.

2.2 Vertskommunen påtar seg å utføre de oppgaver, og lar seg tilføre den myndighet som tilligger barneverntjenestens administrasjon og leder jf. Bvl § 2-1 fjerde til syvende ledd og lovens øvrige bestemmelser om dette, med de unntak og presiseringer som følger avtalen. Loppa kommunestyre delegerer ansvar og myndighet til å treffe vedtak ved å instruere administrasjonssjefen om å delegerer myndigheten til rådmannen i Alta kommune i samsvar med kommunelovens § 20-2.

2.3 Avgrensning av oppdraget

Ansvar for tiltak for enslige mindreårige jf. bvl § 3-4 og vaktordning utenom kontortid (barnevernvakt) overtas ikke etter denne avtalen. Det inngås en egen avtale om barnevernvakt.

Oppgaver som bvl. legger til kommunen som sådan overtas ikke, med det unntak at kravet til internkontroll etter § 2-1. annet ledd skal ivaretas ved hjelp av Alta kommunes system for oppfølging og kontroll. Ansvaret etter barnevernloven ligger framdelen hos Loppa kommune, herunder å sørge for de oppgaver som ikke omfattes av avtalen med Alta kommune, samt holde seg orientert og melde fra om svikt. Se pkt. 4 om underretning.

2.4 Alta kommune forplikter seg til å ha 3 kontordager ukentlig i Loppa kommune, evt mer ved behov. Loppa kommune forplikter seg til å stille med egnede lokaler og nødvendig kontorutstyr. Kostnader knyttet til kontoret belastes Loppa kommune. Loppa må stille en disponibel leilighet for ansatte, samt dekke leiebil i utførelsen av oppdraget og til og fra tjenesteområdet.

3. Tidspunkt for overføring av oppgaver og avgjørelsesmyndighet.

Oppgaver og myndighet overføres 1. januar 2022. En nærmere oppsatt tidsplan for praktisk gjennomføring avtales administrativt. All rapportering for virkeåret 2021 gjøres av Loppa kommune.

4. Underretning til samarbeidskommunen om vedtak som treffes av vertskommunen og annet av betydning for samarbeidet.

4.1 Alta kommune underretter Loppa kommune v/rådmannen ved kopi av alle rapporter på vegne av Loppa kommune til Statsforvalteren (kvartalsvis, per halvår og årlig) og til SSB (årlig).

4.2 Alta kommune underretter Loppa kommune v/rådmannen fortløpende om klagesaker, tilsyn m.m og andre saker som krever at kommuneledelsen underrettes. Henvendelser om tilsyn rettes til Alta kommune v/rådmannen.

Hvis Loppa kommune mottar søksmål mot kommunen fra brukere av tjenesten i perioden før etablering/etter etablering/etter eventuell uttreden/etter eventuelt opphør av barnevernsamarbeidet, vil barnevernloven sine retningslinjer gjelde. Her vises det til kap. 8 i barnevernloven "Ansvar for å gi hjelp etter loven", da særlig på bosted og oppholdskommune til barnet.

4.3 Beslutninger som gjelder utførelse av oppdraget eller som påvirker dette, skal rapporteres årlig fra kommunestyret i Alta, eller den kommunestyret utpeker, til rådmannen i Loppa kommune. Vesentlige avvik i forhold til vilkår som framkommer i samarbeidsavtalen eller endringer av vesentlig betydning for øvrig skal underrettes særskilt utenom årlig rapportering.

4.4 Loppa kommune kan av eget tiltak undersøke utførelsen av oppdraget ved å be om særskilt rapport, møte eller annet tilsyn, se blant annet kontrollutvalgsforskriften.

4.5 Rådmennene i deltakerkommunene møtes to ganger per år for informasjonsutveksling og drøfting om samarbeidet. Barnevernleder innkaller til disse møtene i samråd med rådmennene.

5. Økonomiske betingelser.

Vertskommunen vil ved etablering av barnevernsamarbeidet ha det antall årsverk vertskommunen har i barneverntjenesten ved iverksettelsestidspunktet og deltakerkommunen stiller med 3 årsverk.

Kostnader knyttet til barnevernsamarbeidet fordeles slik: Loppa kommune finansierer 3 årsverk, mens Alta kommune finansierer den øvrige bemanningen. Den enkelte kommune står for kontorkostnadene i egen kommune. Lønn i faste stillinger, faktureringer og gebyr administreres av vertskommunen.

Utgiftene knyttet til det enkelte barn etter lov om barneverntjenester (i og utenfor hjemmet, KOSTRA-funksjon 251 og 252) skal belastes barnets hjemkommune, jf. barnevernloven § 8-1.

- 5.1 Beregning av økonomisk oppgjør, administrasjon og saksbehandling. Oppgjøret skjer på grunnlag av faktiske kostnader ved at Alta kommune utfører barnevernstjenesten for Loppa kommune. Lønns- og prisjustering skjer iht punkt 5.2. Loppa kommune dekker etableringskostnader (engangskostnader) knyttet til IKT og annet i forbindelse med iverksetting av avtalen, etter påkrav fra Alta kommune. Tilsvarende gjelder for avviklingskostnader.
- 5.2 Faktura og dokumentasjon, administrasjon og saksbehandling. Alta kommune sender faktura to ganger i året, pr 1/7 og pr 31/12. Alta kommune dokumenterer krav/faktura. Justeringer og eller endringer dokumenteres av Alta kommune.
- 5.3 Beregning av økonomisk oppgjør knyttet til barnevernstiltak. Alta kommune dekker de løpende utgifter knyttet til det enkelte barn fra Loppa kommune, og får disse refundert fra Loppa kommune jf. punkt 5.4. Utbetalingene omfatter blant annet egenbetaling og vederlag for barnevernstiltak, utgifter til sakkyndige og vederlag for advokattjenester.
- 5.4 Faktura og dokumentasjon, utgifter knyttet til det enkelte barn. Alta kommune sender faktura to ganger i året, pr 1/7 og pr 31/12. Alta kommune dokumenterer krav/faktura i tråd med punkt 5.3.

6. Stillinger og arbeidsrelaterte forhold

- 6.1 Bemanning- Alta kommune foretar tilsetting til nødvendig bemanningsøkning for oppdraget. Det planlegges ikke dedikerte stillinger til utførelsen av oppdraget.
- 6.2 Forholdet til arbeidsmiljøloven kapittel 16.

Det er foretatt en vurdering av om vertskommuneavtalen og vedtak om overføring av lovpålagte oppgaver etter barnevernloven fra Loppa kommune til Alta kommune innebærer en virksomhetsoverdragelse, jf. arbeidsmiljøloven kapitel 16. Loppa og Alta kommune er enige om at vilkårene for virksomhetsoverdragelse ikke er oppfylt.

7. Arkiv

Fysiske arkiv beholdes i Loppa kommune fram til oppstartdato. Nytt arkiv etableres i Vertskommunen. Det er en forutsetning at alle gamle dokumenter skannes inn i saksbehandlersystemet.

8. IKT løsninger

Deltakerkommunene tar i bruk et felles datasystem med en felles database. Deltakerkommunene opprettes som eget distrikt i fagsystemet. Det forutsettes at deltakerkommunen går inn i samarbeidet med samme saksbehandlersystem.

Vertskommunens rutiner for IKT benyttes.

9. Informasjon, opplæring og rapportering

- 9.1 Leder for barneverntjenesten skal utarbeide og gjennomføre egen informasjonsstrategi for tjenesten. Det skal utarbeides informasjon om organisering, myndighet, tilgjengelighet, med mer til publikum, politikere og administrasjon i Loppa kommune. Det samme

gjelder for kommunale samarbeidspartnere, og til andre kommuner, fylkeskommuner og Statsforvalteren i Troms og Finnmark.

- 9.2 Gjennomgang av de aktuelle lovverk tilbys politikere og administrasjon i Loppa kommune.
- 9.3 Begge kommuner skal legge til rette for faglig utvikling for barneverntjenestens kommunale samarbeidsparter, eks helsestasjon, PPT, skole, barnehage osv. som er nødvendig for at samarbeidet skal gi tjenester på forsvarlig nivå. Dette omfatter blant annet deltakelse i faglige fora i regi av Alta kommune. Loppa dekker sine egne kostnader ved dette.
- 9.4 Vertskommunen v/barnevernsleder sørger for rapportering til Fylkesmannen, SSB og eventuelt andre instanser for alle deltakerkommuner. Hver enkelt deltakerkommune skilles ut som egne distrikt i forhold til rapportering.

10. Andre forhold

- 10.1 Evaluering. Vertskommunen er ansvarlig for at samarbeidsavtalen evalueres årlig.
- 10.3 Advokattjenester. Barnevernsleder avgjør bruk av advokattjenester. Alta kommune kan yte advokattjenester til Loppa kommune på barnevernområdet. Alta kommune fakturerer Loppa kommune for disse tjenestene. Generelle råd og veiledning gis vederlagsfritt, mens bistand i forbindelse med konkrete saker som skal føres for fylkesnemnd og domstoler faktureres.

11. Tvist om forståelse av samarbeidsavtalen

Uenighet om forståelse av denne avtalen skal forsøkes løst ved forhandlinger. Dersom det ikke oppnås enighet, skal tvisten avgjøres ved mekling i Alta tingrett.

12. Nærmere regler for uttreden og avvikling av samarbeidet.

Avtalen løper til den sies opp, og kan sies opp av begge parter med ett års varsel.



Dato: 11.08.2021
Arkivref: 2021/540-5 / 033

Frank Bækken

frank.baekken@loppa.kommune.no

Saksnr	Utvalg	Møtedato
2021/27	Levekårsutvalget	31.08.2021

Loppa formannskap

Kommunestyret

—
Forvaltningsrevisjonsrapport - Loppa kommune - Kvalitet i pleie og omsorg

Sammendrag

Forvaltningsrevisjonsrapport – Loppa kommune, Kvalitet i pleie og omsorg. Oversendt fra Vefik IKS 01.06.2021.

Administrasjonssjefens forslag til vedtak:

Tas til orientering

Vedlegg:

Oversendelse av rapport
Rapport Loppa – 2021 – Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten



Kontrollutvalget i Loppa kommune
v/kommunens kontrollutvalgssekretariat

Saksbehandler	Telefon	Vår ref.	Deres ref.	Dato
Viggo Johannessen	48026706	Pro-2021-077-233		01.06.2021

OVERSENDELSE AV FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT – «LOPPA KOMMUNE, KVALITET I PLEIE OG OMSORG»

Vedlagt følger forvaltningsrevisjonsrapporten «*Loppa kommune, Kvalitet i pleie og omsorg*» for behandling i kommunens kontrollutvalg.

Dersom utvalget ønsker at revisjonen skal delta i utvalgets behandling av saken og eventuelt presentere rapportens innhold kan dette avtales nærmere med prosjektleder og forvaltningsrevisor Ranveig Olaussen (e-post: ranveig@vefik.no, tlf. 907 19 617).

Ta gjerne kontakt hvis det skulle være noen spørsmål.

Med hilsen

Viggo Johannessen
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har ikke signatur.
Dokumentet er kun sendt mottaker per e-post.*

Kopi:
Kommunedirektøren i Loppa kommune

Vedlegg:
Rapport i forvaltningsrevisjonsprosjekt «Loppa kommune, Kvalitet i pleie og omsorg»

Telefon 78 44 94 50	Postadresse	Besøksadresser		
Org.nr. 887 013 322	Postboks 1023	Alta	Hammerfest	Lakselv
E-post: post@vefik.no	9503 Alta	Løkkeveien 3	Havneveien 5	Rådhuset
www.vefik.no				



EFIK

Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO



www.vefik.no

RAPPORT

FORVALTNINGSREVISJON

2021

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

LOPPA KOMMUNE

FORORD

På bakgrunn av bestilling fra kontrollutvalget i Loppa kommune har VEFIK IKS gjennomført en forvaltningsrevisjon av kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.

Revisjonen har før igangsetting av forvaltningsrevisjonen vurdert sin uavhengighet overfor Loppa kommune, jfr. kommunelovens § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon §§ 16-19. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet til det arbeidet som har blitt gjort.

Vi takker Loppa kommune for samarbeidet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen.

Alta, 31. mai 2021

Ranveig Olaussen
Forvaltningsrevisor/prosjektleder

Marit Jørgensen Hauge
Forvaltningsrevisor/prosjektmedarbeider

Viggo Johannessen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

INNHOLDSFORTEGNELSE

0 SAMMENDRAG	1
0.1 SAMMENDRAG.....	1
0.2 ANBEFALINGER	2
1 INNLEDNING	3
1.1 PROSJEKTETS BAKGRUNN OG FORMÅL	3
1.2 PROBLEMSTILLINGER	4
1.3 REVISJONSKRITERIER	4
1.4 METODE	6
2 BAKGRUNNSOPPLYSNINGER	8
3 HAR LOPPA KOMMUNE ETABLERT ET FORSVARLIG SYSTEM FOR Å SIKRE AT KVALITETEN I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE ER I TRÅD MED GJELDENDE LOV OG FORSKRIFT?	10
3.1 HAR LOPPA KOMMUNE ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER FOR INTERNKONTROLL OG KVALITETSSIKRING I HENHOLD TIL LOV OG FORSKRIFT?.....	10
3.1.1 Revisjonskriterium	10
3.1.1.1 Data	10
3.1.1.2 Vurderinger.....	13
3.1.2 Revisjonskriterium	14
3.1.2.1 Data	14
3.1.2.2 Vurdering.....	15
3.1.3 Revisjonskriterium	15
3.1.3.1 Data	15
3.1.3.2 Vurdering.....	16
3.1.4 Delkonklusjon	16
3.2 HAR LOPPA KOMMUNE ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER SOM SIKRER FAGLIG KVALITET OG KOMPETANSE I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE?.....	17
3.2.1 Revisjonskriterium	17
3.2.1.1 Data	17
3.2.1.2 Vurdering.....	18
3.2.2 Revisjonskriterium	19
3.2.2.1 Data	19
3.2.2.2 Vurdering.....	20
3.2.3 Revisjonskriterium	20
3.2.3.1 Data	20
3.2.3.2 Vurdering.....	20
3.2.4 Delkonklusjon	20
3.3 HAR LOPPA KOMMUNE ETABLERT RUTINER OG PROSEDYRER SOM SIKRER BRUKERNE ET TILFREDSSTILLENDE TJENESTETILBUD?	21
3.3.1 Revisjonskriterier.....	21
3.3.1.1 Data	21
3.3.1.2 Vurdering.....	21
3.3.2 Revisjonskriterium	22
3.3.2.1 Data	22
3.3.2.2 Vurdering.....	22
3.3.3 Revisjonskriterium	22
3.3.3.1 Data	22
3.3.3.2 Vurdering.....	22
3.3.4 Delkonklusjon	23
3.4 KONKLUSJON	23

4 ER LOPPA KOMMUNES TILDELING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER I TRÅD MED REGELVERKET?	24
4.1 REVISJONSKRITERIER	24
4.2 DATA.....	24
4.2.1 Saksbehandlingstid	25
4.2.2 Vedtakets form og innhold	25
4.2.3 Begrunnelse for vedtak	25
4.2.4 Underretning.....	25
4.3 VURDERINGER.....	26
4.3.1 Saksbehandlingstid	26
4.3.2 Vedtakets form og innhold	26
4.3.3 Begrunnelse for vedtaket.....	26
4.3.4 Underretning.....	26
4.4 KONKLUSJON	27
5 OPPLEVD KVALITET BLANT MOTTAKERE AV HJEMMEBASERTE TJENESTER I LOPPA KOMMUNE	28
5.1 OM BRUKERUNDERSØKELSEN	28
5.2 RESULTAT AV BRUKERUNDERSØKELSEN	28
6 KONKLUSJONER	30
7 ANBEFALINGER	31
8 KILDER OG LITTERATUR	32
Vedlegg 1: Administrasjonssjefens kommentarer.....	33
Vedlegg 2: Utleddning av revisjonskriterier	34
Vedlegg 3: Metode og gjennomføring	40

0 SAMMENDRAG

0.1 Sammendrag

I denne forvaltningsrevisjonen har Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS undersøkt hvorvidt pleie- og omsorgstjenesten i Loppa kommune er i tråd med kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven, herunder om kommunen overholder bestemmelsene om kvalitetssikring i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Videre har vi undersøkt hvorvidt tildelingen av pleie- og omsorgstjenester er i tråd med regelverket. Våre konklusjoner bygger på vurderinger av den dokumentasjon og informasjon vi har innhentet om kommunens rutiner, skriftliggjorte fellesprosedyrer, lokale prosedyrer ved avdelingene, samt opplysninger gitt av administrasjonssjef og avdelingsleder innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Revisjonen har etter ønske fra kontrollutvalget gjennomført en brukerundersøkelse. Resultatet av denne kommer frem av kapittel 5 i rapporten. Revisjonen har ikke foretatt vurderinger eller knyttet konklusjoner til brukerundersøkelsen.

Loppa kommune har ikke etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten er i tråd med gjeldende lov og forskrift. Vår konklusjon begrunnes i at det ikke er etablert og gjennomført systematisk styring av virksomheten slik forskriften krever. Undersøkelsen viser at det er mangel på styringsdokumenter og svakheter ved kommunens internkontroll innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Kommunen har ikke etablert et styringssystem som ivaretar forskriftens krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av pleie- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen viser også at kommunen ikke i tilstrekkelig grad sikrer at krav og målsetninger som gjelder kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten etterleves.

Vår konklusjon baserer seg på at dokumentasjonen av rutinene i liten grad viser hvilke prosedyrer som ivaretar kvalitetsforskriftens grunnleggende krav og som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud og brukervedvirkning. Vi vil presisere at vi gjennom vår undersøkelse ikke har avdekket forhold, eller fått opplysninger som tilsier at Loppa kommune gjennom sin praksis ikke leverer faglig forsvarlige pleie- og omsorgstjenester til innbyggerne.

Revisjonen er opplyst om at deler av Helse- og omsorgstjenesten har hatt utfordringer som følge av stor utskifting i ledelsen de siste 7-8 årene. Administrasjonssjefen fungerer i dag som helsesjef i kommunen. Nytt organisasjonskart er under utarbeidelse, og vil bli lagt fram for behandling i kommunestyret i løpet av mai 2021.

Loppa kommune sørger i det alt vesentlige for at ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenesten har nødvendig kompetanse og ferdighet, og videre tilrettelegger tjenestene slik at pleie- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter ovenfor tjenestemottakerne. Kommunen søker å ivareta krav til brukervedvirkning og har hatt søkelys på å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, slik at tjenestene som leveres er forsvarlige. Dette synliggjøres også gjennom rutiner og prosedyrer som er utarbeidet innenfor pleie- og omsorgstjenesten.

Loppa kommune er en liten oversiktlig kommune, og ifølge opplysninger vi har mottatt er terskelen for å ta kontakt med pleie- og omsorgstjenesten lav. Revisjonen vil allikevel påpeke at skriftliggjøring av rutiner som viser sammenhengen med kravene i kvalitetsforskriften kan være nyttig dokumentasjon i forbindelse med opplæring av nyansatte, for vikarer ved vakanser, ved fravær og også for alle ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenesten i Loppa kommune. Også for å

synliggjøre for brukere og pårørende at de tjenestene som leverer er innenfor krav i lov og forskrift. Videre vil de også kunne brukes som et ledd i kommunens internkontroll og som dokumentasjon i forbindelse med tilsyn og kontroll av virksomheten.

Pleie- og omsorgstjenesten benytter et avvikssystem og det er rutiner for oppfølging av avvik, som også benyttes i forbedringsarbeidet innenfor tjenesten. Det er gjennomført en ROS-analyse ved Loppa sykehjem, men kommunen har ikke et system for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsvurderinger i pleie- og omsorgstjenesten utover dette. Videre har ikke kommunen et system for å planlegge risikoreducerende tiltak innenfor tjenesten utover ROS-analysen som er gjennomført ved Loppa sykehjem. Dette er med på å underbygge vår konklusjon om at Loppa kommune ikke følger forskriftens krav til internkontroll og kvalitetssikring innenfor pleie- og omsorgstjenesten.

Avdelingsleder ved pleie- og omsorgstjenesten har oversikt over den kompetanse som finnes blant de ansatte i tjenesten, og følger opp at ansatte deltar på kurs og innehar den nødvendige kompetansen for å utføre tjenestene. Revisjonen har ikke bemerkninger til den praksis som gjennomføres i kommunen med å sikre faglig kvalitet og kompetanse innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Vi vil allikevel påpeke at handlingsplanen i kompetanseplanen ikke utarbeides hvert år for hver etat parallelt med budsjettbehandlingen i kommunen.

Når det gjelder lovpålagt kompetanse er denne innenfor lovens krav, bortsett fra det forhold at Loppa kommune ikke har fått ansatt psykolog. Dette er ifølge administrasjonssjefen en kompetanse som mange kommuner sliter med å få tak i. Kommunen har utfordringer med å få ansatt sykepleierfaglig kompetanse. Det er hjemmel for ni sykepleiere, men kun seks av disse stillingene er besatt. Kommunen kjøper sykepleiertjenester fra bemanningsbyrå for å fylle opp de tre ubesatte sykepleierstillingene. Økt lønn og ekstra ferie har vært brukt som rekrutteringsstrategi for å få flere søkere til stillingene. Det har vært flere søkere på sykepleierstillingene enn tidligere, men det har ikke resultert i at stillingene er blitt besatt.

Saksbehandlingen i forbindelse med tildeling av pleie- og omsorgstjenester er i tråd med grunnleggende krav i forvaltningsloven og god forvaltningsskikk i de gjennomgåtte sakene.

0.2 Anbefalinger

Med bakgrunn i hovedfunnene i denne undersøkelsen vil revisjonen anbefale at Loppa kommune gjør følgende:

- Sørger for å etablere et styringssystem som ivaretar forskriftens krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Utarbeider en oppdatert oversikt over hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innenfor Helse- og omsorgstjenesten når nytt organisasjonskart er vedtatt av kommunestyret.
- Utarbeide prosedyrer på de behovsområdene innenfor pleie- og omsorgstjenesten som mangler prosedyrer.
- Ferdigstiller arbeidet med utarbeidelse av skriftlige rutinebeskrivelser som omfatter saksbehandlingen av søknader om helse- og omsorgstjenester.
- Vurderer å utarbeide en virksomhetsplan for helse- og omsorgsetaten i kommunen.
- Reviderer Loppa kommunes kompetanseplan.

1 INNLEDNING

1.1 Prosjektets bakgrunn og formål

1.1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er *Plan for forvaltningsrevisjon 2017-2020*, vedtatt av kommunestyret i Loppa kommune 15.12.16 (sak 89/16). Det framgår av planen at det skal utføres en forvaltningsrevisjon av kvaliteten i pleie og omsorgstjenesten i kommunen.

I kommunens plan for forvaltningsrevisjon sies det følgende om dette fokusområdet:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet og plass i institusjon, herunder sykehjem.

Helse- og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- *den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- *den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud*
- *helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- *tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.*

Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. For å bidra til dette skal kommunen ha en internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Det vil si systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes helse- og omsorgstjenester med de særlige bestemmelser som følger av helse- og omsorgstjenesteloven og av pasient- og brukerrettighetsloven.

1.1.2 Formål

Formålet med undersøkelsen har vært å kartlegge hvorvidt pleie- og omsorgstjenesten i Loppa kommune er i tråd med kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven, herunder om kommunen overholder bestemmelsene om kvalitetssikring i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Avslutningsvis har vi også undersøkt hvorvidt tildelingen av pleie- og omsorgstjenester er i tråd med regelverket.

På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis og bli presentert for områder hvor det eventuelt er muligheter for forbedringer.

1.2 Problemstillinger

Undersøkelsen er gjennomført med utgangspunkt i to hovedproblemstillinger, vedtatt av kontrollutvalget i Loppa kommune den 27. mai 2017 (sak 3/17). Vedtaket gir revisjonen fullmakt til å utarbeide tilleggsproblemstillinger og dette er gjort for én av problemstillingene.

Problemstillingene er som følger:

1. **Har Loppa kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd med gjeldende lov og forskrift?**
 - a. *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?*
 - b. *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene?*
 - c. *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?*

Vi har undersøkt hvorvidt kommunen har etablert et system for å sikre at krav i lov og forskrift blir fulgt. I dette ligger det å undersøke hvorvidt kommunen har systemer for internkontroll for å sikre tilstrekkelig kompetanse og ferdighet blant ansatte, samt sikre forsvarlig utøvelse av pleie- og omsorgstjenestene.

2. *Er Loppa kommunes tildeling av pleie- og omsorgstjenester i tråd med regelverket?*

Vi har kartlagt saksgangen ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester og undersøkt hvorvidt kommunen overholder grunnleggende lovkrav i saksbehandlingen.

Kontrollutvalget vedtok i sak 10/2020 at forvaltningsrevisjonen av *Kvalitet i pleie- og omsorg* skal besvare den delen av forvaltningsrevisjonsrapporten *Rekruttering og kompetanse*¹, som omhandlet nødvendig kompetanse ut fra lovmessige krav innenfor helse- og omsorgstjenesten i Loppa kommune. Resultatet av revisjonens kartlegging, vurdering og konklusjon med hensyn til dette framgår av rapportens kapittel 3, under punkt 3.2.

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Faktagrunnlaget holdes opp mot kriteriene, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

1.3.1 *Kilder til kriterier*

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*
- *Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*

¹ Møteprotokoll fra kontrollutvalgsmøte i Loppa kommune 5. juni 2020, sak 10/2020.

- *Forskrift 12. november 2011 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*
- *Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)*
- *Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

- *Prop.91 L (2010-2011) til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *St. meld. nr. 25 (2005-2006) om mestring, muligheter og mening*
- *St. meld. nr. 45 (2002-2003) om bedre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*
- *St. meld. nr. 28 (1999-2000) om innhold og kvalitet i omsorgstjenestene*

I denne undersøkelsen er kvalitetsforskriften og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av særlig betydning.

1.3.2 Revisjonskriterier

Utledning av revisjonskriteriene kommer frem av vedlegg 2 i rapporten.

Krav til internkontroll og kvalitetssystem

- Virksomheten er pålagt å dokumentere sine rutiner. Det skal foreligge skriftlige rutiner og prosedyrer for virksomheten, samt skriftlige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver og mål. Videre skal det foreligge skriftlige beskrivelser av hvordan virksomheten er organisert, herunder skal det klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.
- Det skal foreligge en oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, samt en plan med tiltak for å redusere risikoer.
- Virksomheten skal være gjenstand for kontinuerlig forbedringsarbeid.

Krav til faglig kvalitet og kompetanse

- Kommunen skal sørge for nødvendig kompetanse innenfor pleie- og omsorgstjenesten
- Kommunen skal sørge for at helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning.
- Kommunen skal sørge for at tjenestemottaker, pårørende og arbeidstakere medvirker slik at erfaringer og kunnskap deles.

Krav til tjenesteutøvelse

- Virksomheten skal ha skriftlig nedfelte prosedyrer som beskriver hvordan brukere av pleie- og omsorgstjenestene sikres hjelp til rett tid, helhetlige tjenester og brukervedvirkning.
- Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillende grunnleggende behov.
- Kommunen skal sørge for at brukere av pleie- og omsorgstjenestene blir gitt medbestemmelse og valgfrihet.
- Kommunen skal sørge for tilbud om og tilgang til aktivitet og stimulering for brukere av pleie- og omsorgstjenestene.

Krav til saksbehandlingen

- Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Det skal gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares innen én måned etter at den er mottatt.
- Vedtaket skal være skriftlig. Vedtaket bør være klart og tydelig, og det bør inneholde opplysninger om hvem som har fattet vedtaket, hvem det gjelder, når vedtaket er fattet og hva det går ut på.
- Vedtaket skal begrunnes. I begrunnelsen skal det vises til de faktiske forhold og de regler som vedtaket bygger på. I den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.
- Partene skal underrettes om vedtaket. I underretningen skal det gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og framgangsmåte ved klage, samt om retten til å se sakens dokumenter.

1.4 Metode

1.4.1 Datainnsamling

Metode er samlebetegnelsen på de framgangsmåtene som benyttes for å samle inn og behandle data som kan gi svar på problemstillingen i en undersøkelse. Framgangsmåten i denne undersøkelsen har vært dokumentanalyse og intervju med aktuelle ansatte i Loppa kommune.

Gjennomgangen av styringssystem og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er foretatt på systemnivå. Det vil si at kommunens organisering, rutiner og systemer er vurdert i forhold til kravene som regelverket stiller til planlegging, gjennomføring, evaluering, korrigerende og koordinering ved sammensatte tjenester.

Undersøkelsen er først og fremst gjennomført ved analyse av kommunens dokumentasjon innenfor aktuelt tema. Videre har det vært gjennomført intervju med administrasjonssjef og avdelingsleder i pleie- og omsorgstjenesten. Tidligere konstituert helse- og omsorgsleder har bidratt i prosjektets innledende fase med informasjon spesielt i forbindelse med saksbehandlingen innenfor pleie- og omsorgstjenesten og brukerundersøkelsen som er gjennomført.

Fra kontrollutvalgets møte 23. mai 2017 ble revisjonen forelagt et notat der nestleder i utvalget ønsker at forvaltningsrevisjonen skal skje på «et godt og representativt grunnlag» og der også brukers perspektiv legges til grunn når kvaliteten i tjenestetilbudet undersøkes. Det er derfor gjennomført en undersøkelse blant de som mottar pleie- og omsorgstjenester i Loppa kommune, brukere og evt. pårørende. Undersøkelsen er gjennomført ved bruk av spørreskjema til et utvalg brukere fordelt på kommunens ulike typer tilbud. Den informasjonen som kommer frem gjennom dette, kan si noe om hvordan brukerne opplever kvaliteten i tilbudet som gis. Denne delen av undersøkelsen er i utgangspunktet ikke ment å gi grunnlag for generelle konklusjoner om tjenestene i Loppa kommune.

1.4.2 Revisjonsfaglig utvalg

Av både praktiske og ressursmessige grunner har det vært nødvendig å foreta et revisjonsfaglig utvalg av data for undersøkelsen. Undersøkelsen omfatter kommunens nåværende praksis, og tjenester som organisatorisk hører inn under pleie- og omsorgstjenestene. Vi har ikke undersøkt samtlige av punktene som framgår av kvalitetsforskriften § 3, men gjort et utvalg.

Problemstillingen som omhandler tildeling av pleie- og omsorgstjenester, gjelder selve saksbehandlingen. Vi har ikke tatt stilling til de vurderingene som er lagt til grunn ved tildeling eller avslag på søknad om pleie- og omsorgstjenester.

1.4.3 Dataenes gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at det skal være samsvar mellom formålet for undersøkelsen og de data som er samlet inn. Gyldigheten av data sikres ved at data samles inn med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette gjelder både den dokumentasjonen som innhentes, hvem som intervjues og hvilke spørsmål vi stiller. Alle innsamlede data grupperes etter revisjonskriteriene.

Med pålitelige data menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Dataenes pålitelighet sikres gjennom intern kvalitetssikring, ved verifisering av data fra intervjuer og ved at undersøkte områder søkes belyst med data fra flere kilder. Dokumentasjonen som gjennomgås er kommunens interne dokumenter og må anses å inneholde pålitelige data. Dersom det knyttes usikkerhet til data som vurderes i denne undersøkelsen vil det redegjøres for dette i rapporten.

2 BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

2.1 Pleie- og omsorgstjenesten i Loppa kommune

Loppa kommune er organisert med tre etater: Driftsavdelingen, helse og omsorg og oppvekst og kultur.² Hver etat har sin egen leder; driftssjef, helse- og omsorgsleder samt oppvekst og kultursjef, som alle rapporterer direkte til rådmannen. Administrasjonssjefen har gjort revisjonen oppmerksom på at Barnevern ikke ligger under Helse- og omsorgstjenesten, slik det framgår av organisasjonskartet som ligger ute, men under Oppvekst og kultur.

Revisjonen har videre fått opplyst at det fra 1. januar 2021 ble foretatt endringer i organisasjonen og administrasjonssjefen har fra 1. januar 2021 også fungert som helsesjef. Avdelingsleder ved Øksfjord sykehjem ivaretar deler av helse- og omsorgsleders oppgaver fra 1. januar 2021, noe som også innebærer at avdelingsleder fra da av har hatt lederansvaret for Sykestua, Hjemmetjenesten i Øksfjord og Hjemmetjenesten Ytre Vest og Dagsenteret. Ifølge opplysninger fra administrasjonssjefen er et nytt organisasjonskart under utarbeidelse og vil bli lagt fram for kommunestyret til behandling i mai 2021.

Enhet for helse og omsorg i Loppa kommune er organisert direkte under administrasjonssjefen, og har vært ledet av helse- og omsorgsleder fram til 31.12.2020. Enheten bestod i 2019 av 54,2 årsverk.³ Helse- og omsorgstjenesten i kommunen består av ti ulike tjenesteområder med underavdelinger organisert under sitt område.

7. HELSE, SOSIAL, PLEIE OG OMSORG

Helse og omsorgstjenesten består av:

- ❖ Øksfjord sykehjem og hjemmetjeneste:
 - Sykehjem med langtidsplasser, korttidsplasser, skjermet avdeling og sykestue/Kommunal akutt døgnplass
 - Dagsenter for hjemmeboende
 - Hjemmebasert omsorg, Øksfjord og distrikt
 - Institusjonskjøkken
 - Vaskeri
- ❖ Legestasjon:
 - kommuneoverlege, fastlege, sykehjemslege og legevakt
 - Laboratoriet
 - Resepsjon
 - Utekontor
- ❖ Fysioterapitjenesten:
 - Kommunal fysioterapeut
 - Driftsavtale
- ❖ Barnevern
- ❖ Helsestasjon
- ❖ Jordmortjeneste
- ❖ Rus – og psykisk helsetjeneste
 - Dagaktivitetstilbud Nerstranda/Møteplassen
 - Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- ❖ NAV
- ❖ Introduksjonsordningen
- ❖ Tjenesten til funksjonshemmede
 - Parkveien 2 Bofellesskap
 - Stendi
 - Distrikt
- ❖ Helse- og omsorgsleder

Ansvarlig leder er helse- og omsorgsleder.

4

² Loppa kommune, årsmelding 2019.

³ Årsbudsjett 2020 – Økonomiplan 2020-2023, s. 14.

⁴ Loppa kommune, årsmelding 2019, side 29.

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. I Loppa kommune står helse- og omsorgstjenesten overfor flere utfordringer framover.

Befolkningssammensetningen endres, flere brukere vil ha behov for ivaretagelse av både fysiske, psykiske og sosiale behov og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke. Tjenestene må i større grad legge til rette for at brukere kan leve aktive liv, samtidig som de skal ha trygghet for å få god hjelp og omsorg når de har behov for det. Pårørende er en viktig ressurs, som i samarbeid med tjenestene skal få veiledning, støtte og avlastning. Gjennom bruk av velferdsteknologi og nye løsninger skal brukere få økt mestring og trygghet i hverdagen.⁵ På landsbasis er prognosen at antall personer i aldersgruppen mellom 67 og 79 år vil øke. Det har over en periode på 20 år også vært en tredobling av antall tjenestemottakere under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå under 67 år. Denne utviklingen vil være en utfordring for hjemmetjenesten på landbasis, og kan også være gjeldende for Loppa kommune.

⁵ Prop. 1 S (2018-2019), s. 10.

3 HAR LOPPA KOMMUNE ETABLERT ET FORSVARLIG SYSTEM FOR Å SIKRE AT KVALITETEN I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE ER I TRÅD MED GJELDENE LOV OG FORSKRIFT?

Under denne problemstillingen har revisjonen undersøkt hvorvidt Loppa kommune har etablert et system for å sikre at krav i lov og forskrift blir fulgt. I dette ligger det å undersøke hvorvidt kommunen har systemer for internkontroll, systemer for kartlegging av kompetanse og ferdighet blant ansatte, og systemer for å sikre forsvarlig utøvelse av pleie- og omsorgstjenestene.

3.1 Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?

3.1.1 Revisjonskriterium

- Virksomheten er pålagt å dokumentere sine rutiner. Det skal foreligge skriftlige rutiner og prosedyrer for virksomheten, samt skriftlige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver og mål. Videre skal det foreligge skriftlige beskrivelser av hvordan virksomheten er organisert, herunder skal det klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

3.1.1.1 Data

Dokumentasjon av rutiner

Revisjonen har fått opplyst at det er utarbeidet skriftlige rutinebeskrivelser av følgende områder innen pleie- og omsorgstjenestene:

- Brannvern
- Legemiddelhåndtering
- Avvik
- Andakter
- Renhold
- Skyllerom
- Ansvar og oppgaver til hver enkelt vakt, både somatisk og skjermet avd.
- Dusj/bading
- Dødsfall
- Vaksinerings
- Pynting ifbm helligdager
- Kjøkkenvakt
- Årskontroller
- Måltider
- Kartlegging
- Vold og trusler
- Sykepleierutiner
- Kontakt med uteboende (dersom man ikke finner dem på avtalt sted/tid) - hjemmesykepleie

Det er videre utarbeidet skriftlige rutinebeskrivelser for innleggelse og oppfølging av pasienter ved sykestua ved Loppa helsesenter. Rutinebeskrivelsen er datert 5. juni 2019, og inneholder blant annet beskrivelser av ansvarsfordeling, dokumentasjonskrav, medikamenthåndtering og omfang ved legetilsyn. Revisjonen er ikke forelagt noen nyere rutinebeskrivelse, og har ikke fått

opplysning om at det er endringer i disse rutinene i forbindelse med den organisatoriske endringen innenfor pleie- og omsorgstjenesten i Loppa kommune fra 1.1.2021.

Prosedyrer for virksomheten

Innenfor pleie og omsorgstjenesten er det utarbeidet en skriftlig oversikt over ulike ansvarsområder ved sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Oversikten er datert til 2020, og inneholder konkrete beskrivelser av området, oppgaven og hvem som har det enkelte ansvaret.

Det er utarbeidet skriftlige sjekklister som en del av opplæringsrutinen for nyansatte sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på sykehjemmet og i hjemmesykepleien. I tillegg til punkter som omhandler det formelle ved ansettelsen, herunder om den nyansatte har fått kommunal mail, passord til PC og Profil, arbeidsavtale og informasjon om bekledning på jobb, inneholder sjekklisten også følgende punkter:

- Brannvern
- Risiko og HMS
- Rutiner ved akutte situasjoner
- Lovverk, rettigheter – begrensninger – bruk av tvang
- Daglig struktur
- Stell av pasient
- Dusjedag
- Vaskeri
- Forflytning
- Bruk av hjelpemidler
- Rapportering
- Medisinrom/legemiddelhåndtering
- Sykehjem
- Mat
- Innkjøp
- Vefas
- Intern sone/sikker sone
- Opplæring PROFIL
- Nøkler og mobiltelefon
- Bil
- Renhold og rutiner
- Huset og lokalmiljøet
- Egen sykdom
- Hjemmesykepleie

Sjekklisten inneholder også fire punkter for utførte e-læringskurs. Punktene i sjekklisten signeres med dato og signatur. Etter at opplæringen er gjennomført skal sjekklisten registreres som en del av internkontrollen, og dokumentet skal arkiveres i den ansattes mappe. Av dokumentet framgår det at det er leder som har ansvaret for dette.

Beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver og mål

Av Loppa kommunes økonomiplan 2019-2022 og 2020-2023 framgår det at helse- og omsorgsetaten har følgende hovedmålsetning: *«Kommunens sosiale-, helse-, og omsorgstjenester skal skapes og utvikles sammen med innbyggerne generelt, politikere, brukere, pasienter og pårørende i et samspill med frivillige, ideelle og private aktører. Fundamentet skal være god kompetanse, godt lederskap og flerfaglig samarbeid. Tjenestene skal drives effektivt og*

innovativt tilpasset pasienter og brukeres behov, i kombinasjon med å være inspirerende og rekrutteringsattraktive fagmiljøer.»⁶

Av økonomiplanen⁷ framgår det at tiltakene for å nå den ovennevnte målsetningen er som følger:

- Brukermedvirkning i alle deler av tjenesteytingen
- Samarbeid med frivillige og ideelle organisasjoner
- Tilrettelegging for nødvendig kompetanseutvikling og dertil tilgang til personell med rett kompetanse ut fra oppgavene som skal løses
- Videreutvikle tverrfaglig samarbeid mellom avdelinger, over etater og andre samarbeidspartnere utenfor kommunen
- Forebygge framfor å reparere
- Velferdsteknologiske løsninger skal implementeres som en del av tjenestetilbudet
- Planverk skal til enhver tid oppdateres og tilpasses tjenestebehovet.
- Målrettet informasjon og invitasjon til aktiv deltakelse i utarbeidelse av tjenestetilbudet til politiske myndigheter
- Målene for tjenesten skal gjenspeile prioriteringer i budsjett

Av Loppa kommunes årsmelding for 2019 framgår det en oversikt over de viktigste arbeidsoppgavene⁸ innenfor rammeområdet Helse, sosial, pleie og omsorg:

7.1 DE VIKTIGSTE ARBEIDSOPPGAVENE INNENFOR RAMMEOMRÅDET

- ❖ Tilby innbyggerne forsvarlig, helhetlig og likeverdig helsetjenestetilbud, uavhengig av alder, kjønn og bosted. Dette i henhold til gjeldende lovverk og økonomiske rammer.
- ❖ Følge opp og forberede kommunens tjenestetilbud på nye krav og føringer fra nasjonalt hold, tilpasset lokale forhold.
- ❖ Rekruttere, stabilisere og videreutvikle personell.
- ❖ Resultatarbeid og fokus på kostnadseffektive løsninger innenfor gitte rammebetingelser.
- ❖ Saksbehandling i forhold til politiske beslutningsorgan.

Det kommer frem av årsmeldingen for 2019:

7.4 PLEIE OG OMSORG

Øksfjord sykehjem og hjemmebasert omsorg:

Vår målsetning for sykehjemmet: skal være et åpent hjem der alle, både pasienter, deres nærmeste og ansatte skal trives og være trygge.

- Pasientene og deres individuelle muligheter og behov skal stå i sentrum.
- Vårt samarbeid skal gjenspeile åpenhet, respekt, tillit og god kommunikasjon.
- Vårt arbeid skal være målrettet med avklarte roller og ansvarsområder.
- Ansatte tar ansvar for sitt arbeidsfelt. De har muligheter for medvirkning, vekst og faglig utvikling

9

Det er ikke utarbeidet virksomhetsplan for helse- og omsorgsetaten.

⁶ Årsbudsjett 2020 – Økonomiplan 2020-2023, s. 39.

⁷ Årsbudsjett 2020 – Økonomiplan 2020-2023, s. 39.

⁸ Loppa kommune, årsmelding 2019, s. 29.

⁹ Loppa kommune, årsmelding 2019, s. 31.

Beskrivelse av hvordan virksomheten er organisert, herunder fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

Revisjonen har i intervju med administrasjonssjefen fått opplyst at det har vært mangel på styringsdokumenter innenfor deler av helse- og omsorgstjenesten. De siste årene har det vært manglende kontinuitet blant ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten, og det har de siste 7-8 årene vært skiftet ut 8-9 ledere. Administrasjonssjefen fungerer i dag som helsesjef. Kommunens oversikt over dagens organisering er ikke oppdatert på kommunens hjemmeside, og revisjonen har fått opplyst at barnevernet ikke ligger under helse, men under oppvekst og kultur. Revisjonen har også fått opplyst at et nytt organisasjonskart er under utarbeidelse og vil bli lagt fram for kommunestyret i løpet av mai måned. Videre opplyses det at avdelingsleder er opptatt av å få ting på plass og det er gjennomført et stort oppryddingsarbeid innenfor tjenesten. Det er utarbeidet et delegeringsreglement som er tilgjengelig på kommunens hjemmeside.

På spørsmål har revisjonen fått opplyst at det er utarbeidet skriftlige stillingsbeskrivelser for alle ansatte innen helse- og omsorgssektoren. I intervju med avdelingsleder framkom det at de tilleggsoppgaver som ble tillagt stillingen som avdelingsleder da det ble endringen i helse- og omsorgstjenesten pr 1.1.2021 ikke klart framgår av hennes stillingsbeskrivelse. Dette er noe hun har etterspurt, og hun har fortsatt ikke mottatt en funksjonsbeskrivelse som beskriver ansvarsområdet pr i dag. Avdelingsleder er kjent med at det legges planer for hvordan helse- og omsorgsavdelingen framover skal organiseres, men disse er ikke gjennomført ennå.

På kommunens hjemmeside ligger det en link til et digitalt delegeringsreglement.¹⁰ Delegeringsreglementet regulerer avgjørelsesmyndigheten til kommunens folkevalgte organer, andre kollegiale organer og rådmannen i kommunen. Reglementet inneholder også en oversikt over rådmannens videredelegering til henholdsvis etats- og avdelingsledere.

3.1.1.2 Vurderinger

Pleie- og omsorgstjenesten har dokumenterte rutiner og revisjonen vurderer denne delen av revisjonskriteriet til å være oppfylt, under forutsetning av at det ikke er endringer i rutinene fra 2020. Gjennom økonomiplanen foreligger det skriftlige beskrivelser av Helse- og omsorgstjenestens hovedoppgaver og mål, slik at denne delen av revisjonskriteriet også anses oppfylt. Men det foreligger ikke noen dokumentasjon på hvordan virksomheten følger opp målsetningene gjennom rutiner og internkontroll. Mangel på styringsdokumenter medfører at prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring innenfor tjenesten er mangelfull. Revisjonen vil allikevel understreke at pleie- og omsorgstjenesten gjennom beskrivelse av sin praksis følger opp flere av målsetningene, men at dette i liten grad er dokumentert vurdert opp mot de målsetninger som foreligger og dermed heller ikke evalueres. Vi vurderer det derfor dithen at virksomheten ikke har skriftlige rutiner og internkontroll for å følge opp disse målsetningene.

På kommunens hjemmeside er det oversikt over hvordan Helse- og omsorgstjenesten er organisert, men denne er ikke oppdatert. Det foreligger ikke en oppdatert oversikt over hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt når det gjelder stillingen som avdelingsleder innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Videre har revisjonen i intervju fått bekreftet at administrasjonssjefen pr i dag også fungerer som helsesjef¹¹, men ut fra det revisjonen kjenner til foreligger det ikke noen oppdatert oversikt over hvordan ansvar, oppgaver og myndighet knyttet

¹⁰ KF Delegeringsreglement er en digital løsning for å delegerer myndighet. KF Delegeringsreglement blir levert med alle lovparagrafer som gir kommunen myndighet eller plikter.

¹¹ Intervju, 25. mars 2021.

til denne funksjonen er fordelt, utenom opplysningen om at administrasjonssjefen innehar funksjonen som helsesjef.

Revisjonen vurderer det derfor slik at Loppa kommune kun delvis oppfyller revisjonskriteriet med hensyn til å ha en oppdatert oversikt over hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innenfor Helse- og omsorgstjenesten. Det er ikke utarbeidet en virksomhetsplan for Helse- og omsorgstjenesten. Dette er ikke et krav, men ut fra revisjonens vurdering kan en virksomhetsplan være et viktig styringsdokument. Dette gjennom å tydeliggjøre virksomhetens formål internt så vel som eksternt. En virksomhetsplan definerer formål, hovedmål og tiltak i virksomheten, og vil derfor kunne være et viktig verktøy både for organisering og aktiviteter.

3.1.2 Revisjonskriterium

- Det skal foreligge en oversikt over områder i virksomheten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, samt en plan med tiltak for å redusere risikoer.

3.1.2.1 Data

Det er utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse for Loppa helsesenter for perioden 2019-2023. Av dokumentet framgår det at ROS-analysen har følgende hensikt og mål:¹²

Hensikt:

- *Hensikten med utarbeidelse av ROS analyse for Loppa helsesenter er for å synliggjøre risiko og sårbarhet i forbindelse med drift av helsesenteret*
- *Videre se på ansattes sikkerhet*
- *Pasienters sikkerhet*
- *Og institusjonens tekniske utstyr*

Mål:

- *Ved å analysere potensielle uønskede hendelser kan man være i forkant av uønskede hendelser*
- *Man kan dermed redusere/avverge uønskede hendelser*
- *Ha en beredskap som har til hensikt å redusere konsekvensene dersom en uønsket hendelse skulle inntreffe*

Av dokumentet framgår det at analysen er utarbeidet «for å kartlegge potensielle uønskede hendelser og forebygge slike uønskede hendelser som vil kunne inntreffe på Loppa Helsesenter».¹³ ROS-analysen tar for seg uønskede hendelser som vil kunne inntreffe både i den daglige driften og under mer krevende forhold. I analysen foreslås frekvensreducerende tiltak, altså tiltak man kan iverksette for å forhindre at uønskede hendelser faktisk skal inntreffe. Videre foreslås det konsekvensreducerende tiltak; tiltak man kan iverksette for å minimere skade dersom en uønsket hendelse inntreffer.

Ifølge dokumentet skal ROS-analysen være et aktivt og levende dokument som også er styringsdokumentet for beredskapsplanen og beredskapsarbeidet til Loppa Helsesenter¹⁴. Videre framgår det at ROS-analysen skal ha full revisjon innen 31.12.2023. Neste ROS-analyse for Loppa Helsesenter utarbeides og får sin virkning f.o.m. 01.01.2021 t.o.m. 31.12.2026.

¹² Risiko- og sårbarhetsanalyse for Loppa helsesenter 2019-2023, s. 30.

¹³ Risiko- og sårbarhetsanalyse for Loppa helsesenter 2019-2023, s. 3.

¹⁴ ROS-analysen omhandler isolert sett Loppa helsesenter.

Revisjonen har fått opplyst at det ikke er gjennomført risikoanalyser innenfor pleie- og omsorgstjenestene i kommunen utover dette.

3.1.2.2 *Vurdering*

Revisjonskriteriet vurderes som delvis oppfylt ved at Loppa kommune har gjennomført en ROS-analyse ved Loppa Helsesenter. Utover dette foreligger det imidlertid ikke noen oversikt over områder innenfor pleie- og omsorgstjenesten der det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Revisjonens vurdering av at revisjonskriteriet kun delvis er oppfylt begrunnes også i at det ikke foreligger en plan med tiltak for å redusere risikoer innenfor pleie- og omsorgstjenesten utover den ROS-analysen som er gjennomført ved Loppa Helsesenter.

For Loppa Helsesenter foreligger det en ROS-analyse som viser områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, og også plan for tiltak for å redusere risikoer. Men revisjonen vil påpeke at det ikke foreligger en ROS-analyse, eller annen oversikt over områder innenfor den øvrige pleie- og omsorgstjenesten hvor det kan være fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Ut fra de opplysninger revisjonen har fått er det heller ikke utarbeidet noen plan for tiltak for å redusere risikoer, utenom ved Loppa Helsesenter.

3.1.3 *Revisjonskriterium*

- Virksomheten skal være gjenstand for kontinuerlig forbedringsarbeid.

3.1.3.1 *Data*

Innenfor pleie- og omsorgstjenestene i Loppa kommune benyttes fagsystemet Visma Omsorg Profil. Systemet er en komplett løsning for pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i kommuner. Funksjonaliteten dekker behov for dokumentasjon og oppfølging knyttet til de fleste faggrupper, med fokus på ledere, leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysio- og ergoterapeuter, merkantile ansatte og flere.¹⁵ Loppa kommune har ikke fastsatt lokale kvalitetskrav for pleie- og omsorgstjenesten, slik St.meld.nr.25 (2005-2006) anbefaler kommunene å gjøre.

I intervju med administrasjonssjefen har revisjonen fått informasjon om at det er gjennomført et stort oppryddingsarbeid innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Det har vært jobbet med å få ting på plass og for å få tjenesten opp å gå. Revisjonen er informert om at det er en jevnlig og behovsbasert dialog mellom leder (daværende konstituert helse- og omsorgsleder) og avdelingsleder. Etter 1.1.2021 har avdelingsleder hatt dialog og rapportert til administrasjonssjefen som p.t. er nærmeste leder. Det er etablert faste møtepunkter mellom avdelingsleder og ansatte gjennom personalmøter, nattevaktmøter og avdelingsmøter.

På spørsmål fra revisjonen om hvorvidt kommunen har skriftlige rutinebeskrivelser som omhandler registrering av avvik, har revisjonen fått opplyst at det finnes en kort beskrivelse av hvordan ansatte kan melde inn avvik. Denne beskrivelsen ligger i kommunens intranett. Videre har revisjonen fått opplyst at kommunen er i en overgangsfase der et nytt avvikssystem skal tas i bruk. Når dette systemet er tatt i bruk vil det fastsettes nye rutiner for avviksregistrering.¹⁶ Revisjonen har stilt spørsmål til personlrådgiver i kommunen omkring hvorvidt alle ansatte har tilgang til kommunens intranett og til det eksisterende avvikssystemet, men har ikke fått svar på dette. I intervju med avdelingsleder opplyses det imidlertid at ansatte har tilgang til å legge inn

¹⁵ Visma Flyt Omsorg vil på sikt erstatte løsningen som i dag heter Visma Omsorg Profil. Den nye versjonen inneholder blant annet en ny EPJ-løsning (elektronisk pasientjournal) for kommunal sektor.

¹⁶ Jf. epost fra personlrådgiver i Loppa kommune av 8. desember 2020.

avvik i systemet. IT-ansvarlig fordeler avvik som meldes i avvikssystemet, og avdelingsleder behandler avvik som legges inn av de ansatte hun har ansvaret for. Ifølge avdelingsleder følges alle avvik opp. I de fleste tilfeller skriver også avviksmelder inn hva som er forklaring og hva som kunne vært gjort for å unngå avviket. Utover dette tar også avdelingsleder opp avvik med den enkelte. Gjentakende avvik tas opp på personalmøter. Det settes alltid i gang korrigerende tiltak umiddelbart, og den som melder avvik redegjør for dette ved å forklare årsaken til avviket, og har i mange tilfeller også forslag til hva som kan hindre at dette gjentar seg.

Avvikssystemet er lagt opp slik at dersom avdelingsleder ikke følger opp avviket går det til administrasjonssjefen, om ikke han følger opp purres det via systemet. Revisjonen har videre fått opplyst at rapporter fra tilsyn brukes i forbedringsarbeidet innenfor tjenesten.

3.1.3.2 Vurdering

Revisjonen vurderer revisjonskriteriet som delvis oppfylt. Men det kontinuerlige forbedringsarbeidet er svekket ved at det har vært brukt, og fortsatt brukes ressurser på å få ting på plass og tjenesten opp å gå.

Revisjonens undersøkelse viser at pleie- og omsorgstjenesten er gjenstand for kontinuerlig forbedringsarbeid gjennom møtevirksomhet og interne rapporteringsrutiner. Oppfølging av avvik som meldes i avvikssystemet bidrar også til forbedringsarbeid. I intervjuer har det framgått at pleie- og omsorgsavdelingen har iverksatt et stort oppryddingsarbeid for å få «ting på plass». Dette, sammen med opplysninger om at tilsynsrapporter brukes i forbedringsarbeidet, er med på å underbygge revisjonens vurdering av at virksomheten nå i større grad enn tidligere er gjenstand for et kontinuerlig forbedringsarbeid. Slik revisjonen vurderer det kan en fastsetting av lokale kvalitetskrav slik kommunene gjennom stortingsmelding er anbefalt å gjøre, være et nyttig bidrag i forbedringsarbeidet innenfor pleie- og omsorgstjenesten.

Avviksbehandlingen innenfor pleie- og omsorgstjenesten synes å gi et tilfredsstillende system for å dokumentere og følge opp avvik. Kommunen har også investert i et nytt avvikssystem som bedre skal tilfredsstillende dagens behov og dette vil bli implementert i organisasjonen. Revisjonen konkluderer med at avdelingsleders umiddelbare oppfølging av avvik, er med på å synliggjøre at det det er kontinuitet i forbedringsarbeidet. Men revisjonen vil allikevel påpeke at pleie- og omsorgstjenesten ikke har hatt et kontinuerlig forbedringsarbeid all den tid de har måttet gjennomføre et stort oppryddingsarbeid innenfor tjenesten. En fastsetting av lokale kvalitetskrav i pleie- og omsorgstjenesten kan etter revisjonens vurdering være med på å sørge for kontinuitet i forbedringsarbeidet gjennom en fortløpende evaluering av kravoppløsningen.

3.1.4 Delkonklusjon

Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?

Loppa kommune har ikke i tilstrekkelig grad etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift.

3.2 Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene?

3.2.1 Revisjonskriterium

- Kommunen skal sørge for nødvendig kompetanse innenfor pleie- og omsorgstjenesten.

3.2.1.1 Data

Av kommunens budsjett 2020 og økonomiplan 2020-2023¹⁷ framgår følgende:

Rekruttering av arbeidstakere med nødvendig kompetanse er utfordrende, og tilgang på ny arbeidskraft er ikke tilstrekkelig til å dekke kommunens framtidige behov. Like viktig som å rekruttere nye medarbeidere, blir det derfor å beholde og å utvikle de medarbeiderne vi har.

Loppa kommune ønsker også å være en attraktiv arbeidsplass for alle. Tilrettelegging for kompetanseutvikling for å mestre nye faglige utfordringer, samt videreføring av fokus på tverrfaglig samarbeid vurderes som vesentlige faktorer for å beholde medarbeidere. Lokal rekruttering og videre tilrettelegging for kompetanseutvikling kan gi positiv effekt på stabiliteten blant personalet. Gode rekrutteringstiltak og riktig personalpolitikk vil derfor være viktige virkemiddel i Loppa kommune for å tilføre og beholde dyktige medarbeidere så lenge som mulig.

Loppa kommune har en kompetanseplan. Denne er todelt – en generell del som oppdateres etter behov og en handlingsplan som utarbeides hvert år for hver etat parallelt med budsjettbehandlingen i kommunen.¹⁸ Ifølge kompetanseplanen strekker handlingsplanperioden seg fra 2010 til og med 2014. Tiltakene og dokumentet som sådan vil da bli gjenstand for evaluering.¹⁹ Revisjonen har i intervju med rådmann og også i intervju med avdelingsleder pleie- og omsorg fått bekreftet at kompetanseplanen ikke er evaluert, og at handlingsplanen i kompetanseplanen ikke er oppdatert for pleie og omsorg.

Avdelingsleder ser behov for at kompetanseplanen burde vært revurdert, men det har ikke vært mulig å gjennomføre dette nå på grunn av tidspress. Ifølge avdelingsleder er det behov for en plan med oversikt over hva kommunen trenger av kompetanse framover.

Når det gjelder lovpålagt kompetanse er denne ifølge opplysninger fra administrasjonssjefen innenfor lovens krav, bortsett fra det forhold at Loppa kommune ikke har fått ansatt psykolog. Dette er en kompetanse som mange kommuner sliter med å få tak i. Det har vært høy turnover i pleie- og omsorgstjenesten, og det er mangel på sykepleiere. Når det gjelder antall stillingshjemler er tjenesten ifølge avdelingsleder godt bemannet. Men vi har fått opplyst i intervju med avdelingsleder at pr i dag er kun seks av ni sykepleierstillinger besatt²⁰, de øvrige dekkes opp av vikarbyrå.

I 2021 ble det lyst ut to faste sykepleierstillinger hvor det gis 80 000 kroner i ekstra lønn, og en ekstra ferieuke for sykepleiere i turnus ved Øksfjord sykehjem²¹. Utlysningen resulterte ikke i noen nye ansettelser av sykepleiere i kommunen. I den forbindelse har revisjonen fått opplyst at selv om kommunen mottar en god del søknader ved utlysning av sykepleierstillinger, er nok en

¹⁷ Årsbudsjett 2020 - Økonomiplan 2020-2023, s. 13.

¹⁸ Kompetanseplan for Loppa kommune 2010-2014, vedtatt av Loppa kommunestyre den 24.09.2010, PS 46/10.

¹⁹ Kompetanseplan for Loppa kommune 2010-014, side 3.

²⁰ Intervju med avdelingsleder 7. april 2021.

²¹ <https://www.loppa.kommune.no/ekstern-utlysning.51727.no.html>

del av disse kun proformasøkere. Dette begrunnes av administrasjonssjefen ved at de ikke svarer på henvendelser, hverken via telefon eller epost, når kommunen skal ta kontakt i forbindelse med eventuelt intervju.

Revisjonen har fått opplyst at avdelingsleder har en jevnlig gjennomgang for å sikre at ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene har nødvendig kompetanse og ferdigheter. Blant annet må legemiddelkurs fornyes hvert år. Det er også gjennomført kurs i demensomsorg, og avdelingsleder har søkt om midler for å øke kompetanse innenfor palliativ pleie. Avdelingsleder har en oppdatert oversikt over tjenestens ansatte når det gjelder kompetanse. De ansatte tilbys kurs, og Webinarer gjør det nå enklere ved at flere kan delta. Ansatte er ifølge avdelingsleder pliktig til å holde seg oppdatert på relevant lovverket, og har mulighet for oppdatering gjennom nettilgang til lovdata.

Det er utarbeidet skriftlige sjekklister som en del av opplæringsrutinen for nyansatte sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på sykehjemmet og i hjemmesykepleien. I opplæringsrutinen er et av punktene «lovverk, rettigheter – begrensninger – bruk av tvang». Sjekklisten inneholder også fire punkter om e-læringskurs, noe som underbygger at opplæring er prioritert. Det kontrolleres at den enkelte ansatte gjennomfører nødvendig opplæring ved at sjekklisten skal dateres og signeres og oppbevares i den ansattes mappe.

Det påses også at ansatte har den nødvendige kompetanse med hensyn til medikamenthåndtering. Avdelingsleder viser til at det er pålagt med sykepleier og annet personell med helsefaglig bakgrunn på hver vakt. Videre er det opplyst at tjenesten med hensyn til stillingshjemler er godt bemannet, men det er mangel på sykepleierfaglig kompetanse. Det er alltid en sykepleier på vakt, samt personell med helsefaglig bakgrunn. Mange av de ansatte sykepleiere innenfor tjenesten har nå lang erfaring, og slik avdelingsleder ser det utfyller de hverandre kompetansemessig. Men det er behov for flere med god kompetanse innenfor samme kompetansefelt for å redusere sårbarheten. Avdelingsleder opplyser at mangelen på sykepleierkompetanse nå gjør avdelingen svært sårbar ved sykefravær. Ved økt sykefravær står kommunen i fare for å ikke klare å bemanne med en sykepleier på hver vakt, og dette vil da medføre en midlertidig stenging av sykestuen.

3.2.1.2 Vurdering

Loppa kommune sørger for at ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenesten har nødvendig kompetanse og ferdigheter. Den kompetansen som finnes i virksomheten suppleres, kompletteres og vedlikeholdes, selv om dette arbeidet dokumenteres i mindre grad. Kompetanseplanens del som omfatter handlingsplan for helse- og omsorgstjenesten, er ikke oppdatert.

Loppa kommune oppfylder i det alt vesentlige sitt ansvar i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven ved å ha tilsatt lovpålagt kompetanse, men de har ikke fått tilsatt psykolog. Revisjonen har fått opplyst at det er mange kommuner som sliter med å få tak i denne kompetansen.

Kommunen sørger for at ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenesten har nødvendig kompetanse og ferdighet, og revisjonens vurdering er at pleie- og omsorgstjenesten tilrettelegges slik at «helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» og at «tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene», jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstavene c og d. Dette begrunnes i følgende i at Loppa kommune sørger for at ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene har nødvendig kompetanse og ferdigheter gjennom kursing, Webinarer og annen oppdatering. Elektronisk tilgang til lovverket

sikrer at den enkelte ansatte til enhver tid har tilgang til oppdatert regelverk. Revisjonens undersøkelse viser at det er utarbeidet skriftlige sjekklister som en del av opplæringsrutinen for nyansatte sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Dette viser slik revisjonen ser det at kommunen søker å etterleve forskriftens krav til å levere forsvarlig tjenester.

Gjennom datering og signering sørges det for dokumentasjon av gjennomført nødvendig opplæring. Dette er med på å dokumentere at opplæringsrutinen følges, og gjør det også mulig for ledelsen og eventuelle kontrollinstanser å kontrollere at rutinen blir fulgt. Leder har oversikt over at pleie- og omsorgstjenesten har nødvendig kompetanse tilgjengelig ved alltid å ha en sykepleier på vakt i tillegg til ansatte med helsefaglig kompetanse. Revisjonen ser imidlertid en svakhet ved at den enkelte ansatte selv er pliktig til å holde seg oppdatert i forhold til lov- og regelverk, uten at det er noen form for kvalitetssikring av at dette blir gjort. Ut fra den informasjon revisjonen har mottatt synes det allikevel som om virksomheten har søkelys på hva som er nødvendig kompetanse og ferdigheter og også hvordan de skal tiltrekke seg og beholde kompetanse. Men arbeidet med rekruttering og mobilisering av kompetansen dokumenteres i mindre grad, og revisjonens vurdering av manglende skriftliggjøring underbygges også ved at kompetanseplanens del som omfatter handlingsplan for helse- og omsorgstjenesten ikke er oppdatert.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til at kommunen skal knytte til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog. Loppa kommune tilfredsstiller lovens krav til å knytte til seg denne type kompetanse bortsett fra at de ikke har psykolog.

Revisjonen har ikke fått noen opplysninger om at grunnbemanningen i tjenesten ikke er forsvarlig. Men både administrasjonssjefen og avdelingsleder har uttrykt at det er mangel på sykepleierfaglig kompetanse. Avdelingsleders informasjon om at sykepleiermangelen på nåværende tidspunktet er såpass prekær at økt sykefravær kan føre til at sykehjemmet må stenges for en periode, synliggjør at Loppa kommune har utfordringer når det gjelder å bemanne sykepleierstillinger. Vi ser derfor en risiko for at kommunen kan komme i en sårbar situasjon som følge av mangel på sykepleierfaglig kompetanse.

3.2.2 Revisjonskriterium

- Kommunen skal sørge for at helsepersonell får påkrevd videre- og etterutdanning.

3.2.2.1 Data

Av kommunens årsmelding for 2019 framgår det at Loppa kommune legger til rette for at egne ansatte skal kunne gjennomføre kompetansetiltak rettet mot kommunens behov.²² Ifølge årsmeldingen har kommunen i siste halvdel av 2019 rekruttert sykepleiere og helsefagarbeidere. Av økonomiplanen for 2019 framgår det at Loppa kommune bevilger midler til kompetanseheving i kommunen. I stillingsutlysning etter sykepleiere opplyses det at Loppa kommune legger til rette for videreutdanning mot bindingstid. Revisjonen har også fått opplysninger om at Helse- og omsorgstjenesten har fått årlige bevilgninger til etter- og videreutdanning og i dag har ansatte innenfor helsesektoren som gjennomfører utdanning som følge av kommunens tilrettelegging.

²² Årsmelding 2019, side 32.

3.2.2.2 *Vurdering*

Revisjonens vurdering er at Loppa kommune tilrettelegger for at ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene får påkrevet videre- og etterutdanning. Kommunestyret bevilger midler til etter- og videreutdanning innenfor sektoren og revisjonen vurderer det derfor slik at Loppa kommune legger til rette for og sørger for at helsepersonell får påkrevet etter- og videreutdanning.

3.2.3 **Revisjonskriterium**

- Kommunen skal sørge for at tjenestemottaker, pårørende og arbeidstakere medvirker slik at erfaringer og kunnskap deles.

3.2.3.1 *Data*

Det gjennomføres nattevaktmøter, sykepleiermøter og personalmøter innenfor tjenesten. Avdelingsleder opplyser at gjennom daglig rapportering og tett samarbeid med pårørende sikres det at tjenestemottaker, pårørende og arbeidstakere gis mulighet til å medvirke slik at erfaring og kunnskap deles. Loppa kommune er en liten kommune og avdelingsleder oppfatter at terskelen er lav for å ta kontakt, eller om noen har bekymring i forhold til pårørende.

3.2.3.2 *Vurdering*

Revisjonen har ikke merknader til kommunens praksis med hensyn til hvordan det legges til rette for at tjenestemottaker, pårørende og arbeidstakere medvirker og deler erfaringer og kunnskap gjennom daglig rapportering og tett samarbeid.

3.2.4 **Delkonklusjon**

Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten?

Loppa kommune har etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten.

3.3 Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?

3.3.1 Revisjonskriterier

- Virksomheten skal ha skriftlig nedfelte prosedyrer som beskriver hvordan brukere av pleie- og omsorgstjenestene sikres hjelp til rett tid, helhetlige tjenester og brukervedvirkning.
- Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstilt grunnleggende behov.

3.3.1.1 Data

Revisjonen har fått opplyst at det ikke er skriftlige prosedyrer på alle områder. Det er imidlertid prosedyrer for hvordan tildeling av plass og hjemmetjeneste skal skje. Videre er det prosedyrer for hvilken tjeneste som skal gis, og det gjennomføres kartlegging med IPLOS og intervju av pårørende og tjenestemottaker. Det finnes videre skriftlige rutinebeskrivelse på en rekke av områdene innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Blant annet er det utarbeidet skriftlige rutinebeskrivelser for innleggelse og oppfølging av pasienter ved sykestua. Det er også utarbeidet en skriftlig oversikt over ulike ansvarsområder ved sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Oversikten inneholder konkrete beskrivelser av området, oppgaven og hvem som har det enkelte ansvaret.

All hjelp skjer ifølge avdelingsleder fortløpende, og det er god kontakt med pårørende. Det gjennomføres vurderinger med tanke på behov for individuell plan. Dette blir gjort i egne møter og dokumentert i den enkelte sak. De tjenestene som den enkelte får tilpasses i forhold til hjelpebehov. Dette skjer kontinuerlig og tilpasses etter dagsform, funksjonsnivå og hjelpebehovet hos den enkelte. Det rapporteres i møter tre ganger pr dag, gjennom daglig felles rapportering for sykehjem og hjemmesykepleien. Det som er av endringer og viktige opplysninger dokumenteres i den enkeltes journal.

3.3.1.2 Vurdering

Loppa kommune har ikke skriftlige prosedyrer på alle områder innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Revisjonen vurderer likevel at pleie- og omsorgstjenesten gjennom sin opplyste praksis, mange rutiner og prosedyrer sørger for at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Brukerne får kontinuerlig hjelp, det finnes rutinebeskrivelse og prosedyrer for hvilken hjelp som skal gis, og når denne skal gis. Revisjonen vurderer det derfor dithen at brukerne sikres hjelp til rett tid, helhetlige tjenester og at det gis mulighet for brukervedvirkning.

Kommunens plikt til på eget initiativ å vurdere om en person bør få tilbud om individuell plan er også ivaretatt, og vi har ingen kommentarer til dette. Revisjonen har fått bekreftet at det er manglende skriftlighet i noen prosedyrer. Dette gjør ikke bare en kontroll og ettergåelse vanskelig, men det kan også medføre at prosedyrer går tapt som følge av turnover. Manglende skriftlighet kan etter vår vurdering kunne medføre en risiko da det kan være personavhengig hvilke prosedyrer som kommuniseres i forbindelse med vikarbruk og nyansettelser.

3.3.2 Revisjonskriterium

- Kommunen skal sørge for at brukere av pleie- og omsorgstjenestene blir gitt medbestemmelse og valgfrihet.

3.3.2.1 Data

Revisjonen har fått fortalt at brukerne av pleie- og omsorgstjenester blir gitt medbestemmelse og valgfrihet gjennom å «bli aktivt spurt» og at autonomien til brukerne er på dagsorden. Dette dokumenteres i brukerens journal. Ved gjennomgangen av brukermapper (se rapportens kap. 4) fant revisjonen dokumentasjon på at bruker og/eller pårørende hadde deltatt i prosessen med utformingen av tjenestetilbudet ved søknad om pleie- og omsorgstjenester. I forbindelse med flere av søknadene var det gjennomført hjemmebesøk for å kartlegge hjelpebehov der brukeren selv og eventuelt pårørende var til stede. I forbindelse med flere av hjemmebesøkene er det også gjennomført IPLOS-kartlegging²³. Avdelingsleder opplyste i intervju at brukerne får valgfrihet i den grad de er kognitivt evnet til å delta selv. Dette ble begrunnet i at noen ikke kan ta gode valg på egne vegne og at det i disse tilfellene må gis råd og veiledning fra pleie- og omsorgstjenesten for å tilrettelegge for at det tas gode valg på vegne av bruker.

3.3.2.2 Vurdering

Innsamlet data viser at brukere av pleie- og omsorgstjenestene blir gitt medbestemmelse og valgfrihet gjennom aktivt å bli spurt. Gjennom praksis i forbindelse med vurderingen av hvilke tjenester som skal tildeles ivaretas også brukeren i den utstrekning dette vurderes som faglig forsvarlig. Ved at pårørende også kan være med i denne vurderingen er etter revisjonens vurdering en trygghet for at en som kjenner brukerens ønsker kan bidra med å fremlegge dette i den grad brukeren ikke selv kan gjøre dette. At brukeren gis anledning til medbestemmelse og valgfrihet underbygges også av vår gjennomgang av saksmapper i forhold til tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Revisjonen har ikke bemerkninger til kommunens praksis.

3.3.3 Revisjonskriterium

- Kommunen skal sørge for tilbud om og tilgang til aktivitet og stimulering for brukere av pleie- og omsorgstjenestene.

3.3.3.1 Data

Avdelingsleder har opplyst revisjonen om at brukere i Loppa kommune har god tilgang på et bredt spekter av aktiviteter og stimulering. Dette begrunnes også ved at det settes av tid til andre aktiviteter enn ren pleie. En ansatt har ansvar for å legge inn aktiviteter på dagsplanen og det tilbys aktiviteter også for dagsenteret og hjemmeboende. Pleie- og omsorgsavdelingen er i gang med en plan for å implementere «Leve hele livet», og avdelingsleder har søkt om økonomisk støtte til dette arbeidet.

3.3.3.2 Vurdering

Pleie- og omsorgsavdelingen sørger for tilbud om aktiviteter og stimulering for brukerne. Dette synliggjøres gjennom egne planer for hvilke aktiviteter som skal gjennomføres.

²³ Lovpålagt helseregister med data som beskriver bistandsbehov og ressurser hos dem som søker eller mottar helse- og omsorgstjenester.

3.3.4 Delkonklusjon

Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?

Loppa kommune har etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud.

3.4 Konklusjon

Revisjonens konklusjon er at Loppa kommune ikke har etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten er i tråd med gjeldende lov og forskrift. Dette begrunnes i at det ikke er etablert og gjennomført systematisk styring av virksomheten slik forskriften krever. Mangel på styringsdokumenter medfører svakheter ved kommunens internkontroll og kvalitetssikring.

Vi vil allikevel bemerke at kommunen har etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten. Det er også etablert rutiner og prosedyrer som bidrar til å sikre brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud.

4 ER LOPPA KOMMUNES TILDELING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER I TRÅD MED REGELVERKET?

I dette kapittelet har vi tatt for oss saksgangen ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester og undersøkt hvorvidt Loppa kommune overholder grunnleggende lovkrav i saksbehandlingen ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester.

4.1 Revisjonskriterier

- Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Det skal gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares innen én måned etter at den er mottatt.
- Vedtaket skal være skriftlig. Vedtaket bør være klart og tydelig, og det bør inneholde opplysninger om hvem som har fattet vedtaket, hvem det gjelder, når vedtaket er fattet og hva det går ut på.
- Vedtaket skal begrunnes. I begrunnelsen skal det vises til de faktiske forhold og de regler som vedtaket bygger på. I den utstrekning det er nødvendig for å sette parten i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen også gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på.
- Partene skal underrettes om vedtaket. I underretningen skal det gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og framgangsmåte ved klage, samt om retten til å se sakens dokumenter.

4.2 Data

Søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i et omsorgsmøte. Revisjonen har fått opplyst at omsorgsmøtet består av helse- og omsorgsleder, lege, avdelingsleder ved sykehjemmet og avdelingsleder ved hjemmebasert omsorg. Videre har revisjonen fått opplyst at representanter fra andre tjenester innkalles ved behov, eksempelvis fra psykiatritjenesten. Omsorgsmøtet finner sted hver 14. dag, men også hyppigere ved behov. På spørsmål fra revisjonen har tidligere helse- og omsorgsleder forklart at det er hun som innkaller til omsorgsmøtene. I forkant av møtene kontakter hun avdelingslederne samt sekretær ved legestasjonen per telefon for å undersøke om de har søknader som skal behandles. Helse- og omsorgsleder har videre opplyst at hun fører referat fra omsorgsmøtene. Referatene sendes ut til de som har deltatt i etterkant, og blir også referert på neste møte. I følge tidligere helse- og omsorgsleder inneholder ikke referatene opplysninger om hvem som er tildelt tjenester, kun en oversikt over antall som har blitt tildelt de aktuelle tjenestene. I tillegg til å behandle søknader om helse- og omsorgstjenester er omsorgsmøtet også en arena der deltakerne kan drøfte aktuelle problemstillinger.

Etter at søknad er behandlet i omsorgsmøtet er det den enkelte avdelingsleder ved den aktuelle tjenesten som utformer underretningsbrev der søker (eventuelt søker ved verge) underrettes om vedtak i saken.

På spørsmål fra revisjonen om hvorvidt det er utarbeidet skriftlige rutinebeskrivelser som tar for seg saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester, har helse- og omsorgsleder opplyst at disse er under utarbeidelse.²⁴

²⁴ Per desember 2020.

For å kartlegge Loppa kommunes praksis ved saksbehandling av søknader om helse- og omsorgstjenester har revisjonen gått gjennom 34 søknader om helse- og omsorgstjenester og vedtak som er fattet på bakgrunn av disse. Sakene er tilfeldig plukket ut blant innkomne søknader i perioden 1. januar 2019 – 20. november 2020.²⁵ Revisjonen vil i det følgende redegjøre for funnene i gjennomgangen.

4.2.1 Saksbehandlingstid

Revisjonens gjennomgang av 34 søknader og vedtak fra perioden 1. januar 2019 – 20. november 2020 viste at samtlige søknader var avgjort i løpet av få dager.

I 11 av de undersøkte sakene forelå det ikke søknad, kun vedtak. I disse sakene var det derfor ikke mulig å fastslå saksbehandlingstid. Fem av disse sakene omhandlet vedtak om egenbetaling eller etteroppgjør for egenbetalingstrekk ved langtidsopphold på sykehjem. I disse sakene ligger det ikke en søknad til grunn for vedtaket.

I to av vedtakene vises det til søknad, men disse er ikke vedlagt i gjennomgangen. På spørsmål fra revisjonen har helse- og omsorgsleder forklart at det i enkelttilfeller kan fattes vedtak på bakgrunn av telefonhenvendelser. Det ble videre forklart at dette særlig gjelder brukere som allerede mottar flere helse- og omsorgstjenester og der kommunen er kjent med brukerens behov.

4.2.2 Vedtakets form og innhold

Tabell 1: Vedtakenes innhold i de undersøkte sakene

Innhold	Ja	Nei	Totalt
Når vedtak er fattet	6	28	34
Hvem som har fattet vedtaket	7	27	34
Hvem som er søkeren	34	0	34
Hva vedtaket gjelder	34	0	34

Som det framgår av tabellen inneholdt kun seks av 34 vedtak informasjon om når vedtaket var fattet. Samtlige av underretningene var signert av en saksbehandler, men kun syv av de 34 vedtakene inneholdt informasjon om *hvem* som hadde fattet vedtaket. I disse var det konkret vist til at vedtaket var fattet i og av omsorgsmøtet. Det framgikk av alle underretningene hvem vedtaket gjald for og hva vedtaket omhandlet. I enkelte tilfeller var ektefelle, barn eller andre pårørende med søkeren sammen med søkeren, og var i flere av tilfellene også oppgitt som kopimottaker av underretningen.

4.2.3 Begrunnelse for vedtak

Det var oppgitt begrunnelse for vedtakene i alle de undersøkte sakene. Alle inneholdt opplysninger om faktiske forhold, henvisning til regelverket og gjengivelse av regelverket.

4.2.4 Underretning

Samtlige gjennomgåtte underretninger inneholdt opplysninger om vedtak, begrunnelse, opplysninger om klageadgang, klagefrist, framgangsmåte ved klage og opplysninger om retten til å se sakens dokumenter.

²⁵ Se rapportens vedlegg 2 for en nærmere beskrivelse av hvordan utplukket er foretatt.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Saksbehandlingstid

Vår gjennomgang av saksmappene viser at samtlige søknader var avgjort i løpet av få dager. Dette begrunnes i at 23 av søknadene var behandlet godt innenfor frist til å sende foreløpig svar, og revisjonen har ingen bemerkninger til saksbehandlingstid i disse tilfellene. I de øvrige 11 sakene har ikke revisjonen hatt grunnlag for å vurdere saksbehandlingstid da det ikke foreligger søknad, kun vedtak. I noen tilfeller fattes det vedtak på bakgrunn av telefonhenvendelse. I disse tilfellene er kommunen kjent med brukerens behov, ved at de allerede mottar helse- og omsorgstjenester. Slik revisjonen vurderer dette bør det allikevel utarbeides et notat, eller eventuelt et referat fra telefonsamtalen. På denne måten unngår en at det utføres muntlig saksbehandling, da denne praksisen er vanskelig å etterprøve.

4.3.2 Vedtakets form og innhold

Revisjonens gjennomgang viste mangler i forhold til informasjon om når vedtaket var fattet. Videre var det i mange tilfeller manglende opplysninger om hvem som hadde fattet vedtaket. Det var oppgitt opplysninger om hvem vedtaket gjaldt og hva det omfattet, og revisjonen har ingen bemerkninger til dette.

Det er gitt skriftlig underretning om vedtakene i alle undersøkte saker. Disse er begrunnet ut fra faktiske forhold, og det henvises til regelverket som også er gjengitt. Revisjonens vurdering er derfor at det i underretningene klart og tydelig framgår hvem det gjelder og hva vedtaket går ut på. Videre vil revisjonen gjøre oppmerksom på at det i kun syv av de kontrollerte sakene framkom hvem som hadde fattet vedtaket og bare seks vedtak inneholdt opplysninger om når vedtaket var fattet.

4.3.3 Begrunnelse for vedtaket

Det var oppgitt begrunnelse for vedtakene i alle de undersøkte sakene. Alle inneholdt opplysninger om faktiske forhold, henvisning til regelverket og gjengivelse av regelverket. Vi har ingen bemerkninger til dette.

4.3.4 Underretning

Alle gjennomgåtte vedtak inneholdt opplysninger om klagefrist, klageinstans, framgangsmåte ved klage og opplysninger om retten til å se sakens dokumenter.

Revisjonens inntrykk er at det er variasjoner i forhold til utformingen av underretninger og utformingen av vedtak. I den forbindelse er revisjonens oppfatning at dette kan ha sammenheng med at det ikke har vært utarbeidet skriftlig nedtegnede rutiner for saksbehandling ved søknader om helse- og omsorgstjenester. Revisjonen vil videre bemerke at når rutiner og prosedyrer innenfor et område er utviklet gjennom etablert praksis, vil ofte kjennskap til og kunnskap om disse rutinene og prosedyrene avhenge av nøkkelpersoner i virksomheten. Dersom kommunen eksempelvis opplever høy turnover, nyansettelser eller høyt sykefravær og bruk av vikarer, vil risikoen for svikt i tjenesten være større dersom man ikke har skriftliggjorte rutiner og prosedyrer for arbeidet som skal utføres. I tillegg risikerer kommunen å måtte bruke mye tid og ressurser på å få på plass «nye» rutiner og prosedyrer som skal sikre at arbeidet utføres i tråd med gjeldende regelverk på området.

4.4 Konklusjon

Revisjonens konklusjon er at saksbehandlingen i forbindelse med tildeling av pleie- og omsorgstjenester i all hovedsak er i tråd med grunnleggende krav i forvaltningsloven og god forvaltningsskikk i de gjennomgåtte sakene. Det er manglende rutiner for saksbehandling, og revisjonen har merket seg at disse er under utarbeidelse.

5 OPPLEVD KVALITET BLANT MOTTAKERE AV HJEMMEBASERTE TJENESTER I LOPPA KOMMUNE

5.1 Om brukerundersøkelsen

Under kontrollutvalgets behandling av sak 03/17 vedrørende oppstart av forvaltningsrevisjonsprosjektet kom det innspill om at det var ønskelig at undersøkelsen også inkluderte et brukerperspektiv når det kom til kvaliteten på tjenestene.

Med bakgrunn i kontrollutvalgets innspill har revisjonen gjennomført en brukerundersøkelse blant mottakere av hjemmebaserte tjenester i Loppa kommune. Formålet med brukerundersøkelsen har vært å innhente informasjon om *opplevd kvalitet* blant mottakere av hjemmebaserte tjenester.

Deltakelsen i undersøkelsen har vært frivillig og anonym, og svarene kan ikke knyttes til person. Se for øvrig rapportens vedlegg 3 for en nærmere redegjørelse for gjennomføringen av brukerundersøkelsen.

I skjemaet som ble utdelt var det satt opp totalt åtte påstander som omhandlet tjenesten som respondenten mottar fra Loppa kommune. Respondenten ble bedt om å gjøre en vurdering av tjenesten ved å si om man er fornøyd eller ikke fornøyd. Dette skulle respondenten gjøre ved å krysse av for **Ja** eller **Nei** bak hver av påstandene. Det var også mulig å krysse av for **Vet ikke** dersom man var usikker på hva man skulle svare eller dersom noen av påstandene ikke passet for respondenten. I tillegg til påstandene var det mulig for respondenten å komme med eventuelle egne kommentarer til kvaliteten i tjenesten som man mottar fra Loppa kommune i et eget felt.

5.2 Resultat av brukerundersøkelsen

Per desember 2020 var det totalt 25 brukere som mottok hjemmehjelp eller hjemmesykepleie i Loppa kommune. Brukerundersøkelsen ble delt ut til samtlige av de 25 brukerne. 20 av disse har svart på undersøkelsen.

Nedenfor framgår påstandene som respondenten ble bedt om å gjøre en vurdering av, samt en oversikt over hvordan svarene har fordelt seg.

Resultat for brukeren

Påstand:	Ja	Nei	Vet ikke
1. De ansatte utfører arbeidsoppgavene på en god måte.	20	0	0
2. Jeg får den hjelpen jeg trenger slik at jeg kan bo hjemme.*	17	0	1

*To av respondentene hadde ikke gjort vurdering av/besvart denne påstanden.

Brukermedvirkning

Påstand:	Ja	Nei	Vet ikke
3. Jeg får være med og bestemme hvilken hjelp jeg skal motta.	19	0	1

Respektfull behandling

Påstand:	Ja	Nei	Vet ikke
4. De ansatte behandler meg med respekt.	20	0	0

Tilgjengelighet

Påstand:	Ja	Nei	Vet ikke
5. Tjenesten jeg får hjemme gjør at jeg føler meg trygg.	20	0	0

Informasjon

Påstand:	Ja	Nei	Vet ikke
6. De ansatte snakker klart og tydelig slik at jeg forstår dem.	20	0	0

Generelt

Påstand:	Ja	Nei	Vet ikke
7. Alt i alt, jeg er fornøyd med den hjemmesykepleien jeg får.	19	0	1
8. Alt i alt, jeg er fornøyd med den praktiske bistanden (hjemmehjelpen) jeg får.	19	0	1

Fire av respondentene hadde benyttet seg av kommentarfeltet i svarskjemaet. Følgende kommentarer framgikk:

1. «Fint om hun kan få omtrent lik tid for medisiner.»
2. «Jeg får den hjelp jeg kan få.»
3. «Veldig gode tjenester fra Loppa kommun. Veldig godt å bli gammel i Loppa kommune.»
4. «Takk. Vi får den hjemmetjenesten vi vil ha! Takk for den gode helsetjenesten vi får i vår kommune. Topp på landsbasis!!!»

6 KONKLUSJONER

Har Loppa etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd med gjeldende lov og forskrift?

Revisjonens konklusjon er at Loppa kommune ikke har etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten er i tråd med gjeldende lov og forskrift. Dette begrunnes i at det ikke er etablert og gjennomført systematisk styring av virksomheten slik forskriften krever. Mangel på styringsdokumenter medfører svakheter ved kommunens internkontroll og kvalitetssikring.

Vi vil bemerke at kommunen har etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten. Videre er det etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud.

Revisjonen vil påpeke at det ikke har framkommet opplysninger i denne undersøkelse som trekker i retning av at de pleie- og omsorgstjenester som kommunen yter og brukerne mottar ikke er innenfor forsvarlighetskravet i forskriften. Det gis også mulighet for brukervedvirkning, noe som framgår av dokumentasjonen vi har innhentet. Vi vil derfor presisere at vi ikke har bemerkninger i forhold til de tjenestene som tilbys og den praksis som utøves i forbindelse med tjenesteytingen.

Vår konklusjon bygger på at det i liten grad finnes dokumentasjon i form av skriftlige etablerte rutiner og prosedyrer innenfor pleie- og omsorgstjenesten som viser sammenhengen med gjeldende lov og forskrift. En tydeliggjøring av denne sammenhengen vil etter revisjonens oppfatning kunne bidra til styrking av internkontrollen innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Revisjonens intervju med administrasjonssjefen bekrefter også mangel på styringsdokumenter innenfor Helse- og omsorgstjenesten. Vår undersøkelse viser at det er svikt i kommunens internkontroll og kommunens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Det er også mangler i forhold til oppdaterte oversikter over hvordan ledelsens ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innenfor helse- og omsorgstjenestene i Loppa kommune. Revisjonen er orientert om at det pågår arbeid med utarbeidelse av et nytt organisasjonskart som skal legges fram for politisk behandling i løpet av mai 2021.

Loppa kommunes bemanning innenfor Helse- og omsorgstjenesten er i tråd med lovkravet, bortsett fra at kommunen ikke har psykolog. Revisjonen finner allikevel grunn til å bemerke at opplysninger om nåværende mangel på sykepleierkompetanse innenfor helse- og omsorgstjenesten kan innebære en risiko i forhold til kommunens plikt til å levere lovpålagte tjenester til kommunens innbyggere.

Er Loppa kommunes tildeling av pleie- og omsorgstjenester i tråd med regelverket?

Loppa kommunes tildeling av pleie- og omsorgstjenester skjer i all hovedsak i tråd med regelverket.

7 ANBEFALINGER

Med bakgrunn i hovedfunnene i denne undersøkelsen vil revisjonen anbefale at Loppa kommune gjør følgende:

- Sørger for å etablere et styringssystem som ivaretar forskriftens krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende tiltak i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Utarbeider en oppdatert oversikt over hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innenfor Helse- og omsorgstjenesten når nytt organisasjonskart er vedtatt av kommunestyret.
- Utarbeide prosedyrer på de behovsområdene innenfor pleie- og omsorgstjenesten som mangler prosedyrer.
- Ferdigstiller arbeidet med utarbeidelse av skriftlige rutinebeskrivelser som omfatter saksbehandlingen av søknader om helse- og omsorgstjenester.
- Vurderer å utarbeide en virksomhetsplan for helse- og omsorgsetaten i kommunen.
- Reviderer Loppa kommunes kompetanseplan.

8 KILDER OG LITTERATUR

Lovverk

- *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*
- *Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*

Forskrifter

- *Forskrift 12. november 2011 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*
- *Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)*
- *Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Lovforarbeider

- *Prop.91 L (2010-2011) til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *St. meld. nr. 25 (2005-2006) om mestring, muligheter og mening*
- *St. meld. nr. 45 (2002-2003) om bedre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*
- *St. meld. nr. 28 (1999-2000) om innhald og kvalitet i omsorgstjenestene*

Kommunale dokumenter

Loppa kommune, Årsbudsjett 2020, økonomiplan 2020-2023

Loppa kommune, Årsbudsjett 2019, økonomiplan 2019-2022

Loppa kommune, årsmelding 2019

Risiko- og sårbarhetsanalyse for Loppa helsesenter 2019-2023

Internettkilder

www.loppa.kommune.no

VEDLEGG 1: ADMINISTRASJONSSJEFENS KOMMENTARER



LOPPA KOMMUNE
Sentraladministrasjonen

Forvaltningsrevisjon, kvalitet i pleie- og omsorgtjenesten

Administrasjonssjefen har ingen kommentarer til rapporten.
Vil også benytte meg av anledningen til og takke revisjonen på tålmodigheten og samarbeidet i dette prosjektet.

Øksfjord, 31/05/2021

Loppa kommune
Frank Bækken
Administrasjonssjef

VEDLEGG 2: UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Pleie- og omsorgssektoren kjennetegnes av et omfattende regelverk knyttet til hvilke tjenester kommunen skal sørge for, og hvilke rettigheter tjenestene etablerer for den enkelte tjenestemottaker. Helse- og omsorgstjenesteloven skisserer en rekke spesifiserte tjenester som utgjør en minstestandard for det tilbudet den enkelte kommune har plikt til å etablere.²⁶ Eksempler på slike tjenester er medisinsk behandling, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og pleie- og omsorgstjenester.

Videre stiller helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, krav til at de helse- og omsorgstjenester som «tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige». Dette innebærer at «kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene».

Ifølge forarbeidene er kravet om forsvarlighet en rettslig standard. Dette innebærer at det nærmere innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Det følger av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.²⁷

For de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er de overordnede mål å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud som ivaretar hensynet til endringer i befolkningens behov, og som også sikrer kvalitet i tjenestene for alle brukergrupper.

Kvalitet i pleie og omsorg

Kvalitet blir definert som helheten av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dens evne til å tilfredsstille krav eller behov.²⁸

Av kvalitetsforskriften § 3 framgår det at kommunen skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivare tatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)

²⁶ Se helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2.

²⁷ Prop.91 L (2010-2011) s. 494, fjerde avsnitt.

²⁸ IS-1201. Definisjonen ble introdusert i Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren – Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi (1994) Norsk standard.

- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Internkontroll og kvalitetssystem

Det kontinuerlige arbeidet med å bedre kvaliteten på tjenestene som ytes, går primært ut på både å etablere, men også å videreføre, en organisasjonskultur og et system som legger til rette for stadig forbedring av kommuneorganisasjonen.

Formålet med forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) er å bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.²⁹ I henhold til kvalitetsforskriften § 3 foreligger det krav om å utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som beskriver hvordan tjenesteyter tilstreber at den enkelte bruker får dekt sine grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte. Likeså plikter kommunen å skriftliggjøre hvordan den sikrer brukere av pleie- og omsorgstjenestene hjelp til rett tid, helhetlige tjenester, samt medbestemmelse.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd, inneholder en plikt for enhver som yter helse- og omsorgstjenester til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Pliktsubjektet «*enhver*» tilsvarende pliktsubjektet i tilsynsloven § 3. Den som har ansvar for en virksomhet, har også ansvar for internkontroll. Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten følger det at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomheten. Videre følger plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten av samme forskrift. Plikten til å drive systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er et prosesskrav, og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Det setter først og fremst et krav til systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten og tydeliggjør at dette er en viktig virksomhetsoppgave. Kvalitetsforbedring- og pasient- og brukersikkerhetsarbeid skal være en del av virksomhetens internkontroll. Kvalitetsbegrepet skal forstås i lys av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: *Og bedre skal det bli!* (2005-2015), Nasjonal helse- og omsorgsplan³⁰ og arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i regi av Helsedirektoratet.³¹

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd framgår det at kommunens ansvar for å sørge for at det tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester etter første ledd, «*innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.*»

²⁹ Se kvalitetsforskriften § 1.

³⁰ Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

³¹ Prop.91 L (2010-2011) s. 494-495.

I henhold til Helsetilsynsloven § 3 skal kommunen etablere et internkontrollsystem og sørge for at virksomhet og tjenester både planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Kravene til styringssystemet er konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Forskriften erstatter tidligere forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Selv om de fleste av kravene i internkontrollforskriften videreføres, framgår det tydeligere i den nye forskriften at internkontroll skal være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Ansvar for og kravene til styringssystemet blir også tydeliggjort og utdypet i Helsedirektoratets veileder til forskriften. Forskriften slår fast at det er virksomhetens overordnede ledelse som har ansvaret for styringssystemet. I dette ligger det at kommunens øverste leder, administrasjonssjefen, har ansvaret for hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i lov og forskrift.³² Selv om ansvaret ligger hos administrasjonssjefen, kan oppgavene i styringssystemet være delegert. Hvem som skal gjøre hva i styringen av virksomheten vil derfor variere etter hvilke områder virksomheten har ansvar for, hvordan virksomheten er organisert og hvordan oppgaver er delegert.

Mens kvalitetsforskriften i stor grad fokuserer på *brukerne* av pleie- og omsorgstjenestene, har forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fokus på *systemene* innad i virksomheten. Det er likevel verd å påpeke at forskriftene er å betrakte som komplementære ved at de både utfyller og supplerer hverandre. Forskriftene bør sees i sammenheng.

Faglig kvalitet og kompetanse

Årsverksinnsatsen i både institusjoner og hjemmetjenester har økt betydelig de siste årene. Det utføres nå i overkant av 140 000 årsverk i de kommunale omsorgstjenestene. Målt i antall årsverk er den kommunale omsorgssektoren i dag større enn sykehussektoren.³³

For at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, bokstavene c og d. Dette innebærer at kommunen plikter å sørge for at ansatte innehar tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor fagfeltet, samt at kunnskapen og erfaringen som de ansatte besitter skal utveksles slik at den kan benyttes på mest hensiktsmessig måte, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4 bokstavene c og d.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en kompetanse- og rekrutteringsplan, Kompetanseløft, med bakgrunn i de kommunale helse- og omsorgstjenestenes personellutfordringer. Planen inneholder tiltak knyttet til videre- og etterutdanning for personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. Den store avgangen fra sektoren, gjennom både sykefravær og uføretrygdede, bidrar til å redusere den positive effekten som kvalifiseringstiltakene har på tilgangen av faglært arbeidskraft. Videre- og etterutdanning er et godt tiltak for å øke rekrutteringen og holde på arbeidskraften.³⁴

³² Helsedirektoratet (2017) Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, kommentarer til § 3.

³³ http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407

³⁴ NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 heter det at kommunen skal sørge for at ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven får påkrevd videre- og etterutdanning. I henhold til bestemmelsen plikter personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 bokstav b understreker at arbeidstakere innenfor helse- og omsorgstjenestene skal ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innen sine fagfelt. Dette er i tråd med helsepersonelloven § 4, der det framkommer at «*helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*». Det stilles også krav til bemanning, jf. forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie § 3-2. Ved sykehjem er det krav om en administrativ leder, sykepleier, lege samt det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.

Tjenesteutøvelse

Pleie- og omsorgstjenester handler om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene blir knyttet til grunnleggende behov, opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utøves slik at mottakerne opplever at de blir respektert, opplever egenverd og blir verdsatt, i tråd med intensjonene i kvalitetsforskriften.

Samfunnet, teknologien, kompetansen og kunnskapen er i stadig endring og utvikling. Dette stiller krav til at også tjenester som tilbys stadig blir gjenstand for forbedring og utvikling. Også forventningene til tjenestene og kravene til medvirkning endrer seg. I lovverk som omfatter brukere av helse-, sosial- og omsorgstjenester, legges det stor vekt på det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett.³⁵ Brukere av pleie- og omsorgstjenestene, samt eventuelt pårørende/hjelpeverge, skal medvirke i utformingen eller endringen av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal også gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene, samt til en viss grad valgfrihet i forhold til mat.³⁶ Tjenesteyter skal også unngå unødig sengeopphold for sine brukere.³⁷

I helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 framkommer det at kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (etter loven). Ifølge forarbeidene innebærer pliktbestemmelsen at kommunen på eget initiativ må vurdere om en person bør få tilbud om individuell plan. Det skal ikke utarbeides individuell plan mot pasientens eller brukerens vilje. Således gjelder fortsatt prinsippet om samtykke fra pasient eller bruker.³⁸ Individuell plan er «tjenestemottakerens plan». Dette innebærer at det er tjenestemottakerens mål som skal være utgangspunktet for prosessen. Mottakeren av tjenesten har rett til, og oppfordres til, å delta aktivt i å beskrive sine behov for tjenester, samt hvilke ønsker og mål som er viktige i hverdagen så vel som i framtiden.³⁹ Bruken av individuell plan er nærmere regulert i forskrifter.⁴⁰

³⁵ Pasientrettighetsloven § 3-1, forskrift for sykehjem § 4-1 til § 4-11 og kvalitetsforskriften § 3. Sterkere brukermedvirkning er også nevnt som en av målsetningene med samhandlingsreformen., jf. St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*.

³⁶ Forskrift om en verdig eldreomsorg § 3b.

³⁷ Kvalitetsforskriften § 3.

³⁸ Prop.91 L (2010-2011) s. 499.

³⁹ St. meld. nr. 45 (2002-2003): *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, kvalitetsforskriften § 3, pasientrettighetsloven § 2-5.

⁴⁰ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (trådte i kraft fra 1. januar 2012), forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen (trådte i kraft fra 19. november 2010) og forskrift om individuell plan i helselovgivningen og sosialtjenesteloven (opphevet fra 1. januar 2012).

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 skal helse- og omsorgstjenesten arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, *eldre og funksjonshemmede* og andre som har behov for det. I dette ligger det at kommunen er pålagt aktiv deltakelse i arbeidet med å iverksette tiltak.⁴¹ I henhold til kvalitetsforskriften § 3 andre ledd skal tiltakene og tilbudet tilfredsstille sosiale behov slik som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Brukere av pleie- og omsorgstjenestene skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Dette innebærer blant annet at kommunen skal sørge for at den enkelte bruker blir tilbudt de tjenestene vedkommende har behov for.⁴²

Krav til saksbehandlingen

Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker, og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. I helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 er det slått fast at forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelsene som følger av loven her og av pasientrettighetsloven. I pasientrettighetsloven § 2-7 heter det at forvaltningsloven kapittel IV (omhandler saksforberedelse ved enkeltvedtak) og V (omhandler vedtaket) ikke gjelder for vedtak som treffes etter dette kapitlet. Videre framgår det at *«for vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (..) som forventes å vare lenger enn to uker gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her»*.

Om saksbehandlingstid og foreløpig svar

I forvaltningsloven § 11a første ledd kreves det at forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken *«uten ugrunnet opphold»*. Dette kravet er skjønnsmessig og kan variere fra sak til sak. Det hele vil blant annet bero på sakens art, omfang og tilgjengelige ressurser. Det foreligger derfor ikke noen absolutte tidsfrister for når en sak skal være ferdig behandlet. For saker som faller inn under bestemmelsene om enkeltvedtak er hovedregelen likevel slik at det *«skal gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares innen 1 måned etter at den er mottatt»*. Dette trenger likevel ikke gjøres dersom det er *«åpenbart unødvendig»*. Det heter videre at det foreløpige svaret skal sendes *«snarest mulig»* og *«redegjøre for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere»*. I en veileder fra Helse- og sosialdirektoratet anbefales det at det bør sendes foreløpig svar til partene dersom det viser seg at det vil ta mer enn 14 dager å behandle saken. Denne anbefalingen setter altså kortere tidsfrist for foreløpig svar enn forvaltningsloven § 11a.

Om enkeltvedtakets form og innhold

I forvaltningsloven § 23 første ledd heter det at *«enkelvedtaket skal være skriftlig»*. I lovforarbeidene sies det at kravet til skriftlighet blant annet vil være oppfylt dersom *«vedtaket kommer til uttrykk i et brev til vedkommende part»*. I praksis betyr dette at kravet er oppfylt dersom vedtaket blir gjengitt i underretningen som sendes til parten.

I lovforarbeidene understreker departementet videre betydningen av at ethvert vedtak blir klart og bestemt utformet, og at de bør være så fullstendig som mulig. En direkte følge av kravet i § 23 er at selve konklusjonen (avgjørelsen) skal gis skriftlig. God forvaltningsskikk tilsier også at vedtaket gis nødvendig presisjon. I litteraturen framheves det at vedtaket bør være klart og tydelig, og at det bør inneholde opplysninger om hvem som har fattet vedtaket, hvem det gjelder, når vedtaket er fattet og hva det går ut på. Det bør gis nødvendige konkretiseringer, for eksempel av kronebeløp, vilkår og/eller tiltakets art og varighet.

⁴¹ Helse- og omsorgsdepartementet: Rundskriv nr. I – 5/2007 *Aktiv omsorg*.

⁴² Helse- og omsorgsdepartementet: Rundskriv nr. I – 5/2007 *Aktiv omsorg*.

Av forvaltningsloven § 24 første ledd framgår det at *enkeltvedtaket skal grunngis* og at begrunnelsen som hovedregel skal gis «*samtidig med at vedtaket treffes*». Kravet til begrunnelse gjelder både for enkeltvedtak som fattes administrativt (delegert vedtak) og for enkeltvedtak fattet i folkevalgte organer. I forvaltningsloven § 25 første ledd heter det at det i begrunnelsen «*skal vises til de regler vedtaket bygger på*». Normalt skal begrunnelsen også gjengi innholdet i disse reglene. Begrunnelsen skal videre nevne de faktiske forhold som vedtaket bygger på (jf. § 25 andre ledd), og bør nevne de hovedhensyn som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsskjønn. Dersom det er gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil det i alminnelighet være tilstrekkelig med en henvisning til retningslinjene (jf. § 25 tredje ledd).

Om underretningen

I forvaltningsloven § 27 første ledd heter det at partene skal «*underrettes om vedtaket*». Det heter videre at underretningen «*i regelen*» skal være «*skriftlig*». I forvaltningsloven § 27 andre ledd heter det at begrunnelsen for vedtaket (enkeltvedtaket) bør gjengis i underretningen. Underretningen skal videre gi opplysninger om partenes klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere framgangsmåte ved klage, samt deres rett til innsyn i sakens dokumenter (jf. § 27 andre ledd). I forvaltningsloven § 27 første ledd heter det at partene skal underrettes om vedtaket «*så snart som mulig*». Det gjelder derfor ikke noen eksakt frist for når underretningen skal ha funnet sted. Det foreligger heller ikke noen nærmere angivelse om dette i lovens forarbeider. Hva som ligger i uttrykket «*så snart som mulig*» blir derfor en skjønnsmessig vurdering.

VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING

Generelt om forvaltningsrevisjon

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av kommunens/fylkeskommunens økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger.

Det er kontrollutvalget i den enkelte kommune/fylkeskommune som skal påse at kommunens/fylkeskommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon, som skal vedtas av kommunestyret/fylkestinget.

Det er kommunens/fylkeskommunens revisor som gjennomfører selve forvaltningsrevisjonen. Utførelsen skal skje i tråd med god kommunal revisjonsskikk, herunder RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon (vedtatt av styret i Norges kommunerevisorforbund).

Sluttproduktet i hver forvaltningsrevisjon er en rapport som oversendes til behandling i kommunens/fylkeskommunens kontrollutvalg. Kontrollutvalget rapporterer videre til kommunestyret/fylkestinget om de gjennomførte prosjektene.

Bestilling fra kontrollutvalget

Revisor må gjennomføre forvaltningsrevisjonen i samsvar med kontrollutvalgets bestilling.⁴³

Kontrollutvalget i Loppa kommune vedtok den 23. mai 2017 (sak 03/2017) oppstart av prosjektet med to hovedproblemstillinger. Vedtaket ga revisjonen fullmakt til å utarbeide eventuelle tilleggsproblemstillinger og dette er gjort for én av problemstillingene.

Problemstillingene er som følger:

1. *Har Loppa kommune etablert et forsvarlig system for å sikre at kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene er i tråd med gjeldende lov og forskrift?*

- a) *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer for internkontroll og kvalitetssikring i henhold til lov og forskrift?*
- b) *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer faglig kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenestene?*
- c) *Har Loppa kommune etablert rutiner og prosedyrer som sikrer brukerne et tilfredsstillende tjenestetilbud?*

2. *Er Loppa kommunes tildeling av pleie- og omsorgstjenester i tråd med regelverket?*

Forvaltningsrevisjonsprosjektet ble opprinnelig påbegynt i april 2019. Fylkesmannen i Agder gjennomførte tilsyn innenfor pleie- og omsorgstjenestene i Loppa kommune høsten 2018, og tilsynsrapport forelå i slutten av november 2018. Revisjonen vurderte det slik at tilsynet overlappet den vedtatte forvaltningsrevisjonen både tidsmessig og tematisk, og oversendte på bakgrunn av dette et notat til kontrollutvalget som gjorde rede for revisjonens vurderinger. Revisjonen skisserte også mulige alternativer for gjennomføringen. I møte 10. mai 2019 (sak 12/2019) vedtok kontrollutvalget å forskyve forvaltningsrevisjonsprosjektet med forventet gjennomføring i løpet av vårhalvåret 2020 og levering av forvaltningsrevisjonen til kontrollutvalget møte i mai 2020.

⁴³ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 10.

Oppstart

Revisor skal sende oppstartsbrev til administrasjonssjefen så tidlig som mulig i prosjektet.⁴⁴

Revisjonen sendte oppstartsbrev til administrasjonssjefen i Loppa kommune den 9. september 2020. Revisjonen mottok administrasjonssjefens tilbakemelding samme dag. Av tilbakemeldingen framgikk det at kontaktperson for prosjektet ville bli utpekt på et senere tidspunkt.

Det ble avholdt oppstartsmøte før oppstarten av forvaltningsrevisjonsprosjektet. Oppstartsmøtet ble avholdt på Loppa rådhus den 5. oktober 2020. Fra revisjonen deltok prosjektleder og prosjektmedarbeider. Fra kommunens side deltok administrasjonssjef, personalrådgiver og avdelingsleder ved Øksfjord sykehjem. Sistnevnte deltok via Teams. Konstituert helse- og omsorgsleder var forhindret fra å møte.

28. oktober 2020 ble konstituert helse- og omsorgsleder utpekt som kontaktperson for prosjektet. Fra 1. januar 2021 ble det endringer i organisasjonsstrukturen til Loppa kommune, noe som innebar at avdelingsleder ved Øksfjord sykehjem fikk ansvar for fem avdelinger; sykehjem, sykestue, hjemmesykepleien i Øksfjord, hjemmesykepleien Ytre vest og dagsenteret. Dette medførte at avdelingsleder for Øksfjord sykehjem også måtte svare på spørsmål som revisjonen utover det hun allerede hadde svart ut til revisjonen. Administrasjonssjefen har innehatt funksjonen som helsesjef fra 1. januar 2021.

Datainnsamling

Revisor må innhente data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingen(e) i undersøkelsen. Eksempler på metoder som kan benyttes er intervju, spørreskjema, observasjon, dokumentanalyse, statistiske analyser, regnskapsanalyse og systemanalyse.⁴⁵ I den grad det er tjenlig, bør det benyttes flere metoder for innsamling av data (data- og metodetriangulering).

Datainnsamlingen har vært noe utfordrende for revisjonen som følge av at det har vært organisasjonsmessige endringene innenfor pleie- og omsorgstjenesten under den pågående forvaltningsrevisjonen. Både administrasjonssjef og avdelingsleder har gitt uttrykk for at det har vært krevende å informere og framskaffe dokumentasjon til revisjonen i forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen da de har et stort arbeidspress. Revisjonen har forståelse for at dette har medført en større belastning på kommunens ansatte, men samtidig har det vært nødvendig å innhente mer informasjon og dokumentasjon for å belyse situasjonen innenfor tjenesten.

Nedenfor redegjør vi nærmere for de metoder for innsamling av data som er benyttet i denne undersøkelsen.

- **Dokumentanalyse**

Revisjonen har gjennomgått 34 søknader om helse- og omsorgstjenester og vedtak som er fattet på bakgrunn av disse. Revisjonen ba kommunen om en oversikt over antall søknader om pleie- og omsorgstjenester som var behandlet av tildelingsteamet i perioden 1.1.19 – 17.11.20. Utplukket ble av praktiske og ressursmessige hensyn avgrenset til å gjelde søknader om sykehjemsplass og hjemmetjenester. På bakgrunn av dette fikk revisjonen tilsendt en anonymisert oversikt over saksnumre/journalnumre for den aktuelle perioden. Totalt var det 125 saker i perioden; 68 i 2019 og 57 i 2020. Revisjonen gjorde et tilfeldig utplukk av 40 saker fra denne oversikten ved at ca. hver tredje sak ble plukket ut. De

⁴⁴ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 13.

⁴⁵ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 26.

aktuelle saksnumrene ble oversendt kommunen som dermed kunne ta ut de dokumentene som revisjonen ønsket å se på. Den praktiske gjennomgangen av dokumentene ble gjennomført på Loppa rådhus den 1. desember 2020.

Fire av sakene revisjonen hadde plukket ut omhandlet KAD-plasser⁴⁶ og ble derfor ikke omfattet av gjennomgangen. Én av sakene var en testperson i systemet og ble derfor heller ikke omfattet av gjennomgangen. En annen av sakene som ble plukket ut var en feilregistrering (samme sak var registrert to ganger, med ulike saksnummer). Samtlige av søknadene i perioden va innvilget, og revisjonens undersøkelse omfatter derfor ingen avslag på søknad om helse- og omsorgstjenester.

I dokumentanalysen har revisjonen også gjennomgått en rekke sentrale og relevante kommunale dokumenter, herunder årsmeldinger, årsbudsjett og økonomiplan, rutinebeskrivelser, delegasjonsreglement, ROS-analyse og kompetanseplan.

- **Elektronisk korrespondanse**

Revisjonen har hatt fortløpende og hyppig elektronisk korrespondanse med konstituert helse- og omsorgsleder (fram til 31. desember 2021) og avdelingsleder ved Øksfjord sykehjem (ansvar for Øksfjord sykehjem, sykestue, hjemmesykepleien i Øksfjord, hjemmesykepleien i Ytre Vest og dagsenteret fra 1. januar 2021). Videre har vi også vært i kontakt med administrasjonssjef (også helsesjef fra 1. januar 2021), personalrådgiver og enhetsleder ved Parkveien 2. Revisjonen har hatt noen utfordringer knyttet til å få besvart noen av spørsmålene, og har også måttet purre på noe av den etterspurte dokumentasjon flere ganger, noe som nok kan begrunnes i det tidspresset som har vært for ansatte og de organisasjonsmessige endringer som har vært i kommunen under den pågående forvaltningsrevisjonen.

- **Brukerundersøkelse**

Under kontrollutvalgets behandling av sak 03/17 om oppstart av forvaltningsrevisjonsprosjektet kom det innspill om at det var ønskelig at undersøkelsen også inkluderte et brukerperspektiv når det kom til kvaliteten på tjenestene. Med bakgrunn i kontrollutvalgets innspill har revisjonen gjennomført en brukerundersøkelse blant mottakere av hjemmebaserte tjenester i Loppa kommune. Formålet med brukerundersøkelsen har vært å innhente informasjon om *opplevd kvalitet* blant mottakere av hjemmebaserte tjenester.

Deltakelsen i undersøkelsen var frivillig og anonym, og svarene kan ikke knyttes til person. I forbindelse med revisjonens besøk ved rådhuset 1. desember, overleverte vi ferdige spørreskjema til helse- og omsorgsleder. I tillegg fulgte det et skriv med informasjon om bakgrunnen for undersøkelsen samt en kort redegjørelse for den praktiske gjennomføringen av utlevering og innsamling av spørreskjema.

Skjemaet ble delt ut i forbindelse med hjemmebesøk av hjemmesykepleier eller hjemmehjelp. Sammen med skjemaet skulle det deles ut en konvolutt som besvarelsen skulle legges i. Konvoluttene skulle lukkes av den som hadde besvart undersøkelsen. Hjemmesykepleier/hjemmehjelp ble bedt om å dele ut og samle inn skjemaene under samme eller eventuelt neste hjemmebesøk. Konvoluttene med besvarelsene skulle leveres til leder som skulle koordinere en samlet innsendelse. Fristen for innlevering ble satt til 15. desember 2020. 17. desember overleverte avdelingsleder ved sykehjemmet konvoluttene som inneholdt svarskjemaene til revisjonen ved revisjonens lokaler i Alta.

⁴⁶ Kommunale akutte døgnplasser.

Per desember 2020 var det totalt 25 brukere som mottok hjemmehjelp eller hjemmesykepleie i Loppa kommune. Brukerundersøkelsen ble delt ut til samtlige av de 25 brukerne. 20 av disse har svart på undersøkelsen.

Brukerundersøkelsen er utarbeidet med utgangspunkt i KS sin veileder *Kvalitetskartlegging av kommunale tjenester – Faglig veileder for pleie- og omsorgstjenestene*. Spørreskjemaet ble oversendt helse- og omsorgsleder for eventuelle innspill. Helse- og omsorgsleder hadde ikke innspill eller merknader til skjemaet, og det ble derfor delt ut slik det opprinnelig var satt opp.

I skjemaet som ble utdelt var det satt opp totalt åtte påstander som omhandlet tjenesten som respondenten mottar fra Loppa kommune. Respondenten ble bedt om å gjøre en vurdering av tjenesten ved å si om man er fornøyd eller ikke fornøyd. Dette skulle respondenten gjøre ved å krysse av for **Ja** eller **Nei** bak hver av påstandene. Det var også mulig å krysse av for **Vet ikke** dersom man var usikker på hva man skulle svare eller dersom noen av påstandene ikke passet for respondenten. I tillegg til påstandene var det mulig for respondenten å komme med eventuelle egne kommentarer til kvaliteten i tjenesten som man mottar fra Loppa kommune i et eget felt.

Relevans og pålitelighet

I valg av metode må revisor sikre dataens relevans (gyldighet/validitet) i forhold til problemstillingen(e).⁴⁷ Datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataens pålitelighet (reliabilitet).

For å besvare problemstilling 1 er det gjennomført analyse av kommunens dokumentasjon og det er innhentet opplysninger i forbindelse med oppstarten av prosjektet fra konstituert helse- og omsorgssjef. Det er videre gjennomført intervju med administrasjonssjefen og avdelingsleder innenfor pleie- og omsorg i Loppa kommune.

For å besvare problemstilling 2 er det i all hovedsak benyttet dokumentanalyse. I tillegg fikk revisjonen noen avklaringer i forhold til saksbehandlingen fra tidligere konstituert helse- og omsorgsleder i kommunen i forbindelse med mappegjennomgangen.

Fakta grunnlaget i rapporten er verifisert av kontaktperson, noe som er med på å sikre påliteligheten i datagrunnlaget.

Verifisering

Data som er innsamlet ved hjelp av intervju skal som hovedregel verifiseres.⁴⁸ Revisjonen har utarbeidet intervjunotater, som ble sendt til verifisering av informantene. En verifiseringsutgave av rapporten ble også sendt til informantene i revidert enhet den 6. mai 2021. Dette ble gjort for å unngå faktafeil, og for å sikre at det materialet som undersøkelsen bygger på blir mest mulig fullstendig og pålitelig. Revisjonen mottok svar den 12. mai 2021 hvor det framgikk at informantene ikke hadde bemerkninger til verifiseringsutgaven av rapporten.

Intern kvalitetssikring

Gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og ISQC1⁴⁹. Undersøkelsen og rapporten er vurdert å ha nødvendig faglig og metodisk kvalitet, herunder også konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

⁴⁷ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 27.

⁴⁸ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 29.

⁴⁹ International Standard on Quality Control 1.

Høring

Administrasjonssjefen skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.⁵⁰ Høringsvaret skal vedlegges rapporten som går til behandling i kontrollutvalget.

Rapporten ble sendt på høring den 20. mai 2021. Revisjonen mottok administrasjonssjefens svar den 31. mai 2021.

⁵⁰ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 16.

RS 2021/28 Orientering/Eventuelt