Vestfold og Telemark revisjon

Kvalitet og tildeling i hjemmetjenesten

Forvaltningsrevisjon | Bamble kommune

26: 4012 403

Innhold

Sammendrag 3

1. Innledning 5

1.1. Kontrollutvalgets bestilling 5
1.2. Problemstilling og revisjonskriterier 5
1.3. Avgrensning 5
1.4. Metode og kvalitetssikring 5
1.5. Kommunedirektørens uttalelse 6

2. Om Hjemmetjenesten 7

3. Tiltak for å sikre kvalitet 9

3.1. Revisjonskriterier 9
3.2. Kommunens kvalitets- og styringssystem 9
3.3. Revisors vurdering 19

4. Utredning av behov 22

4.1. Revisjonskriterier 22
4.2. Utredning av hjelpebehov 22
4.3. Henvendelser om hjelpebehov 22
4.4. Utredning 23
4.5. Revisors vurdering 25

5. Levering av tjenester 28

5.1. Revisjonskriterier 28
5.2. Iverksetting vedtak 28
5.3. Revisors vurdering 29

6. Konklusjoner og anbefalinger 30

6.1. Konklusjoner 30
6.2. Anbefalinger 31

Litteratur og kildereferanser 32

Vedlegg 33

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse 33
Vedlegg 2: Revisjonskriterier 36
Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring 43

Sammendrag

Temaene i denne forvaltningsrevisjonen er kvalitet i hjemmetjenesten og utredning av hjelpebehov. Vi har undersøkt om

- kommunen har etablert et styringssystem/internkontroll for å sikre kvalitet i hjemmetjenesten
- kommunen sikrer at brukernes behov er tilstrekkelig utredet
- kommunen har tiltak og praksis som sikrer at brukerne får tjenester i samsvar med vedtak

Vi har undersøkt hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand) som ytes av Virksomhet for Hjemmetjeneste og døgnbemannede boliger til mennesker som bor i opprinnelig bolig, dvs. ikke i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning.

Kommunens styringssystem/internkontroll

Kommunen skal ha etablert et styringssystem som sikrer at helse- og omsorgstjenestene er i samsvar med gjeldende krav og som også sikrer at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Vi mener at kommunen har etablert styringssystem/internkontroll som inneholder mange elementer som er nødvendige for å jobbe godt med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, men vi mener også at kommunens kvalitetsarbeid fremstår som lite helhetlig og systematisk. Dette gjelder:

- Kommunen har fastsatt overordnede mål, men målene er ikke operasjonalisert for hjemmetjenesten.
- Nåværende organisering av Hjemmetjenesten gir uklare ansvarslinjer, og delegering av myndighet til avdelingsledere er ikke i samsvar med gjeldende organisering.
- Kommunen har rutiner for risikovurderinger innen HMS og beredskap, men mangler rutiner som gir en samlet og oppdatert oversikt over risiko for svikt i tjenestene, kvaliteten og pasient- og brukersikkerheten. Hjemmetjenestens risikovurderinger om HMS og beredskap fra 2023 berører delvis slike forhold.
- Kommunen har ikke tilstrekkelig oversikt over meldte avvik i Hjemmetjenesten.
- Kommunen innhenter i liten grad pasient- og brukererfaringer i Hjemmetjenesten.
- Det er risiko for at kommunen ikke tar tilstrekkelig hensyn til tjeneste- og kvalitetsdata når de vurderer om styringssystemet fungerer som forutsatt og om det bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Utredning av behov

Kommunen må sørge for at henvendelser om hjelpebehov blir utredet slik at brukere får riktig og tilstrekkelig hjelp. Dette innebærer at kommunen må sikre at behov blir kartlagt og at endringer i tjenestebehov blir fanget opp. Kommunen må også sikre at brukerne får medvirke i eget tjenestetilbud.

Vi mener at kommunen har tiltak for å sikre at brukerens behov blir utredet. Kommunen har opprettet et tjenestekontor, og saksbehandlerne der har god formell kompetanse. Inntrykket fra intervjuer og av stikkprøvekontrollen av utredninger, er at relevant informasjon blir kartlagt ved utredning av hjelpebehov. Samtidig har kommunen i liten grad rutiner for hvordan utredning skal gjennomføres, for brukermedvirkning og for evaluering av vedtak. Dette kan gi risiko for at

- hjelpebehov ikke er godt nok kartlagt
- brukere ikke får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud i tilstrekkelig grad og ev. at slik medvirkning ikke blir dokumentert
- vedtak ikke er tilpasset brukernes behov

Tjenester i samsvar med vedtak

Vi mener at kommunen i alt det vesentligste har tiltak og praksis som sikrer at brukere får tjenester i samsvar med vedtak og at det blir dokumentert at tjenesten er gitt.

Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- sørge for at det arbeides systematisk og helhetlig med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i samsvar med gjeldende krav

- utarbeide rutiner og føringer for utredning av hjelpebehov, herunder for brukermedvirkning og evaluering av vedtak

Bakgrunn, grunnlag og metode

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Bamble kommune i sak 33/25.

Våre vurderinger og anbefalinger bygger på gjeldende regelverk på området og på veiledere fra Helsedirektoratet.

Metodene i forvaltningsrevisjonen er dokumentgjennomgang, intervju og stikkprøvekontroll av utredninger av hjelpebehov. Vi har blant annet intervjuet kommunalsjef, virksomhetsledere, avdelingsledere i hjemmetjenesten og saksbehandlere på Tjenestekontoret.

Bø 7. september 2026

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Bamble kommune i sak 33/25. Bakgrunnen for bestillingen er plan for forvaltningsrevisjon 2024-2028.

Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2 første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

1. Har kommunen etablert et styringssystem/internkontroll for å sikre kvalitet i hjemmetjenesten?
2. Sikrer kommunen at brukernes behov er tilstrekkelig utredet?
3. Har kommunen tiltak og praksis som sikrer at brukerne får tjenester i samsvar med vedtak?

Revisjonskriteriene[1] i denne forvaltningsrevisjonen er primært hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven og fra Helsedirektoratets veiledere. Kriteriene framgår under hver problemstilling, og er nærmere omtalt i vedlegg 2 til rapporten.

1.3. Avgrensning

Vi undersøker hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand) som ytes av Virksomhet for Hjemmetjeneste og døgnbemannede boliger til mennesker som bor i opprinnelig bolig, dvs. ikke i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning.

Vi undersøker hvordan kommunen kartlegger brukerens behov for tjenester, men utover dette, undersøker vi ikke forvaltningslovens krav til enkeltvedtak.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Anne Hagen Stridsklev har vært prosjektleder og oppdragsansvarlig for denne forvaltningsrevisjonen. Forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret av Bente Hegg Ljøsterød.

Metodene i forvaltningsrevisjonen er dokumentgjennomgang, intervju og stikkprøvekontroll av utredninger av hjelpebehov. Vi har blant annet intervjuet kommunalsjef, virksomhetsledere, avdelingsledere i hjemmetjenesten og saksbehandlere på Tjenestekontoret.

[1] Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

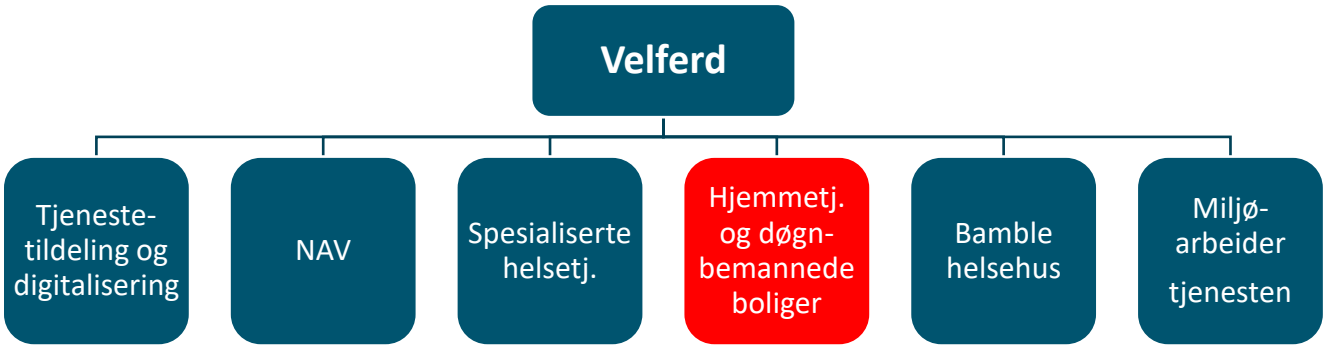
Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 3 til rapporten.

1.5. Kommunedirektørens uttalelse

Rapporten er sendt til kommunen for uttalelse, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1. Uttalelsen har ikke ført til endringer i rapporten.

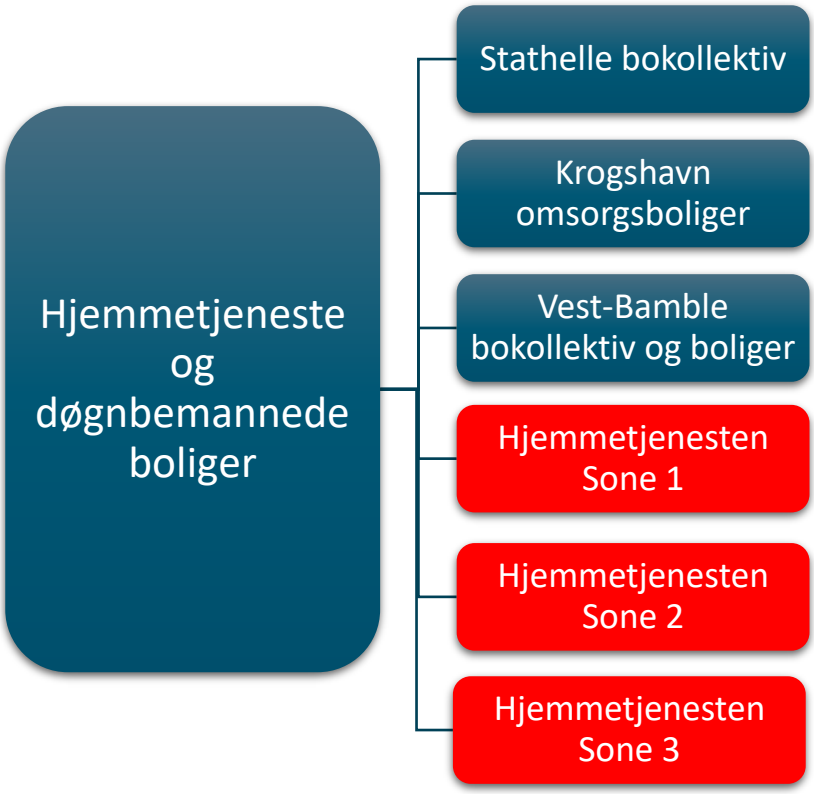
2. Om Hjemmetjenesten

Bamble kommune har tre kommunalområder; Oppvekst, Samfunn og Velferd. Kommunalområde for velferd består av følgende virksomheter:



Figur 1 Organisering - kommunalområde Velferd

Hjemmetjenester og døgnbemannede boliger er en virksomhet i kommunalområdet Velferd. Virksomheten er organisert i seks avdelinger.



Figur 2 Virksomhet for hjemmetjenester og døgnbemannede boliger

Virksomheten har i alt 132 årsverk fordelt på 192 ansatte.

Tidligere var hjemmesykepleien samlet i én avdeling, mens praktisk bistand var en egen avdeling. Hjemmetjenesten ble omorganisert i desember 2025. Da ble den delt i tre avdelinger; Hjemmetjenesten Sone 1, 2 og 3. Praktisk bistand er ikke lenger egen avdeling, men inngår i sonene. Den nye organiseringen har ikke fungert som forutsatt. Man har erfart at den har ført til at det brukes mer tid på administrasjon og dessuten at organiseringen gir risiko for pasientsikkerheten. Ny omorganisering vil derfor tre i kraft i løpet av høsten.

Inndelingen i soner er basert på hvor brukerne bor:

- Hjemmetjenesten Sone 1 har ansvar for brukere bosatt på Herre og omegn.
- Hjemmetjenesten Sone 2 har ansvar for brukere bosatt på Stathelle og omegn.
- Hjemmetjenesten Sone 3 har ansvar for brukere bosatt i Bamble vest.

3. Tiltak for å sikre kvalitet

Har kommunen etablert et styringssystem/internkontroll for å sikre kvalitet i hjemmetjenesten?

3.1. Revisjonskriterier

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha et dokumentert styringssystem for hjemmetjenesten som gir oversikt over hvordan det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.**
- **Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet innebærer at kommunen skal**
  - **ha oversikt over og beskrive mål, organisering og myndighet**
  - **ha rutiner og praksis for jevnlig å gjennomføre og følge opp risikovurderinger**
  - **ha rutiner og praksis for å melde og følge opp avvik**
  - **ha oversikt over de ansattes kompetanse og behov for opplæring, og sørge for at ansatte får nødvendig opplæring**
  - **ha rutiner og praksis for å innhente og bruke bruker- og pasienterfaringer til kvalitetsforbedring**
  - **ha faglige rutiner**
  - **minst én gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten, for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.**

3.2. Kommunens kvalitets- og styringssystem

Kommunen bruker Framsikt.[2] Virksomhetene rapporterer månedlig i Framsikt på økonomi og sykefravær til kommunedirektør.

Kommunedirektør rapporterer til folkevalgt nivå tre ganger i året, per 31. mars, per 31. mai og per 30. september. Det blir da rapportert på økonomi og sykefravær. Årsrapportering kommer i tillegg.

Kommunen bruker Compilo som sitt kvalitetssystem. Rutiner, retningslinjer mv. ligger i Compilo. Compilo brukes også til avviksregistrering (HMS-avvik).

[2] Framsikt er et helhetlig virksomhetssystem for offentlig sektor.

Til saksbehandling, journalføring og avviksregistrering (pasientavvik) bruker kommunen CosDoc, som er en digital helse- og omsorgsløsning.

3.2.1. Planverk

Kommuneplanens samfunnsdel
Kommuneplanens samfunnsdel for kommunestyreperioden 2024-2027 ble vedtatt i kommunestyret 6. februar 2025. I samfunnsdelen er det valgt ut fem målområder som representerer sentrale utfordringer for kommunen. Til hvert av disse målområdene er det utarbeidet langsiktige mål og prioriteringer for valgperioden. Prioriteringene skal synliggjøres og følges opp i økonomiplanen og underliggende planer. De fem målområdene er:

- Nærings- og arbeidsplassutvikling
- Attraktiv for unge innbyggere
- Varig botilbud
- Omstilling og nyskaping
- Natur, klima og miljø

Når det gjelder målområdet om omstilling og nyskaping skriver kommunen at den står overfor store økonomiske utfordringer knyttet til endret demografi og tjenesteproduksjon. Befolknings-prognosene tilsier at antallet eldre over 80 år vil dobles i løpet av det neste tiåret, samtidig som antallet barn og unge reduseres. Det er også utfordringer med å sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenestene. Kommunen skriver videre at det vil kreve evne og vilje til omstilling og nyskaping for å møte utfordringene, samtidig som det er viktig at eldre skal oppleve at deres ressurser, erfaring og kompetanse blir brukt og verdsatt. Kommunen har vedtatt bla. følgende langsiktige mål til dette målområdet:

- Bamble har kommunale tjenester tilpasset framtidig tjenestebehov, demografi og økonomiske rammer.
- Bamble kommune reduserer utenforskap, sosial ulikhet og bidrar til at innbyggerne mestrer egne liv gjennom forebyggende arbeid og aktiv bistand
- Bamble kommune er en attraktiv arbeidsgiver med fokus på kompetanse og innovasjon

I kommunestyreperioden skal kommunen følge opp målene med bla. følgende prioriteringer:

- Legge til rette for at flere eldre kan bo hjemme lenger med god livskvalitet, ved bl.a. veiledning om tilbud og tjenester, og styrke hjemmetjenesten
- Sikre at kommunen har planer for å møte framtidig demografi for både tjenester og boligbehov

Økonomiplanen er samfunnsdelens handlingsplan. I økonomiplanen er det utarbeidet delmål basert på de langsiktige målene i samfunnsdelen.

Tabell 1 Hovedmål og delmål - utvalg - Økonomiplan 2026-2029

Hovedmål	Delmål	Beskrivelse
Bamble har kommunale tjenester tilpasset framtidig tjenestebehov, demografi og økonomiske rammer	Bamble kommune skal ha en økonomisk effektiv drift i alle tjenestene	Kommunedirektøren vil sikre effektiv drift og tydelige prioriteringer på tvers av tjenester. Utfordringen er stramme rammer og behov for modernisering av arbeidsprosesser. Tjenesten prioriterer avklaring av servicenivå, standardiserte prosesser, bedre styringsinformasjon og systematisk gevinstrealisering
	Bamble kommune videreutvikler forebyggende tiltak innen friskvern	Velferd vil styrke forebygging og friskvern slik at flere mestrer hverdagen. Utfordringen er økende behov i enkelte grupper innenfor begrensede ressurser. Tjenesten prioriterer videreutvikling av frisklivstilbud, lavterskelaktiviteter og bedre koordinering i oppfølgingen.
	Helse- og omsorgstjenestene bidrar til at eldre kan bo hjemme lengst mulig.	Velferd vil støtte at flere eldre bor trygt og selvstendig hjemme. Utfordringen er sterk vekst i de eldste aldersgruppene og knapphet på fagfolk. Tjenesten prioriterer velferdsteknologi, styrking av hjemmebaserte tjenester og hverdags-rehabilitering og bedre støtte til pårørende.
Bamble kommune reduserer utenforskap, sosial ulikhet og bidrar til at innbyggerne mestrer egne liv gjennom forebyggende arbeid og aktiv bistand	Flere unge fullfører videregående opplæring	Oppvekst og Velferd vil støtte flere unge til å fullføre videregående og gå videre til arbeid eller studier. Utfordringen er frafall knyttet til levekår og helse som krever tett oppfølging. Tjenestene prioriterer tydelig samarbeid med videregående skoler og næringsliv og flere praksis- og lærlingeløp.
	Færre barn vokser opp i husholdninger med vedvarende lav inntekt	Oppvekst og Velferd vil redusere konsekvensene av levekårsutfordringer for barn og unge. Utfordringen er sårbar økonomi i enkelte familier og risiko for utenforskap. Tjenestene prioriterer koordinert innsats på tvers, lavterskel-tilbud og støtte til deltakelse i fritidsaktiviteter.

	Mennesker utenfor arbeidslivet får varig tilknytning til arbeid.	Velferd vil gi innbyggere utenfor arbeidslivet mulighet til varig arbeid gjennom kvalifisering og oppfølging. Utfordringen er sammensatte behov og behov for bedre koordinering mellom aktører. Tjenesten prioriterer tiltak i samarbeid med arbeidsgivere, praksisplasser i kommunale tjenester og systematisk oppfølging av deltakere.
Bamble kommune er en attraktiv arbeidsgiver med fokus på kompetanse og innovasjon	Bamble kommune har et godt arbeidsmiljø preget av nærvær og tydelig ledelse.	Kommunedirektøren vil styrke nærvær, trivsel og ledelse i hele organisasjonen. Utfordringen er høyt sykefravær i enkelte virksomheter og omstillingspress. Tjenesten prioriterer lederprogram, systematisk HMS og medarbeider-oppfølging samt god turnus- og bemanningsplanlegging.
	Kommunen bruker digitalisering og kunstig intelligens for å fornye tjenestene.	Kommunedirektøren vil bruke digitalisering og kunstig intelligens til bedre tjenester og mer effektiv ressurs-bruk. Utfordringen er uhensiktsmessige prosesser og mangelfull dataflyt samt behov for kompetanseheving. Tjenestene prioriterer prosesser med høy nytte, plan for økt bruk av digitalisering og KI og opplæring og gevinstplaner i prosjekter.
	Kommunen fremmer samarbeid og kunnskapsdeling på tvers.	Kommunedirektøren vil utvikle løsninger i samarbeid med innbyggere, frivillighet, nabokommuner og næringsliv. Utfordringen er kapasitet, kompetanse og behov for tydeligere rammer for samarbeid. Tjenestene prioriterer tverrfaglige utviklingsgrupper, tydelig partnerskap med klare mål og jevnlig evaluering av resultater.
	Systematisk kompetanse-utvikling og målrettet rekruttering sikrer rett kompetanse.	Kommunedirektøren vil sikre riktig kompetanse på rett sted. Utfordringen er sterk konkurranse om arbeidskraft og økt behov for spesialisert kompetanse. Tjenestene prioriterer årlige kompetanse-

		kartlegginger, målrettet rekruttering og fagopplæring og samarbeid med utdanningsinstitusjoner.

KILDE: Bamble kommune

Virksomhetsleder for Hjemmetjenesten sier at de bruker målene som et overordnet styringsgrunnlag for utvikling av tjenester innen mestring, forebygging og det å kunne bo hjemme lengst mulig. I årsrapport for 2025 blir det rapportert om status på målene. Der blir det blant annet vist til at kommunen skal starte opp arbeid med ny temaplan for Helse og velferd (se under).

Planer - Velferd
Kommunen har to helse- og omsorgsplaner fra 2018.

- Plan for utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenester
- Plan for IKT, kompetanse og rekruttering

Kommunen har også temaplan for styrking av demensomsorgen fra 2022. Ifølge kommunalsjef er planene fra 2018 utdaterte, og demensplanen begynner å bli utdatert. Alle planene som er nevnt over skal erstattes av den nye temaplanen for Helse og velferd. Mandat for den nye planen ble vedtatt i kommunestyresak 11/26. Planen skal være ferdig til folkevalgtbehandling i februar 2027.

Kommunen skal spare inn 65 mill. kr på kommunalområde for Velferd. En prosjektgruppe har jobbet med å finne tiltak som gir innsparinger innenfor Velferd. Kommunen fikk bistand fra PwC til dette arbeidet. Rapporten fra prosjektarbeidet skal inngå som grunnlag for arbeidet med den nye temaplanen for Velferd, og skal angi den strategiske retningen for tjenesteutviklingen på helse- og velferdsområdet.

3.2.2. Organisering, ansvar og myndighet

Organisering
Kommunen har organisasjonskart som viser kommunens administrative organisering, herunder organiseringen i virksomheter og avdelinger i kommunalområdet Velferd. Organiseringen av virksomhet for hjemmetjenester og døgnbemannede boliger er vist i kapittel 2.

Ansvar og myndighet
Kommunedirektøren har utarbeidet delegasjonsreglement[3] for intern delegering og utøvelse av myndighet. Reglementet beskriver kommunens administrative organisering og hvilke tjenester de ulike kommunalområdene har ansvar for. Velferd har ansvar for fagområdene innenfor helse, omsorg, velferd og integrering.

[3] Utarbeidet i juni 2025, gjeldende fra 01.07.25

Ifølge reglementet skal virksomhetsstyringen i kommunen bygge på prinsipper om mål og resultatstyring, god internkontroll og kontinuerlig forbedring.

Reglementet sier følgende om delegasjon til ledere i kommunen:

- Kommunalsjef har som hovedregel kommunedirektørs fullmakter på sitt ansvarsområde.
- Virksomhetsleder har økonomi-, personal- og fagansvar innenfor egen virksomhet, og har som hovedregel kommunalsjefens fullmakter på sitt område. Virksomhetslederne kan videredelegere myndighet til avdelingsledere, med mindre delegasjonsreglementet, lov eller annet regelverk er til hinder. Videredelegasjon skal avklares med kommunalsjef ev. stabsleder.
- Avdelingslederne har fag- og personalansvar for sin avdeling ihht gitt delegasjon. Avdelingsledere kan i tillegg delegeres økonomiansvar.
- Andre stillinger kan delegeres myndighet innenfor sitt arbeidsområde. Slik delegasjon skal være skriftlig og avklart med kommunalsjef/stabsleder.

All videredelegasjon av myndighet utover det som følger av reglementet, skal være skriftlig.

Som nevnt, er hjemmetjenesten nylig omorganisert. Omorganiseringen hadde som mål å legge til rette for nærledelse og redusere lederspennet. Dette fungerte ikke som forutsatt, og ny organisering vil bli iverksatt i løpet av høsten.

Virksomhetsleder for hjemmetjenestene har delegert myndighet til avdelingslederne for sone 1 til 3. Avdelingslederne er delegert personalansvar på bestemte ansvarsnumre. Delegasjonene ble gjort februar 2021, dvs. før omorganiseringen i desember 2025, og ikke oppdatert med ansvarsnumrene som gjelder nå.

Det er utarbeidet stillingsinstrukser for avdelingslederne. Her fremkommer det at avdelingsleder har ansvar for avdelingens utvikling og daglige drift både administrativt, personellmessig og faglig.

Avdelingslederne erfarer at de ikke klarer å drifte sonene som tre adskilte avdelinger. De ansatte i sonene jobber på tvers av avdelingene på kveld, natt og i helger. I tillegg kan det være vikarer som jobber på tvers av soner. Arbeidslistene, dvs. brukerne, går også på tvers av avdelingene. Dette betyr at ansatte som én avdelingsleder har personalansvar for, yter tjenester til en bruker som en annen avdelingsleder har ansvar for. Dette gjør, ifølge avdelingslederne, at ansvarsforholdene i praksis blir uklare.

3.2.3. Risikovurderinger

Rutiner og maler

Kommunen har rutiner for hva risiko og risikovurdering er innenfor HMS, og for hvordan man skal vite hva man skal risikovurdere. Ifølge rutinen skal risikovurdering gjennomføres jevnlig, men det er ikke nærmere konkretisert hvor ofte risikovurderinger skal gjøres/oppdateres. Rutinen sier

videre at hver virksomhet/avdeling skal utarbeide planer og tiltak for å redusere risikoforholdene. Videre har kommunen maler for risikovurderinger og handlingsplaner for å følge opp vurderingene.

Kommunen har veileder for avdelingene for gjennomføring av ROS-analyse på beredskap og utarbeidelse av beredskapsplaner i avdelingene og ulike skjemaer og maler knyttet til dette.

Risikovurderinger/ROS-analyser i Hjemmetjenesten
Hjemmetjenesten har utarbeidet ROS-analyse for HMS på avdelingsnivå for avdelingene Hjemmetjenesten øst, Hjemmetjenesten nord og Ambulerende natt. Analysen er fra 2023. Analysen omhandler noen av de samme risikoene som ROS-analysen for beredskap, f.eks. strømbrudd og atomhendelse. I analysen er det primært vurdert forhold som medfører risiko for de ansatte, men det er også vurdert forhold som gjelder bruker/tjenesteutøvelsen. For eksempel:

- brann hos bruker
- bruker forsvinner
- feil/mangler på flere trygghetsalarmer samtidig
- mangelfull opplæring
- stort frafall av personale

I ROS-analysen er det redegjort for hva man kan gjøre for å begrense konsekvensene av risikoene.

Hjemmetjenesten har også utarbeidet ROS-analyse for beredskap. Her er det bla. vurdert risiko for vold, bortfall av strøm, vann, mobilnett og e-kom, og videre også atomhendelse og pandemi. Det er også utarbeidet beredskapsplan for Hjemmetjenesten, Ambulerende natt og praktisk bistand. I planen er det aksjonskort, dvs. beskrivelser av hva som skal gjøres om de ulike hendelsene oppstår. Planen ble sist oppdatert i 2024.

3.2.4. Avvik

Hjemmetjenesten skriver avvik i Compilo og i CosDoc. Avvik som gjelder ansatte og HMS skrives i Compilo og avvik som gjelder brukere og utførelse av tjenestene skrives i CosDoc. Avvik i Compilo registreres med alvorlighetsgrad (lav, middels og høy).

Kommunen har rutine for registrering av HMS-avvik i Compilo. Rutinen forklarer hva som regnes for avvik og hvorfor man skal registrere avvik. Ifølge rutinene er avvik en uønsket handling eller hendelse som har eller som kunne ha ført til skader på mennesker, miljø eller utstyr.

Kommunen har også en rutine som gjelder registrering og behandling av avvik i CosDoc. Rutinene forklarer hvordan avvik skal registreres. Ifølge rutinen er det avvik med pasientskade som skal meldes, Rutinen sier videre at avvikene skal kommenteres og lukkes av leder. CosDoc gir ikke mulighet til å melde avvik med alvorlighetsgrad.

Compilo har en statistikkmodul som kan brukes til å hente ut oversikter over avvik. Det er ikke tilsvarende mulighet til å hente ut statistikker og oversikter over avvik som er meldt i CosDoc.

Avdelingslederne har ansvar for å følge opp avvik på sine avdelinger. Ifølge avdelingslederne følges avvik opp enkeltvis, og brukes også til læring og til å forbedre rutiner. Én avdelingsleder sier at hun følger særlig nøye med på pasientavvik når det er høy arbeidsbelastning og i perioder med mange vikarer, f.eks. om sommeren.

Én avdelingsleder mener at det hadde vært et godt utgangspunkt for læring å kunne oppsummere avvik for å se helheten og utvikling over tid. Nå som hjemmetjenesten er delt i tre avdelinger, med ansatte som går på tvers, hadde det vært nyttig å se avviksbildet samlet.

Virksomheten har ikke samlet oversikt over antall avvik eller tall som viser utviklingen i avvik. Avvik blir ikke rapportert til folkevalgt nivå.

3.2.5. Kompetanse og opplæring

Virksomheten har kompetanse- og rekrutteringsplan for perioden 2026 - 2028. Planen skal være retningsgivende for kompetansetiltak i virksomheten. Planen peker på ulike tiltak for å sikre forsvarlig kompetanse i Hjemmetjenesten fremover:

- Motivere helsefagarbeidere til å ta sykepleierutdanning
- Kompetanseheving for sykepleiere
- Kompetanseheving for assistenter og helsefagarbeidere med mål om bærekraftig ressursutnyttelse og oppgaveglidning
- Opplæring og veiledning av vikarer

I planen er det redegjort for hvilke eksterne, interne og e-læringskurs som enten er obligatoriske eller anbefalte. Det er E-opplæringskurs for hjemmetjenesten fra KS-læring. I tillegg er det opplæringsmoduler i SkillAid-appen[4].

Virksomheten har utarbeidet et opplæringshefte for nye ansatte. Opplæringsheftet inneholder blant annet:

- Etiske retningslinjer
- Stillingsbeskrivelse for assistent, helsefagarbeider og sykepleier
- Klesreglement
- Informasjon om SkillAid
- Informasjon om trygghetsalarmer, forflytningsteknikk og prinsipper for hverdagsmestring

Kompetanse og opplæringsbehov er tema i medarbeidersamtalene. Ifølge kommunens rutiner skal det gjennomføres medarbeidersamtaler årlig. I forkant av medarbeidersamtalene skal den ansatte gjennomføre en egenevaluering av hvilke systemer og arbeidsoppgaver vedkommende føler seg

[4] SkillAid er en app som de ansatte i hjemmetjenesten har på mobilene sine. Der kan de få informasjon om ulike faglige tema.

trygg på, f.eks. rutiner for feilmedisinering eller å skrive avvik i Compilo. Avdelingslederne har oppfølgingssamtaler med ansatte dersom det avdekkes et opplæringsbehov eller som en oppfølging av medarbeidersamtalen.

I tillegg til annen opplæring, legger Hjemmetjenesten vekt på kollegaveiledning inntil de ansatte er trygge til å gjennomføre oppgaver på egen hånd. Hjemmetjenesten har fagmøter der erfarne sykepleiere gir opplæring i kompliserte sykepleieprosedyrer og bruk av utstyr. Sykehuset gir også opplæring i å håndtere uvanlige eller komplekse prosedyrer.

Hjemmetjenesten har særskilt kompetanse ved å ha

- Kreftsykepleier
- AKS-sykepleier[5]
- Ernæringsveileder

I tillegg er det ansatte som har særskilt kompetanse på geriatri og legemidler.

Avdelingslederne sier at de har oversikt over kompetansen til de ansatte. Kompetanse og behov for kompetanse blir kartlagt i medarbeidersamtaler, og i tillegg er de ansatte flinke til å si ifra om det er noen områder der de trenger oppfriskning eller opplæring. Både virksomhetsleder og avdelingslederne mener at de ansatte får tilstrekkelig opplæring.

I CosDoc blir det satt kode for hvilken kompetanse som er nødvendig for å løse oppdraget. Hjemmetjenesten bruker logistikkverktøyet Spiders Solution[6]. Systemet henter vakter fra GAT og oppdrag fra CosDoc og produserer arbeidslister. Systemet henter kompetansekoder fra CosDoc, og dette bidrar til at riktig kompetanse knyttes til riktig oppdrag.

3.2.6. Pasient- og brukererfaringer

Hjemmetjenesten har ikke særskilte rutiner for å innhente pasient- og brukererfaringer.

Én avdelingsleder sier at Hjemmetjenesten ikke er gode nok på å innhente erfaringer fra brukerne systematisk.

Det er få klagesaker i tjenesten, både når det gjelder tildeling av tjenester og utførelse av tjenestene. Én avdelingsleder sier at hun har inntrykk av at brukerne i liten grad ønsker å klage skriftlig fordi hjemmetjenesten er en del av hverdagen og de ønsker å få tjenesten til å fungere. Mange gir tilbakemelding direkte til den ansatte eller ringer til kontoret. Slike tilbakemeldinger blir ofte tatt inn i rapporten og/eller skrevet i journalen.

[5] Avansert klinisk allmennsykepleier
[6] Spider Solutions AS er et dataverktøy som brukes for å planlegge arbeidslister for ansatte i hjemmetjenesten.

Virksomhetsleder sier at en representant fra eldrerådet er med når virksomheten jobber med planer.

3.2.7. Faglige rutiner

Hjemmetjenesten har faglige rutiner i VAR Healthcare. VAR er et digitalt kunnskaps- og beslutningstøttesystem for helsetjenesten som hjemmetjenesten bruker som oppslagsverk. Det ligger lenke til VAR i Compilo.

3.2.8. Årlig gjennomgang av styringssystemet og bruk av statistikk

Hjemmetjenesten mener at kravet til årlig gjennomgang av styringssystemet blir ivaretatt ved at det gjennomføres måneds- og årsrapportering i Framsikt. I tillegg rapporteres det årlig på HMS. Videre blir det gjennomført vernerunder og det er faste møter med tillitsvalgte og verneombud. Resultater fra medarbeiderundersøkelsen[7] brukes også til å vurdere styringssystemet. Hjemmetjenesten peker også på oppfølging og læring av avvik og hendelser.

Som nevnt over, blir det rapportert på HMS og økonomi i Framsikt. I årsrapporten for 2025, har kommunedirektøren i tillegg til å rapportere om økonomi og HMS, også rapportert på mål og delmål (redegjort for i punkt 3.2.1).

Som tidligere nevnt, har ikke Hjemmetjenesten oversikt over samlet antall og utvikling i antall avvik.

Hjemmetjenesten rapporterer ulike tjenestedata og kvalitetsindikatorer til SSB og til Kommunalt pasient- og brukerregister. Blant annet blir det rapportert IPLOS[8]-data, dvs. data om brukeres og pasienters funksjonsevne, hjelpebehov og tjenester. Videre rapporterer kommunen ulike KOSTRA-data, f.eks. dekningsgrad, ressursbruk, andel fagutdannet personell og kostnad per bruker. Det blir også rapportert ulike helseindikatorer som for eksempel tannhelsevurdering og risiko for underernæring.

Tjenestedata og kvalitetsindikatorer inngår ikke måneds- eller årsrapportering.

Ifølge virksomhetsleder blir det jobbet med indikatorene daglig, uten å tenke over at det er det de gjør. Hun gir følgende eksempler på hvordan indikatorene blir brukt:

- Indikatorer i IPLOS og CosDoc – hvem er brukerne og hva trenger de?
- KOSTRA – hvordan bruker vi ressurser?
- Kvalitetsindikatorer – leverer vi god nok kvalitet?

[7] Ifølge kommunens rutine skal det gjennomføres medarbeiderundersøkelse med ca. to års mellomrom.
[8] Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

3.3. Revisors vurdering

Kommunens styrings- og kvalitetssystem består av flere elementer. Rapportering i Framsikt, rutiner og avviksregistrering i Compilo og CosDoc utgjør en del av styrings- og kvalitetssystemet. I tillegg kommer blant annet delegasjonsreglement, planer og rapporteringsrutiner.

Vi mener at styrings- og kvalitetssystemet inneholder mye av det som er nødvendig for å arbeide godt med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, men vi mener også at kommunens kvalitetsarbeid fremstår som lite helhetlig og lite systematisk på noen områder.

Mål

Kommunen har vedtatt overordnede mål og delmål. I større organisasjoner er det anbefalt[9] at mål operasjonaliseres og tilpasses de ulike nivåene, og at målene er klare og tydelige for alle områder som virksomheten skal levere på. Blant annet bør det settes mål for pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet, forbedring og for kvalitet og pasientsikkerhet. Kommunen har ikke fastsatt slike operasjonaliserte og konkretiserte mål for hjemmetjenesten. Fraværet av dette kan gjøre det vanskeligere å jobbe planmessig og systematisk med kvalitet og kvalitetsforbedring.

Kommunen skal utarbeide ny temaplan for Helse og velferd, og det gir kommunen mulighet til å fastsette hensiktsmessige mål for virksomheten.

Organisering, ansvar og myndighet

Organisering av kommunalområdet er beskrevet i organisasjonskart og i kommunedirektørens delegasjonsreglement. Virksomhet for Hjemmetjenester har tre avdelinger som gir hjemmetjenester og praktisk bistand til brukere. Denne inndelingen gir, ifølge Hjemmetjenesten selv, uklare ansvarslinjer. Virksomheten skal omorganiseres på nytt høsten 2026.

Kommunen har oppdatert delegasjonsreglement som viser delegering fra kommunedirektør til kommunalsjef og til virksomhetsleder. Ifølge delegasjonsreglementet skal videredelegering av myndighet fra virksomhetsleder til avdelingsledere være skriftlig. Avdelingslederne for Hjemmetjenesten sone 1-3 har fått delegert myndighet fra virksomhetsleder, men delegeringen er ikke i samsvar med gjeldende organisering.

Risikovurderinger

Kommunen skal ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. I dette kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater.[10] Vi mener at kommunen delvis oppfyller dette kravet. Kommunen har rutiner for å gjennomføre risikovurderinger for HMS og beredskap,

[9] Helsedirektoratet: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
[10] Helsedirektoratet: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

men kommunen har ikke rutiner som sikrer en samlet og helhetlig oversikt over hvor det er risiko for svikt/mangler i tjenestene.

Hjemmetjenesten har utarbeidet risikovurderinger for HMS og beredskap. Disse vurderer til en viss grad også risiko knyttet til svikt i tjenestene. Risikovurderingene er fra 2023, og er dermed ikke oppdatert etter nåværende gjeldende organisering.

Avvik
Kommunen har rutiner for å melde HMS-avvik og tjenesteavvik. Rutinen for å melde HMS-avvik er mer utfyllende enn rutinen for tjenesteavvik. Ifølge rutinen om tjenesteavvik er det bare avvik som gir pasientskade som skal meldes. Vi mener at denne begrensningen gir risiko for at kommunen ikke blir kjent med tjenesteavvik i det omfanget som er ønskelig.

Bortsett fra at rutinen for tjenesteavvik sier at avvik skal kommenteres og lukkes av leder, gir ikke rutinene føringer for hvordan avvik skal følges opp.

Kommunen skal ha oversikt over avvik. Oversikten skal gi grunnlag for å vurdere om tjenesten overholder helse- og omsorgstjenestelovgivningen og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Avdelingsleder har ansvar for å følge opp og lukke avvik. Ifølge avdelingslederne blir avvik også brukt til læring og forbedring, men Hjemmetjenesten har ikke samlet oversikt over hvor mange avvik som blir meldt, og heller ikke hvordan antall meldte avvik har utviklet seg over tid. Avvik inngår heller ikke i rapportering til folkevalgt nivå.

Vi mener at Hjemmetjenesten ikke i tilstrekkelig grad har oversikt over avvik og ikke i tilstrekkelig grad bruker disse til å evaluere og forbedre tjenestene.

Kompetanse og opplæring
Kommunen har rutiner og praksis for å ha oversikt over de ansattes kompetanse. Kompetanse kartlegges i årlige medarbeidersamtaler og kommunen har i tillegg nylig utarbeidet en kompetanse- og rekrutteringsplan. Vi mener tiltak som kollegaveiledning, ulike digitale læringsverktøy og opplæring fra sykehuset er med på å sikre at de ansatte får nødvendig opplæring.

Pasient- og brukererfaringer
Kommunen skal bruke erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende til arbeidet med kvalitetsforbedring. Dette kravet innebærer at kommunen må sørge for å innhente slike erfaringer.[11]

Bortsett fra at eldrerådet er representert i planarbeid, har ikke kommunen rutiner for å innhente erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Vi mener at kommunen ikke i tilstrekkelig grad

[11] Helsedirektoratet: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

sørger for å innhente og bruke erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende til å forbedre og utvikle tjenestene.

Faglige rutiner
Kommunen har tilgang til faglige rutiner gjennom de digitale systemene VAR og SkillAid.

Gjennomgang av styringssystem/bruk av statistikk
Kommunen skal minst en gang årlig, systematisk gjennomgå og vurdere styringssystemet. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av tilgjengelig informasjon og statistikk. Kommunen gjør slike vurderinger i forbindelse med måneds- og årsrapportering og også i møter med verneombud og tillitsvalgte. Kommunen bruker regnskapsdata, resultater fra vernerunder, medarbeiderundersøkelser og andre HMS-data som grunnlag for vurderingene.

Vi har over redegjort for at vi mener at Hjemmetjenesten ikke har tilstrekkelig oversikt over avvik, og dessuten at kommunen ikke innhenter erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Denne informasjonen burde etter vår mening inngå i informasjonsgrunnlaget når kommunen skal vurdere om styringssystemet bidrar til å forbedre virksomheten. Vi kan heller ikke se at tjenesteindikatorer og kvalitetsindikatorer blir systematisk brukt til å vurdere styringssystemet. Vi mener at det er risiko for at kommunen ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til brukerne og tjenestekvaliteten når styringssystemet vurderes.

4. Utredning av behov

Sikrer kommunen at brukernes behov er tilstrekkelig utredet?

4.1. Revisjonskriterier

Vi har utledet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha tiltak og praksis som sikrer at henvendelser om behov for helse- og omsorgstjenester blir utredet. Dette omfatter**
  - **rutiner og praksis for å innhente alle relevante opplysninger om søkeren**
  - **rutiner og praksis for å innhente søkerens mening om det tjenestetilbudet det skal fattes vedtak om**
  - **rutiner og praksis som sikrer at endringer i hjelpebehov blir oppdaget og utredet**

4.2. Utredning av hjelpebehov

Tjenestekontoret er en del av virksomhet for Tjenestetildeling og digitalisering, og har ansvar for å utrede hjelpebehov og tildele helse- og omsorgstjenester. Virksomheten har i alt 24 ansatte, av disse er det 6 ansatte som jobber på Tjenestekontoret. Alle saksbehandlerne på Tjenestekontoret har høyere utdanning (sykepleier, barnevernspedagog og fysioterapeut), og har i tillegg saksbehandlerkurs.

Virksomheten bruker CosDoc som saksbehandlingssystem.

Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen *Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Veilederen skal bidra til mer systematisk og kunnskapsbasert prioriteringsarbeid. Bamble samarbeider med de andre kommunene i Nedre Telemark om å implementere denne veilederen. Det skjer i forbindelse med at kommunen skal bytte saksbehandlingssystem i 2027.

Stikkprøver
Vi har sett på utredningen av hjelpebehov til 20 tilfeldig utvalgte brukere av hjemmetjenester. Alle hadde vedtak om hjemmesykepleie. 3 hadde også vedtak om praktisk bistand. 15 av brukerne hadde vedtak om hjemmesykepleie fra 2026 eller 2025. Resten hadde eldre vedtak. Vedtakene om praktisk bistand var fra 2024.

4.3. Henvendelser om hjelpebehov

Nye brukere
Tjenestekontoret får muntlige og skriftlige henvendelser om hjelpebehov. Henvendelsene kommer fra personer som ønsker hjelp, fra pårørende eller fra andre, for eksempel en nabo, fastlegen eller

en verge. Ofte er det sykehuset som melder behov for tjenester i forbindelse med at en pasient er utskrivningsklar. Melding fra sykehuset kan komme med svært kort varsel for kommunen å få nødvendige tjenester på plass. Det kan også komme henvendelser om behov fra andre avdelinger i kommunen, for eksempel fra korttidsavdelingen som ser at brukeren vil ha behov for tjenester når hen kommer hjem. Det hender også at det er saksbehandlerne ved Tjenestekontoret som melder inn behov for andre tjenester enn det det er søkt om, etter å ha vært på førstegangs hjemmebesøk. Saksbehandlerne gjør en helhetsvurdering når de er på hjemmebesøk. Da vurderer de om det for eksempel er behov for trygghetsalarm, praktisk bistand, fysioterapi, ergoterapi, gruppetrening eller hjemmetjenestene. Boligen og andre forhold som har betydning for hjelpebehovet, blir også vurdert.

Endrede behov
Vedtakene om hjemmetjenester er som hovedregel ikke tidsavgrenset. Tjenestekontoret har ikke faste rutiner for å evaluere vedtakene. Vedtakene går til det kommer en endringsmelding fra hjemmetjenesten, eller til at Tjenestekontoret selv oppdager at behovet har endret seg. Det kan for eksempel skje etter et nytt hjemmebesøk eller ved at brukeren søker om et korttidsopphold.

Kommunen har rutine om å sende endringsmeldinger ved behov for endringer i tjenesteomfang. Rutinen ligger i Compilo og beskriver hvordan det skal sendes endringsmeldinger til Tjenestekontoret. Ifølge rutinen skal det, ved behov for endringer i tjenestene til pasienten, sendes endringsmelding til Tjenestekontoret. Rutinen sier at dette for eksempel gjelder endringer som innebærer å øke/redusere tjenesten med minst 30 minutter per uke. Det er ikke nærmere konkretisert i rutinen hvilke endringer det skal sendes endringsmelding for.

Hjemmetjenesten har en ansatt (planlegger) som har kontakt med tjenestekontoret og har ansvar for å planlegge arbeidslister. Hun har også ansvar for å sende endringsmeldinger. Hun sier at hun sender endringsmelding for eksempel dersom tjenesteoppdraget ikke lenger kan utføres av én person alene, og dersom Hjemmetjenesten må bruke15-20 minutter mer enn den tidsbruken som ligger i vedtaket.

Saksbehandlerne erfarer at endringen i tjenesten ofte er iverksatt når endringsmeldingen kommer. Saksbehandlerne er som regel enige i den vurderingen som Hjemmetjenesten har gjort av hjelpebehovet. De kjenner brukeren og har vurdert ut ifra det. Men det hender at saksbehandlerne er uenige i de vurderingene av hjelpebehov som Hjemmetjenesten har gjort. De har for eksempel erfart at hjelp til å administrere medisiner har blitt avsluttet for tidlig.

I stikkprøvekontrollen så vi at det var sendt endringsmeldinger på 15 av 20 brukere av hjemmetjenester.

4.4. Utredning

Kommunen har ett kartleggingsskjema for voksne og ett for barn og barnefamilier. Kartleggingsskjemaet redegjør for utredningsplikten etter forvaltningsloven § 17, forvaltningens informasjonsplikt, reglene for enkeltvedtak og IPLOS- kartlegging. Ifølge skjemaet vil korrekt bruk

av skjemaet sikre partens rett til å medvirke, dokumentunderlaget i saken, herunder skjønnsbruk, målformulering og utmåling av tjenester i det fremtidige vedtaket. Det er frivillig å bruke kartleggingsskjemaet.

Kartleggingsskjemaene legger opp til at saksbehandlerne skal innhente informasjon om blant annet:

- hva som er viktig i hverdagen for søkeren
- bistand fra familie, venner og frivillige
- fysisk og psykisk funksjon
- hva søkeren kan gjøre når det gjelder alminnelig husarbeid, matlaging, personlig hygiene, spise og bevege seg innendørs/utendørs
- brukerens fysiske og psykiske helsetilstand
- boliginformasjon

Bortsett fra kartleggingsskjemaet, har ikke Tjenestekontoret andre skriftlige rutiner for arbeidet med å vurdere henvendelser om hjelpebehov.

Saksbehandlerne sier at kartleggingsskjemaene brukes ikke eller brukes i liten grad, men de går igjennom mange av elementene i skjemaet når de utreder. Det varierer hvilken informasjon som blir samlet inn og som ligger til grunn for vedtakene. Alt ettersom hva behovet er, kan saksbehandlerne

- innhente helseopplysninger fra sykehus, fastlege eller fra eget journalsystem om f.eks. brukeren har vært inne på et korttidsopphold.
- dra på hjemmebesøk og gjøre en fysisk kartlegging. Noen ganger er det Rehabiliteringstjenesten som drar på hjemmebesøk. Saksbehandlerne gjør en helhetsvurdering av brukerens behov når de er på hjemmebesøk. Det blir f.eks. vurdert behov for trygghetsalarm, praktisk bistand, fysioterapi, ergoterapi, gruppetrening eller hjemmetrening.
- innhente informasjon fra demenskoordinator, kreftkoordinator eller rehabiliteringsteam

Hvis en bruker er inne på Helsehuset, kan Tjenestekontoret be avdelingen der om å kartlegge brukeren.

Tjenestekontoret skal gjøre IPLOS[12]- vurdering av nye brukere. Denne vurderingen innebærer å kartlegge brukerens personlige ressurser, funksjonsnivå og bistandsbehov ut ifra 20 funksjonsvariabler om fysisk, psykisk og kognitiv helse, og dessuten evne til egenomsorg. Brukeren gis en vurdering fra 1 til 9 på disse funksjonsvariablene.

[12] Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) inngår nå i Kommunalt pasient- og brukerregister. Rapportering til registeret er regulert av forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister.

Ifølge saksbehandlerne blir IPLOS-vurderingen i liten grad brukt når de vurderer behov for tjenester.

Saksbehandlerne snakker med brukerne der det er mulig. Det er mange brukere med demens som det kan være vanskelig å kommunisere med. I slike tilfeller må kommunikasjonen gå via de pårørende. Saksbehandlerne snakker ikke nødvendigvis med bruker ved revurdering av vedtak, i slike tilfeller er det gjerne Hjemmetjenesten som har kontakten med brukeren. Da blir det skrevet vedtak ut fra observasjonene fra Hjemmetjenesten, særlig når det gjelder kjente brukere. Det blir heller ikke alltid snakket med brukere som kommer direkte fra sykehus. Slike brukere kan ha tjenester bare en kort periode.

Henvendelser til/fra brukere eller pårørende skal ifølge saksbehandlerne dokumenteres i saksbehandlerjournalen. Men i noen tilfeller blir informasjon om brukers synspunkter skrevet i begrunnelsen til vedtaket.

I stikkprøvekontrollen fant vi at brukernes helsetilstand var beskrevet i alle de undersøkte sakene. Sakene ble gjennomgått med saksbehandlerne, som bekreftet at de hadde hatt kontakt med bruker ev. pårørende i de fleste av sakene. I stikkprøvekontrollen var brukermedvirkning i varierende grad dokumentert.

Virksomheten skal i utgangspunktet dra på hjemmebesøk til nye søkere. I stikkprøvekontrollen var det sju brukere der det ikke hadde vært hjemmebesøk. Virksomheten har ikke skriftlige rutiner for gjennomføring av hjemmebesøk.

Virksomhetsleder for Tjenestekontoret sier at det kommer an på saken om de jobber tverrfaglig når de skal vurdere søkerens behov. Hjemmetjenesten sier at de normalt ikke deltar i kartleggingen av behovet til nye brukere, med mindre det gjelder brukere med store hjelpebehov eller ved overgang fra spesialisthelsetjenesten/helsehus til hjem. I slike tilfeller kan Hjemmetjenesten delta for å være forberedt og ev. bidra med at nødvendige hjelpemidler er på plass til brukeren kommer hjem.

Saksbehandlerne sier at de samarbeider med andre tjenester om utredningen av behov. Det kan være kreftkoordinator, demenskoordinator eller rehabiliteringsteam. Dersom man vurderer å sette ned tjenesten, kan man sende forespørsel til fastlege for å få en vurdering av om det er forsvarlig.

Det er faste møtepunkter mellom Hjemmetjenesten og Tjenestekontoret. Det er samarbeidsmøte hver tredje uke. Der blir det drøftet tjenestenivå, samarbeid og kommunikasjon, men ikke konkrete brukere. Det er også prioriteringsmøte hver fjortende dag. Der blir brukere drøftet. Hjemmetjenesten sier at det er løpende kontakt med Tjenestekontoret utover dette.

4.5. Revisors vurdering

Kommunen har flere tiltak som skal sikre at brukernes hjelpebehov blir utredet. Ansvaret for tildeling av helse- og omsorgstjenester ligger hos Tjenestekontoret. Saksbehandlerne har relevant kompetanse, og det er faste møter mellom Tjenestekontoret og Hjemmetjenesten for å drøfte nye

og eksisterende brukere. Men kommunen har få skriftlige rutiner for utredning av tjenestebehov. Kartleggingsskjemaet som skal sikre at behov, brukermedvirkning og vurderinger gjøres og dokumenteres, brukes i liten grad. Basert på informasjonen om praksis gitt i intervjuene og stikkprøvekontrollen, er inntrykket likevel at relevant informasjon i stor grad blir kartlagt når Tjenestekontoret behandler henvendelser om hjelpebehov. Samtidig har vi ikke mulighet til å vurdere om all relevant informasjon faktisk blir kartlagt. Mangel på skriftlige føringer rundt utredningsarbeidet kan medføre risiko for at hjelpebehovet ikke blir tilstrekkelig utredet.

Tjenestekontoret skal normalt gjennomføre hjemmebesøk hos nye brukere for å vurdere den samlede situasjonen og behovet for tjenester. Det finnes imidlertid ikke skriftlige føringer for slike besøk. I stikkprøvekontrollen var det gjennomført hjemmebesøk i 13 av 20 saker.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Kommunen må derfor gå aktivt inn for å få pasientens/brukerens synpunkter når tjenestetilbudet utformes, og kan ikke vente på at pasienten/brukeren selv tar initiativ til dette.[13] Bortsett fra kartleggingsskjemaene, har ikke kommunen rutiner for å ivareta og dokumentere brukermedvirkningen. Som tidligere nevnt, brukes kartleggingsskjemaene i liten grad. Tjenestekontoret har praksis for å ha kontakt med bruker/søker i de fleste sakene, men ikke i alle typer saker. I saker der bruker/søker kommer direkte fra sykehus eller der det er snakk om revurdering av tjenestetilbud, har ikke Tjenestekontoret alltid kontakt med bruker/søker. I stikkprøvekontrollen varierte det om brukermedvirkning var dokumentert. Det kan være risiko for at brukerne ikke i tilstrekkelig grad får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud.

Kommunen har en rutine for endringsmeldinger fra utøvende tjeneste dersom den mener at det er behov for å endre tjenestetilbudet. Bortsett fra at det skal sendes endringsmelding ved endret tidsbruk på minst 30 minutter per uke, gir rutinen lite konkrete føringer for når det skal sendes endringsmelding. I stikkprøvekontrollen så vi at det ble sendt endringsmeldinger, men vi kan ikke vurdere om endringsmeldinger blir sendt på rett tidspunkt eller om alle endringer i behov blir fanget opp.

Vedtak om hjemmetjenester er som hovedregel ikke tidsbegrenset. Det betyr at vedtakene går fram til noen oppdager en endring i behov. Tjenestekontoret har ikke rutine for å regelmessig sjekke opp om det er noen vedtak der det ikke har kommet endringsmelding, men som likevel burde ha vært evaluert. Det kan bety at det er brukere som har vedtak som ikke lenger er tilpasset behovet.

Vi mener at kommunen/Tjenestekontoret ikke i tilstrekkelig grad har etablert virksomme rutiner for å utrede brukernes behov. Skriftlige rutiner, sjekklister, maler, mv. er generelt nyttige verktøy for å sikre at all relevant informasjon blir kartlagt, at bruker får medvirke og at formelle krav til

[13] Helsedirektoratet: Veileder for saksbehandling.

saksbehandlingen blir overholdt. Uerfarne og nye saksbehandlere vil særlig ha nytte av å ha slike rutiner som støtte i saksbehandlingen.

Overgang til nytt saksbehandlingssystem og implementering av prioriteringsveilederen kan medføre behov for nye rutiner.

5. Levering av tjenester

Har kommunen tiltak og praksis som sikrer at brukerne får tjenester i samsvar med vedtak?

5.1. Revisjonskriterier

Vi har utformet følgende revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha tiltak og praksis som sikrer at vedtak blir iverksatt.**
- **Kommunen skal ha tiltak og praksis som sikrer at det blir dokumentert at tjenesten er gitt.**

5.2. Iverksetting vedtak

Tjenestekontoret sender e-melding i CosDoc når det er fattet nytt vedtak om hjemmetjenester. Planlegger hos Hjemmetjenesten tar imot e-meldingen og legger hjelpetiltakene inn på brukeren i CosDoc. Der blir det registrert hva brukeren skal ha hjelp til, hvilke dager hjelpen skal gis og hvilket tidsvindu oppdraget skal gjennomføres i. Antatt tidsbruk for oppdraget blir også registrert. Planlegger sørger videre for at de nye oppdragene blir satt på arbeidslistene til de ansatte. Arbeidslistene viser hvilke brukere de ansatte skal besøke, hva brukerne skal ha hjelp til, hvilken kompetanse som er nødvendig, hvilke dager hjelpen skal gis og innenfor hvilket tidsrom oppdraget skal utføres. Arbeidslistene kjøres deretter gjennom Spider som fordeler oppdragene etter kompetanse, behov og rekkefølge. De ansatte har en app CosDoc + på tjenestemobilene sine, der de kan hente opp arbeidslistene sine. Dersom en ansatt blir forsinket, eller en annen ansatt har ledig kapasitet, kan de hente eller overta oppdrag fra hverandre via systemet.

For alle de 20 brukerne i stikkprøvekontrollen var hjelpetiltakene lagt inn på brukeren. Noen fikk mer tjenester enn vedtaket tilsa. Ifølge saksbehandlerne på Tjenestekontoret skal det skrives vedtak på dette.

Hjemmetjenesten får også brukere som kommer direkte fra sykehuset med kort varsel uten at det foreligger vedtak i forkant (utskrivningsklare pasienter). I slike situasjoner må Hjemmetjenesten ta utgangspunkt i hva sykehuset mener om hvilke tjenester brukeren har behov for. Vedtaket om tjenester kommer fra Tjenestekontoret i etterkant. Planlegger legger oppdraget på arbeidslistene ut ifra den informasjonen hun har. Dersom en bruker blir skrevet ut fra sykehuset i helgen, er det ikke alltid tid til å få brukeren inn på ordinær arbeidsliste. Slike oppdrag kan derfor bli fordelt muntlig i morgen- eller ettermiddagsrapporten[14].

[14] Ansatte som har vært ute hos brukerne rapporterer om observasjoner og om hva som er gjort hos brukeren. Informasjonen viderebringes til neste vakt. Det er morgenrapport, midtrapport og rapport til kveldsvaktene. Kveldsvaktene gir også muntlig rapport til nattevakten.

Når de ansatte har vært ute hos brukerne, blir det huket av for *oppdraget utført* på tjenestemobilen. Dersom det er endringer, avvik eller forhold som må beskrives nærmere, skal dette journalføres.

Avdelingsleder hos Hjemmetjenesten mener det er liten risiko for at vedtak ikke blir iverksatt eller for at brukerne ikke får de tjenestene de skal ha. Hun mener at Hjemmetjenesten har god kontroll på dette.

Vi har sjekket om det var registrert at de 20 brukerne i stikkprøvekontrollen hadde fått tjenester (hjemmesykepleie) i samsvar med vedtak. Vi sjekket da om registrering var gjort for siste dag det var gitt tjenester, dvs. ikke for i hele vedtaksperioden. Vi fant da at det ikke var registrert *oppdraget utført* for to brukere. Det kan være at tjenesten er gitt, men at det ble glemt å huke av for oppdrag utført. Det kan også være at tjenesten ikke ble gitt.

I tillegg til at det skal registreres på tjenestemobilene at oppdragene er utført, forteller de ansatte som har vært ute hos brukerne hva som er gjort og hva som de har observert i rapportene.

Tilsvarende får Hjemmetjenesten internmelding om vedtak om praktisk bistand. Vedtakene blir registrert på brukeren i CosDoc, og oppdragene blir satt på arbeidslister. De ansatte kan få arbeidslistene på tjenestemobil, men flere foretrekker å ha arbeidslistene på papir. Oppdrag utført blir registrert i journalen til brukeren, enten direkte på mobil eller på PC i etterkant.

Tre av de utvalgte brukerne i stikkprøvekontrollen hadde også vedtak om praktisk bistand. Vi så at vedtaket var lagt inn i CosDoc for disse brukerne og dessuten at det var registrert i journalen at oppdraget var utført.

5.3. Revisors vurdering

Vi mener at kommunen har tiltak og praksis for å sikre at vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand blir iverksatt. Nye vedtak skal registreres i CosDoc og overføres til arbeidslister på de ansattes tjenestemobiler, ev. på papir. Funn i stikkprøvekontrollen tyder på at denne rutinen stort sett fungerer som forutsatt.

Vi mener også at kommunen har tiltak og praksis som sikrer at det blir dokumentert at tjenesten er utført. De ansatte skal fortløpende registrere at tjenesten er gitt på sine tjenestemobiler, ev. på PC i etterkant. I tillegg blir det gitt informasjon om hva som har skjedd hos brukerne i rapportene. Stikkprøvekontrollen tyder på at disse rutinene i det vesentligste fungerer, men det er uheldig at rutinene ser ut å ha sviktet i to tilfeller.

6. Konklusjoner og anbefalinger

6.1. Konklusjoner

Har kommunen etablert et styringssystem/internkontroll for å sikre kvalitet i hjemmetjenesten?

Vi mener at kommunen har etablert styringssystem/internkontroll som inneholder mange elementer som er nødvendige for å jobbe godt med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, men vi mener også at kommunens kvalitetsarbeid fremstår som lite helhetlig og systematisk. Dette gjelder:

- Kommunen har fastsatt overordnede mål, men målene er ikke operasjonalisert for hjemmetjenesten.
- Nåværende organisering av Hjemmetjenesten gir uklare ansvarslinjer, og delegering av myndighet til avdelingsledere er ikke i samsvar med gjeldende organisering.
- Kommunen har rutiner for risikovurderinger innen HMS og beredskap, men mangler rutiner som gir en samlet og oppdatert oversikt over risiko for svikt i tjenestene, kvaliteten og pasient- og brukersikkerheten. Hjemmetjenestens risikovurderinger om HMS og beredskap fra 2023 berører delvis slike forhold.
- Kommunen har ikke tilstrekkelig oversikt over meldte avvik i Hjemmetjenesten.
- Kommunen innhenter i liten grad pasient- og brukererfaringer i Hjemmetjenesten.
- Det er risiko for at kommunen ikke tar tilstrekkelig hensyn til tjeneste- og kvalitetsdata når de vurderer om styringssystemet fungerer som forutsatt og om det bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Sikrer kommunen at brukernes behov er tilstrekkelig utredet?

Vi mener at kommunen har tiltak for å sikre at brukerens behov blir utredet. Kommunen har opprettet et tjenestekontor, og saksbehandlerne der har god formell kompetanse. Inntrykket fra intervjuer og av stikkprøvekontrollen av utredninger, er at relevant informasjon blir kartlagt ved utredning av hjelpebehov. Samtidig har kommunen i liten grad rutiner for hvordan utredning skal gjennomføres, for brukermedvirkning og for evaluering av vedtak. Dette kan gi risiko for at

- hjelpebehov ikke er godt nok kartlagt
- brukere ikke får medvirke i utformingen av eget tjenestetilbud i tilstrekkelig grad og ev. at slik medvirkning ikke blir dokumentert
- vedtak ikke er tilpasset brukernes behov

Har kommunen tiltak og praksis som sikrer at brukerne får tjenester i samsvar med vedtak?

Vi mener at kommunen i alt det vesentligste har tiltak og praksis som sikrer at brukere får tjenester i samsvar med vedtak og at det blir dokumentert at tjenesten er gitt.

6.2. Anbefalinger

Vi anbefaler kommunen å:

- sørge for at det arbeides systematisk og helhetlig med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i samsvar med gjeldende krav
- utarbeide rutiner og føringer for utredning av hjelpebehov, herunder for brukermedvirkning og evaluering av vedtak

Litteratur og kildereferanser

Lover og forskrifter

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
    - Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon
- Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov 24. juni 2001 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
    - Forskrift 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Veiledere

- Veileder for saksbehandling IS-2442. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Helsedirektoratet 2017.
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Helsedirektoratet 2018.
- Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Nasjonal veileder. Helsedirektoratet 2025.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Vedlegg 3: Metode

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse

Bamble kommune

Kommunedirektør

Vestfold Og Telemark Revisjon Iks
Postboks 311
3701 Skien

Deres ref.	Vår ref.	Dato
	26/1360 - 4	04.09.2026

Kommunedirektørens uttalelse til forvaltningsrevisjonsrapporten "Kvalitet og tildeling i hjemmetjenesten"

Det vises til oversendelsen av rapporten «Kvalitet og tildeling i hjemmetjenesten» av 24.08.2026. Rapporten er gjennomgått og vurdert, og kommunedirektørens overordnede vurdering er at den gir et godt grunnlag for videre utvikling av tjenestene og kommunens arbeid med kvalitet, pasientsikkerhet og internkontroll.

Kommunedirektøren merker seg revisjonens vurdering om at kommunen har etablert flere av de sentrale elementene som kreves for å sikre kvalitet i tjenestene. Samtidig peker revisjonen på områder hvor arbeidet kan styrkes og systematiseres ytterligere.

Når det gjelder kommunens styringssystem og internkontroll, er kommunedirektøren enig i at arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet bør fremstå mer helhetlig og systematisk. Kommunen vil følge opp revisjonens merknader knyttet til ansvarslinjer og delegering, samt risikovurderinger, avvikshåndtering og styringsinformasjon. Kommunedirektøren er også enig i at brukernes erfaringer i større grad bør inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget for utvikling og forbedring av tjenestene.

Revisjonen viser at kommunen har etablert et tjenestekontor med kompetente saksbehandlere, og at kartleggingen av brukernes behov i all hovedsak fremstår som grundig. Kommunedirektøren merker seg samtidig revisjonens vurdering av at kommunen i begrenset grad har formaliserte rutiner for gjennomføring av utredninger, brukermedvirkning og evaluering av vedtak. Selv om kommunens praksis på flere områder vurderes som tilfredsstillende, er kommunedirektøren enig i at tydeligere rutiner og føringer vil kunne bidra til økt kvalitet, mer ensartet praksis og bedre dokumentasjon.

Kommunedirektøren merker seg videre revisjonens konklusjon om at kommunen i all hovedsak har tiltak og praksis som sikrer at brukerne mottar tjenester i samsvar med vedtak, og at det dokumenteres at tjenestene er gitt. Dette er et viktig funn som viser at grunnleggende prosesser knyttet til tjenesteytingen fungerer tilfredsstillende.

Postadresse
Bamble kommune
Postboks 80
3993 LANGESUND

Besøksadresse
Kirkeveien 12, 3970 Langesund

www.bamble.kommune.no

Telefon: +47 35965000

Epost: postmottak@bamble.kommune.no

Bankgiro: 1506.90.48517
Org.nr.: 940 244 145 MVA

Revisjonens anbefalinger vil bli fulgt opp gjennom arbeidet med kvalitetsutvikling innen helse- og omsorgsområdet. Flere av forholdene som omtales i rapporten inngår allerede i pågående utviklings- og forbedringsarbeid. Hjemmetjenestens organisering vil bli endret fra november 2026, med tilhørende oppdatering av delegasjoner og ansvarslinjer. Tjenestekontoret er i gang med å gjennomgå og revidere rutiner og prosedyrer knyttet til hjemmebesøk og utredning av brukernes behov. Det pågår også implementering av nytt elektronisk pasientjournalsystem, som etter planen skal tas i bruk av tjenestene i løpet av november 2026. I tillegg vil arbeidet med ny temaplan for helse- og velferdsområdet bidra til tydeligere prioriteringer og gi et styrket grunnlag for videre utvikling, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tjenestene.

Kommunedirektøren vurderer at revisjonens anbefalinger vil bidra til å styrke kvaliteten i tjenestene. Anbefalingene vil bli fulgt opp gjennom kommunens ordinære styrings- og forbedringsarbeid.

Med hilsen

Magnus Meling Hallaråker
Kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Har kommunen etablert et styringssystem/internkontroll for å sikre kvalitet i hjemmetjenesten?

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester framgår av § 3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Her fremgår det at kommunen blant annet har ansvar for

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

Helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse omtales gjerne under samlebetegnelsen hjemmetjenester.

Overordnede krav til internkontroll og styringssystem

Kommunedirektøren er ansvarlig for at kommunen har internkontroll. Internkontrollen skal sikre at lover og forskrifter følges, jf. kommuneloven § 25-1.

Ved internkontroll etter § 25-1 skal kommunedirektøren:

- utarbeide en beskrivelse av hovedoppgavene, målene og organiseringen av virksomheten
- ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- dokumentere internkontrollen i den formen og i det omfanget som er nødvendig
- evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

Det er også krav om internkontroll i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Kommunens ansvar innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at omfanget og innholdet i tjenestene er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kommunen skal også, ifølge § 4-2 i samme lov, arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Internkontrollpliktene for kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven er likevel i hovedsak regulert av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften). Forskriften er tilpasset utøvelsen av tjenestene og er mer omfattende og detaljert enn internkontrollkravene i kommuneloven. Ved tildeling av helse- og omsorgstjenester skal kommunen også etterleve kravene i forvaltningsloven.

Forskriften sier blant annet følgende:

- Kommunen skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette (§ 3).

- Styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomheten *planlegges*, *gjennomføres*, *evalueres* og *korrigeres* i tråd med helse- og omsorgslovgivningen (§ 4).
- Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig (§ 5).
- Det skal dokumenteres hvordan forskriften etterleves i den grad det nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse (§ 5).

Plikten til å *planlegge* innebærer ifølge forskriften § 6 blant annet å:

- ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- planlegge hvordan risiko som beskrevet over kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Plikten til å *gjennomføre* innebærer ifølge forskriften § 7 blant annet å:

- sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

Plikten til å *evaluere* innebærer ifølge § 8 blant annet å:

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

Plikten til å *korrigere* innebærer ifølge § 9 å

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

Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift[15]

Styringssystem og krav til dokumentasjon

Ifølge veilederen er begrepet styringssystem i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll. Formålet med å endre begrep fra internkontroll til styringssystem er å synliggjøre at internkontrollen skal inngå som et element i den daglige driften av virksomheten. Videre er begrepet valgt for bedre å beskrive forskriftens krav til etterlevelse av krav i helse- og omsorgslovgivningen, herunder kravene om faglig forsvarlighet, krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og krav til oppfyllelse av pasientrettigheter.

Når det gjelder krav til dokumentasjon, sier veilederen at kravet er forholdsmessig. Kravene i forskriften §§ 6-9 er et minimumskrav som er felles for alle styringssystem, utover dette, er det opp til øverste leder å avgjøre hvordan styringssystemet skal etableres.

Dokumentasjonen skal bidra til at praksis er i tråd med føringer og beslutninger og at lovpålagte krav overholdes. Ifølge veilederen må det vurderes nøye hvilke tiltak og ordninger som skal dokumenteres skriftlig, slik at dokumentasjonen blir passe omfattende og inneholder de deler av virksomheten der skriftliggjøring oppleves som nødvendig og meningsfylt. Oppgaver som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne prosedyrer og rutiner enn andre mindre risikofylte oppgaver. Veilederen nevner legemiddelhåndtering som ett område der svikt kan resultere i alvorlige hendelser.

Som eksempler på dokumenter som er relevante i et styringssystem, nevner veilederen:

- organisasjonskart
- oversikt over ansvars- og myndighetsforhold
- oppgavefordeling i virksomheten
- rutiner for opplæring, medvirkning og brukererfaringer
- rutiner og oppfølging av risikovurdering
- rutiner og resultater fra behandling av avvik og uønskede hendelser

[15] Helsedirektoratet, 2018

- plan for forbedringsarbeid, gjennomføring og resultater
- faglige prosedyrer
- beskrivelse av arbeidsoppgaver som utføres sjelden
- beskrivelse av arbeidsoppgaver med særlig risiko
- beskrivelse av oppgaver som bør organiseres eller løses på en bestemt måte av hensyn til sikkerhet, likebehandling og samhandling

Mål

Ifølge veilederen er det øverste leder som har ansvar for å sette mål for virksomheten. Det bør settes mål på følgende områder:

- pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet
- kvalitet og pasientsikkerhet, herunder pasientopplevd kvalitet
- forbedring
- personal/HMS
- drift og logistikk
- økonomi og effektivitet

Vi har utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha et dokumentert styringssystem for hjemmetjenesten som gir oversikt over hvordan det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet innebærer at kommunen skal
    - ha oversikt over og beskrive mål, organisering og myndighet
    - ha rutiner og praksis for jevnlig å gjennomføre og følge opp risikovurderinger
    - ha rutiner og praksis for å melde og følge opp avvik
    - ha oversikt over de ansattes kompetanse og behov for opplæring, og sørge for at ansatte får nødvendig opplæring
    - ha rutiner og praksis for å innhente og bruke bruker- og pasienterfaringer til kvalitetsforbedring
    - ha faglige rutiner
    - minst én gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten, for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Sikrer kommunen at brukernes behov er tilstrekkelig utredet?

Overordnede krav

Forvaltningsloven gjelder for kommunens virksomhet, med de særlige bestemmelser som følger helse- og omsorgstjenesteloven og av pasient- og brukerrettighetsloven, jf. helse- og

omsorgstjenesteloven § 2-2. Det betyr at avgjørelse av om det skal tildeles helse- og omsorgstjenester er et enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 2.

Ifølge forvaltningsloven § 17 skal forvaltningsorganet påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige og at kommunen skal tilrettelegge tjenestene, slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig, koordinert og verdig helse- og omsorgstjenestetilbud.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 sier at pasient/bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjeneste. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet.

Forvaltningsorganet skal, ifølge forvaltningsloven § 11a, forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter den er mottatt. Pasienter og brukere har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1. Det innebærer at helse- og omsorgstjenestene må gis når det er *nødvendig,* uavhengig av om det er fattet vedtak.

Det følger av forvaltningsloven § 35 at kommunen kan omgjøre sitt eget vedtak dersom

- endringen ikke er til skade for noen som vedtaket retter seg mot eller direkte tilgodeser eller
- underretning om vedtaket ikke er kommet fram til vedkommende og vedtaket heller ikke er offentlig kunngjort, eller
- vedtaket må anses ugyldig.

Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 først ledd nr. 6 og 3-8 [16]

Ifølge veilederen er forsvarlighetskravet grunnleggende i all saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene. Saksbehandlingen må ta sikte på å sikre at pasient/bruker mottar riktig tjeneste til rett tid og i tilstrekkelig omfang.

En utredning starter med at kommunen blir kjent med et mulig hjelpebehov. Dette kan for eksempel skje ved at en pasient/bruker henvender seg direkte til kommunen, en pårørende eller en nabo kontakter kommunen eller ved at en hjemmehjelp avdekker et hjelpebehov hos en bruker.

[16] Helsedirektoratet 2017

Når en pasient/brukers behov skal utredes, må det gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som skal innhentes. Det er bare relevante opplysninger som skal innhentes, det vil si opplysninger som kan si noe om pasientens/brukerens hjelpebehov. Kartleggingsskjema eller tilsvarende kan være nyttig å bruke som sjekklister eller huskelister ved innhenting av informasjon.

Det følger av utredningsplikten i forvaltningsloven § 17 at saksbehandler skal sørge for at alle relevante forhold blir belyst. For at pasienten/brukeren skal få en individuell og tilpasset utforming av tjenestene, vil det, ifølge veilederen, i mange saker være viktig å ha en tverrfaglig tilnærming ved utredningen av behovet.

Avhengig av hva saken dreier seg om, kan det være aktuelt å innhente ulike opplysninger om helsetilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester, egne ressurser mv.

Hvis det skal innhentes informasjon om personlige forhold fra andre enn pasienten/brukeren selv, må pasienten/brukeren samtykke til dette.

Et enkeltvedtak om helse- og omsorgstjenester er i utgangspunktet bindende for kommunen. Endring av et løpende tjenestetilbud krever derfor et omgjøringsvedtak. Det kan oppstå situasjoner der det er ønskelig å endre et vedtak. Dette kan for eksempel være på grunn av lovendringer, faglig utvikling, samfunnsendringer, lokale behov eller endringer i pasientens/brukerens behov eller situasjon.

Vi har redegjort for krav til internkontroll og styringssystem over. Disse kravene gjelder også for kommunens arbeid med å utrede behov for helse- og omsorgstjenester.

Vi har utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha tiltak og praksis som sikrer at henvendelser om behov for helse- og omsorgstjenester blir utredet. Dette omfatter
    - rutiner og praksis for å innhente alle relevante opplysninger om søkeren
    - rutiner og praksis for å innhente søkerens mening om det tjenestetilbudet det skal fattes vedtak om
    - rutiner og praksis som sikrer at endringer i hjelpebehov blir oppdaget og utredet

Har kommunen tiltak og praksis som sikrer at brukerne får tjenester i samsvar med vedtak?

Overordnede krav

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og omsorgstjenesteloven § 4-1 om pasienters og brukers rett til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, at tjenesten må iverksettes når pasientens/brukerens behov tilsier det.

Kommunen skal, ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med de krav som gjelder. Dette kravet er nærmere utdypet i kvalitetsforskriften, og omfatter systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.[17]

Vi legger til grunn at dette betyr at kommunen må ha systematiske tiltak som sikrer at vedtak blir iverksatt.

Det følger av helsepersonelloven § 39 at helsepersonell har plikt til å registrere opplysninger om den enkelte pasient i journal. Videre sier § 40 i samme lov at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen.

Praktisk bistand er ikke helsehjelp, men det følger av alminnelig internkontroll at kommunen bør ha systemer som sikrer at det blir dokumentert at også denne tjenesten er gitt.

Vi har ellers redegjort for krav til internkontroll og styringssystem over. Disse kravene gjelder også på dette området.

Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 først ledd nr. 6 og 3-8 [18]

Tjenestene skal iverksettes fra det tidspunkt som pasientens/brukerens behov tilsier det, altså innen forsvarlig tid. Hva som er forsvarlig, vil bero på et helse- og sosialfaglig skjønn og skal fremgå av vedtaket. Noen ganger vil det ikke være forsvarlig å vente med å iverksette tjenestene til saken er ferdig behandlet og vedtaket er fattet. I slike tilfeller må kommunen begynne å yte tjenester med én gang.

Ifølge veilederen bør det legges inn en fleksibilitet i vedtaket som gjør at pasienten eller brukeren i alle tilfeller kan få nødvendige og forsvarlige tjenester, uten at dette går på bekostning av tydelighet og forutberegnelighet for pasienten eller brukeren. Det kan da for eksempel utformes tiltaksplaner el. ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres.

Vi har utformet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha tiltak og praksis som sikrer at vedtak blir iverksatt.
- Kommunen skal ha tiltak og praksis som sikrer at det blir dokumentert hvilke tjenester som er gitt.

[17] Karnov lovkommentar 16.06.26
[18] Helsedirektoratet 2017

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen startet opp med oppstartsbrev sendt 20. februar 2026. Oppstartsmøte ble holdt 27. mars med kommunedirektør, kommunalsjef, virksomhetsleder og avdelingsledere i hjemmetjenesten. I møtet presenterte vi prosjektplanen med problemstillinger, kilder for revisjonskriterier og plan for gjennomføringen av prosjektet.

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er relevant og pålitelig. At dataene er relevante (gyldige/valide) innebærer at de beskriver de forholdene som problemstillingene omhandler. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig og at det ikke har skjedd systematiske feil underveis.

Vi vil nedenfor redegjøre for datagrunnlaget vårt og hvilke metoder vi har brukt for å svare på problemstillingene. Vi vil også beskrive hvilke tiltak som er brukt for å sikre dataenes relevans og pålitelighet.

Innsamling av data

Datainnsamling og rapportskriving har foregått i perioden mars til juli 2026.

Metodene i forvaltningsrevisjonen er dokumentgjennomgang, intervju og stikkprøvekontroll/mappegjennomgang.

Vi har hatt tilgang til kommunens kvalitetssystem Compilo, virksomhetsstyringssystemet Framsikt og til saksbehandlings-/pasientjournalsystemet CosDoc.

Vi har kartlagt og gjennomgått:

- Kommuneplanens samfunnsdel
- Økonomiplan
- Kompetanse- og rekrutteringsplan. Hjemmetjenesten 2026-2028
- Kommunens årsrapport
- Kommunedirektørens delegasjonsreglement
- Delegasjoner av myndighet til avdelingsledere
- Kartleggingsskjema for voksne og for barn og barnefamilier
- Diverse rutiner og skjema hentet fra Compilo eller oversendt direkte fra kommunen

Vi har intervjuet:

- Kommunalsjef Velferd
- Virksomhetsleder Hjemmetjeneste og døgnbemannede boliger
- Virksomhetsleder Tjenestetildeling og digitalisering
- Avdelingsledere Hjemmetjenesten sone 1, 2 og 3
- Planlegger Hjemmetjenesten

- Saksbehandlere Tjenestekontoret

Vi har i tillegg innhentet informasjon på epost fra ovennevnte.

Vi har tatt stikkprøver av utredningen av hjelpebehov til 20 tilfeldig utvalgte brukere av hjemmetjenester. For disse brukerne har vi sett etter

- Hvilke opplysninger om brukeren som er dokumentert
- Om brukermedvirkning er dokumentert
- Når vedtaket om hjemmetjenester sist er inngått eller revurdert
- Om det er utarbeidet tiltaksplan for brukeren
- Om det er sendt endringsmeldinger fra utøvende tjeneste ang. brukeren
- Om det er registrert at brukeren har fått tjenester

Tiltak for å sikre relevans og pålitelighet

Tiltakene for å sikre at dataene i rapporten er relevante og pålitelige handler i hovedsak om datatriangulering og metodetriangulering. Det betyr at vi har brukt data fra flere kilder og at vi har brukt flere metoder for å finne data. Når dataene som fremkommer samsvarer, øker det sannsynligheten for at dataene er pålitelige.

Dokumentgjennomgang gir oversikt over det området som skal undersøkes. En mulig svakhet ved dokumentgjennomgang er at dokumentene ikke beskriver de faktiske forholdene, og at dokumentasjonen kan være ufullstendig og utdatert. For å kompensere for denne risikoen har vi spurt om praksis og gjeldende rutiner i intervjuene og i eposter til ansatte i Hjemmetjenesten og på Tjenestekontoret. Stikkprøvekontrollen gir også informasjon om praksis.

Vi har intervjuet ansatte med arbeidsoppgaver som er relevante i forhold til problemstillingene. Vi har intervjuet ansatte på forskjellige nivå i kommunalområdet/virksomheten, og sammenholdt den informasjonen som er gitt. Det er brukt semistrukturerte intervjuguider tilpasset dem vi har intervjuet. En semistrukturert intervjuguide innebærer at noen faste spørsmål er definert på forhånd, men at det også er mulig med oppfølgingsspørsmål under intervjuet. Flere av de faste spørsmålene er felles for dem vi har intervjuet. Dette er gjort for å få informasjon om samme tema fra flere. Informasjon fra intervju er nedtegnet i referat og referatene har i ettertid blitt verifisert av intervjuobjektene.

Det er flere utfordringer med å benytte intervju i datainnsamlingen. For eksempel kan ledende spørsmål eller mangelfull intervjuguide hindre at problemstillingene blir godt belyst. Det kan også være at kilden ikke gir frie eller fullstendige svar på spørsmålene våre. På den andre side er metoden nyttig fordi den gir mulighet for frie og utfyllende svar og til å stille oppfølgingsspørsmål.

Stikkprøvekontrollen gir et innblikk i hvordan rutinene fungerer i praksis. Utvalget av brukere er tilfeldig. Det styrker representativiteten i funnene. Ulempen med stikkprøvekontroll er at den gir et

begrenset bilde av praksis. Samtidig gir den et dypdykk innenfor det undersøkte området. Funnene i stikkprøvekontrollen er sammenholdt med informasjon gitt i intervju.

Vi har sjekket ut med administrasjonen at fakta i rapporten er korrekt framstilt. Rapporten er sendt kommunedirektøren til uttale, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Uttalelsen ligger i vedlegg 1.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen. Vi har også behandlet personopplysninger om brukere av hjemmetjenester.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring. Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres, kvalitetssikres og rapporteres i samsvar med kommuneloven og god kommunal revisjonsskikk.[19]

Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetsstyring som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetsstyring.[20] Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetsstyringssystem og i samsvar med kravene i RSK 001.

[19] God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll kommer til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eierskapskontroll. Gjeldende standarder er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre høsten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsatt av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

[20] ISQM 1 og 2 er internasjonale standarder for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenklet revisorkontroll av regnskaper, eller andre attestasjonsoppdrag eller beslektede tjenester.

På vakt for fellesskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?
Ta kontakt med oss:
Telefon: 33 07 13 00
E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no

26: 4012 403